

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO
(UENF) PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA
(PPGSP)**

ALEX DA SILVA XAVIER

**DILEMAS E ESTRATÉGIAS NA CONSTRUÇÃO DA OUVIDORIA DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE – SUS: UM INSTRUMENTO DE “REFORMA DA
REFORMA”**

Campos dos Goytacazes – RJ

JULHO – 2020

ALEX DA SILVA XAVIER

Dilemas e estratégias na construção da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde – SUS: um instrumento de “reforma da reforma”

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Sociologia Política.

Orientador: Prof. Dr. Nilo Lima de Azevedo

CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ

JULHO – 2020

FICHA CATALOGRÁFICA

UENF - Bibliotecas

Elaborada com os dados fornecidos pelo autor.

X3

Xavier, Alex da Silva.

DILEMAS E ESTRATÉGIAS NA CONSTRUÇÃO DA OUVIDORIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS : UM INSTRUMENTO DE "REFORMA DA REFORMA" / Alex da Silva Xavier. - Campos dos Goytacazes, RJ, 2020.

334 f.

Bibliografia: 242 - 285.

Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2020.

Orientador: Nilo Lima de Azevedo.

1. Ouvidoria. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Participação Social. I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. II. Título.

CDD - 320

Dilemas e estratégias na construção da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde – SUS: um instrumento de “reforma da reforma”

ALEX DA SILVA XAVIER

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Sociologia Política.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Cristina Ayoub Riche (Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos – UFRJ) Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Prof. Dr. Mauro Macedo Campos (Sociologia Política – UENF) Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF

Prof. Dr. Rodrigo Anido Lira (Planejamento Regional e Gestão de Cidades – UCAM – Campos) Universidade Cândido Mendes Campos – UCAM – Campos

Prof. Dr. Vitor de Moraes Peixoto (Sociologia Política – UENF) Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF

Prof. Dr. Nilo Lima de Azevedo (Sociologia Política – UENF) Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF (Orientador)

Aos meus pais, Claudionor da Silva Xavier e Jorgina da Silva Xavier

À minha esposa, Lorena Valory Neiva Xavier

Aos meus filhos, Davi Neiva Xavier e Samuel Neiva Xavier

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo verdadeiro companheirismo e amor incondicional. Tenho certeza que está comigo em todos os momentos e compreende todos os meus atos.

Aos meus pais, Jorgina da Silva Xavier e Claudionor da Silva Xavier que, mesmo sem nunca terem sentado em um banco de universidade, me ensinaram a amar a educação.

À minha esposa, Lorena Valory Neiva Xavier, e aos meus filhos, Davi Neiva Xavier e Samuel Neiva Xavier, que dividem os seus cotidianos comigo mesmo na minha ausência física.

Ao meu orientador, Nilo Azevedo Lima, que foi fundamental neste processo de construção.

Aos meus amigos Ítalo Roberto Gessário, Anderson Peçanha, Alyson Borges, Martha Almeida, Hélem Cristinne Carvalho, Dayana Pimentel, Luis Carlos Martins, e Alessandra Martins. Neste difícil período de doutoramento, certamente vocês contribuíram diretamente em algum momento. Sem vocês seria ainda mais difícil!

Aos companheiros de trabalho da Ouvidoria-Geral do Município de Macaé, que vivem comigo os desafios de uma Ouvidoria.

Aos meus sogros Rita de Cássia Valory Neiva e Jorge de Oliveira Neiva, pelo apoio dispensado.

Aos colegas, professores e funcionários do PPGSP, que contribuíram para tornar possível este momento.

Aos profissionais que me concederam as entrevistas. Vocês trouxeram riqueza ao trabalho.

RESUMO

XAVIER, Alex da Silva. **Dilemas e estratégias na construção da Ouvidoria do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**: um instrumento de “reforma da reforma”. Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, Campos dos Goytacazes, RJ, 2020

A Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) é um instrumento de participação social normatizado por meio do Decreto nº 4.726/2003, que instituiu o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS como parte integrante da Secretaria de Gestão Participativa. Segundo o decreto supracitado, compete a este departamento “propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS”. A tese propõe-se a analisar como se deu a implantação da Ouvidoria do SUS, a fim de elucidar o caminho e as decisões tomadas para a construção deste instituto na saúde pública brasileira. Para tanto, privilegiou-se a abordagem qualitativa com uso do método de análise do conteúdo e as técnicas de análise documental e entrevistas semiestruturadas. Foi possível verificar que a Ouvidoria do SUS opera sobre a racionalidade da participação social, entretanto o cenário aponta para interferências no Ministério da Saúde que podem levar a Ouvidoria a operar em uma racionalidade de controle de conformidade, privilegiando o Sistema de Integridade. A análise também evidenciou que entre os anos de 2007 e 2010 ocorreu um incentivo financeiro crescente, por parte do governo federal, para a implantação e implementação das Ouvidorias do SUS, porém o fato de o repasse ter sido realizado, majoritariamente, para o bloco da ParticipaSUS não garantiu que o objetivo, em relação às Ouvidorias, fosse alcançado de fato. Os resultados indicam ainda a existência de um Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS que, em 2019, possuía 1.976 Ouvidorias em operação nas diferentes esferas de governo; capilarizado pelas cinco regiões brasileiras. Por fim, os resultados permitem inferir que existe uma política formulada pelo Poder Executivo Federal em curso e esta é complementada pelo Poder Executivo Estadual, o que se traduz em benefício para a descentralização deste serviço. Contudo, destaca-se que a Política Nacional de Ouvidorias do SUS, na perspectiva desejada e planejada pelos profissionais do campo da Ouvidoria do SUS, a exemplo de outras políticas específicas, ainda carece ser publicada, dado que a Portaria nº 2.416/2014 não corresponde aos quesitos debatidos e esperados pelo coletivo de profissionais e Ouvidores do SUS. A portaria citada é um avanço e demonstra o que foi possível em uma trajetória de tantas disputas, mas não responde ao avanço normativo esperado e necessário à sustentação da descentralização e coordenação do que se reconhece já ser a política de Ouvidoria do SUS em curso.

Palavras-chave: Ouvidoria. Sistema Único de Saúde. Participação Social.

ABSTRACT

XAVIER, Alex da Silva. **Dilemmas and strategies in the construction of the Brazilian Health System's Ombudsman**: an instrument for the "reform of the reform". Thesis (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, Campos dos Goytacazes, RJ, 2020

The Brazilian Health System (BHS)'s Ombudsman is an instrument of social participation, standardized by the Decree No. 4.726/2003, which established the BHS Ombudsman as an integral part of the Secretariat of Participatory Management. According to the aforementioned decree, this department is responsible for "proposing, coordinating and implementing the National Health Ombudsman Policy, within the scope of BHS". The thesis proposes to analyze how the BHS Ombudsman was implemented, in order to elucidate the path taken and decisions made for the construction of this institute in Brazilian public health. For that, the qualitative approach was privileged, with the use of the content analysis method and the techniques of document analysis and semi-structured interviews. It was possible to verify that the BHS Ombudsman operates on a social participation rationale, however the scenario points to interferences in the Ministry of Health that can lead the Ombudsman to operate in a compliance control rationale, privileging the Integrity System. The analysis also showed that between the years 2007 and 2010 there was a growing financial incentive by the federal government for the implantation and implementation of the BHS Ombudsman's Offices, however the fact that the transfer was carried out, mostly, to the ParticipaSUS block did not guarantee that the objective, in relation to the Ombudsman's offices, was actually achieved. The results also indicate the existence of a BHS National Ombudsman System, which in 2019 had 1,976 Ombudsmen offices in operation in the different spheres of government; capillarized by the five Brazilian regions. Finally, the results allow us to infer that there is an ongoing policy, formulated by the Federal Executive Branch, and it is complemented by the State Executive Branch, which translates into a benefit for the decentralization of this service. However, it is noteworthy that the BHS National Ombudsman Policy, in the perspective desired and planned by professionals in the BHS Ombudsman field, as with other specific policies, still needs to be published, given that Ordinance No. 2,416/2014 does not correspond to the issues discussed and expected by the collective of BHS professionals and Ombudsmen. The aforementioned ordinance is an advance and demonstrates what was possible in a trajectory of so many disputes, but does not respond to the expected and necessary normative advance to support decentralization and coordination of what is recognized to be the ongoing BHS Ombudsman policy.

Keywords: Ombudsman. Unified Health System. Social participation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Perfil dos institutos	39
Quadro 2 –	Perfil de implantação do <i>Ombudsman</i> na América Latina	44
Quadro 3 –	Perfil do <i>Defensor del Pueblo</i> e Ministério Público.....	52
Quadro 4 –	Planos Nacionais de Saúde e as metas para Ouvidoria do SUS.92	
Tabela 1 –	Ouvidorias implantadas em Secretarias Municipais de Saúde....	93
Gráfico 1 –	Número de manifestações registradas e encerradas entre os anos de 2010 e 2018.....	94
Gráfico 2 –	Número de manifestações registradas por classificação entre os anos de 2010 e 2017.....	95
Figura 1 –	Fluxograma do processo de acreditação institucional de Ouvidorias do SUS.....	115
Quadro 5 –	Localização institucional da Ouvidoria-Geral do SUS, conforme reestruturação do Ministério da Saúde	139
Quadro 6 –	Portarias de repasses financeiros aos entes subnacionais que poderiam beneficiar as Ouvidorias.....	161
Gráfico 3 –	Valor total real* do investimento por portarias MS/GM (ParticipaSUS) por ano	163
Gráfico 4 –	Valores destinados a recursos financeiros descritos nas portarias, por bloco de origem da ParticipaSUS nos anos de 2007, 2008 e 2012	166
Quadro 7 –	Estados e respectivas resoluções ou deliberações CIB que aprovaram o Plano de Ação para a utilização dos recursos da Portaria GM/MS nº 1.975/2018	172
Quadro 8 –	Caracterização dos Ouvidores(as) entrevistados.....	286
Quadro 9 –	Lista de assuntos e subassunto 1	291
Quadro 10 –	Pactuação da Ouvidoria nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, excluídas as pactuações referentes à Portaria nº 1.975/2018	298
Quadro 11 –	Comparativo entre a normativa aprovada pelo Ministério da Saúde e a proposta do Poder Legislativo.....	302
Quadro 12 –	Modelos de Ouvidoria Pública – Gomes	304

Quadro 13 – Submodelos de Ouvidorias Públicas Internas.....	309
Quadro 14 – Síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS	311
Quadro 15 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS – racionalidade sistêmica, formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, modelos de atenção à saúde e acordo federativo	312
Quadro 16 – Conselhos Municipais de Saúde de acordo com o ano de criação, Brasil.....	315
Figura 2 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN ..	316
Figura 3 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora/MG	317
Figura 4 – Organograma de Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.	318
Quadro 17 – Meios de Verificação na Avaliação Externa	319
Figura 5 – Engenharia institucional do SUS.....	325
Figura 6 – Capa das revistas de divulgação das políticas sob a gestão da SGEP	334

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO	Associação Brasileira de Ouvidoria
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANC	Assembleia Nacional Constituinte
Aneel	Agência Nacional de Energia Elétrica
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BITS	Banco de Informações Técnicas em Saúde
CAOP	Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça (CAOP)
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CDAM	Certificado de Direito à Assistência Médica no Exterior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CGPAR	Comissão Interministerial de Governança Corporativa e de Administração de Participações Societárias da União
CGU	Controladoria-Geral da União
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça

CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
CONAMP	Confederação Nacional do Ministério Público
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conasp	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
Cosems	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CPAP	<i>Continue Positive Airway Pressure</i>
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DAS	Direção e Assessoramento Superior
DCS	Departamento de Ciências Sociais
DenaSUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DGH	Departamento de Gestão Hospitalar
DGHMS-RJ	Departamento de Gestão Hospitalar do Estado do Rio de Janeiro
DINTEG	Diretoria de Integridade
DOGES	Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ENEMEC	Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPS	Educação Permanente em Saúde
e-Ouv	Sistema de Ouvidorias do Poder Executivo Federal

ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIO	Federação Ibero-Americana de Ombudman
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GANHRI	<i>Global Alliance of National Human Rights Institutions</i>
GLBTT	Gays, lésbicas, bissexuais, transgêneros e travestis
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
GT	Grupo de Trabalho
HPS	Hospital de Pronto Socorro
HTO	Hospital de Traumatologia e Ortopedia
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IIO	Instituto International do Ombudsman
ILO	<i>Instituto Latinoamericano del Ombudsman</i>
INDH	Instituição Nacional de Direitos Humanos
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
JCAHO	<i>Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LAI	Lei de Acesso à Informação
MES	Ministério da Educação e Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MG	Minas Gerais
MOPS	Movimento Popular de Saúde

MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
MUNIC	Pesquisa de Informações Básicas Municipais
NERJ	Núcleo Estadual no Rio de Janeiro
NESC/CCS/ UFPB	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NVDS	Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde
O2	Oxigênio
OGE	Ouvidoria-Geral do Estado
OGU	Ouvidoria-Geral da União
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONG	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHI	Programa de Apoio aos Hospitais do Interior
ParticipaSUS	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PL	Projeto de Lei
Plano Conasp	Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNO	Política Nacional de Ouvidoria do SUS

PNPS	Política Nacional de Participação Social
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROMOVSUS	Programa de Modernização das Ouvidorias do SUS
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RN	Rio Grande do Norte
SAC-SUS	Serviço de Atendimento ao Usuário do SUS
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Seos/MG	Sistema Estadual de Ouvidorias do SUS de Minas Gerais
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNAIOS	Sistema Nacional de Acreditação de Ouvidorias do SUS
SNO	Sistema Nacional de Ouvidorias
SNPS	Sistema Nacional de Participação Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSP	Sistema Único de Segurança Pública
TAG	Termo de Ajustamento de Gestão
TCE	Tribunal de Contas do Estado

TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TCM	Tribunal de Contas dos Municípios
TED	Termo de Execução Descentralizada
TFD	Tratamento fora de domicílio
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNEGRO	União de Negros pela Igualdade
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URA	Unidade de resposta audível

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	18
1	A DIFUSÃO DO INSTITUTO DO OMBUDSMAN.....	31
1.1	Origem do <i>Ombudsman</i>	31
1.2	O <i>Ombudsman</i> (Provedor de Justiça e <i>Defensor del Pueblo</i>) na Península Ibérica.....	36
1.3	O <i>Defensor del Pueblo</i> na América Latina.....	41
1.4	A receptividade do <i>Defensor del Pueblo</i> no Brasil.....	45
1.5	A atuação da Ouvidoria.....	60
2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A OUVIDORIA.....	72
2.1	Política pública de saúde no Brasil.....	72
2.1.1	O movimento sanitário da década de 1970 e a Reforma Sanitária.....	77
2.1.2	O Sistema Único de Saúde.....	80
2.2	O Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde.....	87
2.3	O Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS.....	95
2.4	O Sistema Nacional de Acreditação de Ouvidorias do SUS.....	101
2.4.1	O protagonismo dos Ouvidores do SUS na construção do Sistema Nacional de Acreditação de Ouvidorias do SUS.....	107
2.4.2	Estratégias para colocar o Sistema Nacional de Acreditação de Ouvidorias do SUS em prática.....	109
3	A OUVIDORIA DO SUS COMO POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL: FUNDAMENTOS, AVANÇOS, DIFICULDADES E DILEMAS.....	120
3.1	A escolha das categorias.....	120
3.2	Racionalidades em disputa: a Ouvidoria do SUS como participação social.....	124
3.2.1	Ouvidoria do SUS como participação social e sua relação com o conselho de saúde.....	142

3.3	Financiamento das Ouvidoria do SUS.....	159
3.4	Descentralização dos serviços de Ouvidoria do SUS.....	181
3.4.1	A contribuição dos órgãos de controle na descentralização das Ouvidorias do SUS.....	203
3.4.2	As relações entre as Ouvidorias do SUS nas diferentes esferas de governo.....	207
3.5	A ausência da publicação da normativa desejada: o caso da Política Nacional de Ouvidoria do SUS (PNO).....	211
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	233
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	242
	APÊNDICE A – Caracterização dos Ouvidores(as) entrevistados.	85
	APÊNDICE B – Instrumento orientador para entrevistas com Ouvidores/técnicos do DOGES.....	287
	APÊNDICE C – Instrumento orientador para entrevistas com Ouvidores/técnicos de SES e SMS.....	287
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	88
	APÊNDICE E – Lista de assuntos e subassunto 1.....	290
	APÊNDICE F – Pactuação da Ouvidoria nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, excluídas as pactuações referentes à Portaria nº 1.975/2018.....	297
	APÊNDICE G – Comparativo entre a normativa aprovada pelo Ministério da Saúde e a proposta do Poder Legislativo.....	301
	ANEXO A – Modelos de Ouvidoria Pública – Gomes.....	303
	ANEXO B – Submodelos de Ouvidorias Públicas Internas.....	309
	ANEXO C – Síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS	312
	ANEXO D – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS – racionalidade sistêmica, formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, modelos de atenção à saúde e acordo federativo.....	313
	ANEXO E – Conselhos Municipais de Saúde de acordo com o ano de criação, Brasil.....	317

ANEXO F – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN e da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora/MG.....	318
ANEXO G – Organograma de Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.....	321
ANEXO H – Meios de Verificação na Avaliação Externa.....	323
ANEXO I – Engenharia institucional do SUS.....	329
ANEXO J – Projeto de Lei nº 4.278/2016.....	330

INTRODUÇÃO

O primeiro registro do *Ombudsman*¹ como figura que supervisiona a atividade da Administração Pública frente às suas obrigações ocorreu na Suécia, em 1809. Considerado tal modelo, características e circunstâncias naquele momento, parece legítimo que o instituto em questão possa ser caracterizado como uma agência de *accountability* horizontal². Entretanto, o que se viu foi uma adequação desse instituto à medida que este foi difundido em outros países (Dinamarca, Alemanha, Portugal, Espanha, Argentina). É possível afirmar que essas adaptações, ocorridas por conta da cultura e do cenário político temporal de cada nação, tornaram o *Ombudsman* sueco mais uma referência do que um modelo de fato. De modo geral, a autonomia e a independência em relação ao poder que fiscaliza são as características que foram mantidas (CARMELO; SANCHES; 2013; LAGUARDIA, 2014; LYRA, 2011; O'DONNELL, 1998; SERRA; CARVALHO; CARNEIRO, 2012).

Na península ibérica, Portugal em 1975 e Espanha em 1978 foram redemocratizados. Passados os anos de ditadura de Salazar e Franco, que responderam com perseguições, prisões e morte de pessoas que se colocaram contra o regime, estes países vincularam, então, a experiência do *Ombudsman* à perspectiva de criação do Provedor de Justiça e *Defensor del Pueblo*, respectivamente. Inspirados no *Ombudsman*, o Provedor de Justiça e o *Defensor del Pueblo*, para além das modificações no nome do instituto, sofreram adequações. Manteve-se a função de supervisão das atividades do Poder Público no cumprimento de suas obrigações, e incrementou-se a função de zelar pela proteção dos direitos humanos (ALVES; BENTO, [2015?]).

Ainda no fim da década de 1970, iniciou-se na América Latina o processo de transição democrática. Logo, estruturar organismos, órgãos ou movimentos que pudessem sustentar o novo regime era fator fundamental no decorrer do período. Paralelamente, a região trazia em seu histórico uma relação bastante familiar com a Espanha e Portugal. Assim, o modelo de *Ombudsman* ora instituído nesses países

¹ O termo *Ombudsman* deverá sempre ser considerado no contexto de sua escrita, dado que poderá referir-se à instituição ou, ainda, à pessoa física que ocupa tal função.

² Segundo O'Donnell (1998), o instituto do *ombudsman*, nas poliarquias contemporâneas, é uma das agências autorizadas e dispostas a supervisionar, controlar, retificar e/ou punir ações ilícitas de autoridades localizadas em outras agências estatais. Cabe destacar ainda o apontamento do mesmo autor para a necessidade da existência de uma rede de agências para que a *accountability* horizontal seja efetiva.

apresentava-se como proposta estratégica bastante propícia para o cenário latino-americano, de modo que se observou uma multiplicação desses institutos na região, especialmente sob a denominação de *Defensor del Pueblo*, entre as décadas de 1980 e 1990.

No Brasil, Ouvidor foi o termo criado inicialmente para designar a proposta do *Ombudsman*. Na ocasião da discussão da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o termo seria substituído por Defensor do Povo, na mesma perspectiva que os demais países latino-americanos, que já registravam a experiência difundida da península ibérica. A promulgação da CF/88 estabeleceu o estado democrático de direito, comprometendo-se ainda com o estado de Bem-Estar Social. Seu preâmbulo destaca o compromisso de assegurar o exercício dos direitos sociais, ratificando o texto como pacto social, clara referência aos anseios e desejos de garantir direitos fundamentais. Neste sentido, conforme Medauar (1992), para se reconhecer um serviço público é necessário compreender a concepção do Estado e seu papel, determinado por intermédio de suas concepções políticas e descrito em sua Constituição pátria.

A Carta Constitucional brasileira garantiu a dignidade da pessoa humana como um de seus princípios fundamentais. Entretanto, disputas políticas travadas, principalmente com os membros do Ministério Público, impossibilitaram a inclusão do Defensor do Povo na Carta Constitucional de 1988 (LYRA, 2008; TÁCITO, 1988). O Ministério Público, em campanha para seu fortalecimento na CF/88, já se denominava o defensor do povo desde o período da Assembleia Constituinte (COMPLOIER, 2015). Promulgada a CF/88, o Ministério Público foi fortalecido e este fato, somado à ausência da citação direta da Ouvidoria no mesmo texto constitucional, contribuiu para enfraquecer o instituto se comparado ao *Ombudsman* como referencial internacional.

A compreensão de participação dos cidadãos no controle do serviço público, apontada pelo parágrafo 3º do artigo 37 da 8ª Constituição Federal (BRASIL, 2000a), foi o que passou a fundamentar a implementação das Ouvidorias (LYRA, 2008; TÁCITO, 1988). Vários foram os modelos e perfis de Ouvidorias implementados no país e nesse sentido o que se viu foi a construção de um grande número de serviços que se denominavam Ouvidoria, sem sequer construir um significado que estabelecesse parâmetros mínimos para atuação. Gomes (2005,

2016) construiu em seu trabalho a possibilidade de agrupar os diversos formatos de ouvidoria em quatro modelos, a saber: ouvidoria interna (com autonomia ou com participação da sociedade civil); ouvidoria de entidade de controle; ouvidoria interorgânica; e ouvidoria extraorgânica (ANEXO A).

A CF/88 ratificou o país como um Estado federado, com três esferas de governo autônomas (União, estados-membros, municípios e Distrito Federal). O texto constitucional propiciou um aprofundamento da descentralização político-administrativa e financeira dos entes subnacionais, ou seja, o Brasil possui um regime político, descrito na Constituição Federal, em que a relação concentração e descentralização de poder possibilita a autonomia dos entes, sobretudo no que diz respeito à gestão política, administrativa, financeira e tributária (art. 1º, art. 18 e art. 145 e ss.) (BRASIL, 2000a). Contudo, não foi possível observar na mesma medida um instrumento legal, naquela ocasião, que estabelecesse uma forma de coordenação das Ouvidorias entre os três níveis de governo.

A estruturação da Ouvidoria se deu de forma diferente do *Ombudsman*, Provedor de Justiça e *Defensor del Pueblo*, particularmente no que refere ao desenho institucional, à escolha do Ouvidor e ao mandato. O que ocorreu foi a construção de uma estrutura de Estado bastante distante do que se constituiu nos demais países que se inspiraram no *Ombudsman*. Na mesma medida que é possível observar a difusão da política do *Ombudsman* na América Latina no início da década de 1980, direcionada por Portugal e Espanha, nota-se que a proposta brasileira de criação do *Ombudsman* tomou outro sentido, resultando no que se configura hoje como Ouvidoria. Desse modo, para além do que pode parecer uma simples tradução, mesmo considerando a influência do órgão espanhol e do português, a implementação da Ouvidoria no Brasil descaracterizou-se do instituto do *Ombudsman* no cenário internacional. O instituto brasileiro ganhou precário desenho institucional de controle interno. Assim, a submissão da Ouvidoria ao próprio órgão que supervisiona/fiscaliza, bem como o fato de o cargo de Ouvidor ser por livre nomeação e sem mandato específico, de modo geral, comprometem o desempenho da Ouvidoria.

A principal crítica é relativa à dependência da Ouvidoria ao órgão que fiscaliza, seja esta administrativa, financeira e/ou política. Porém, mesmo com todas essas especificidades, o instituto brasileiro seguiu crescendo, e o que se viu foi a

multiplicação de Ouvidorias no país, em especial com a publicação do Código de Defesa do Consumidor em setembro de 1990.

Compreende-se que no Brasil existe um alargamento do conceito de Ouvidoria/*Ombudsman*. Alguns autores (IASBECK; 2010; PEIXOTO; MARSIGLIA; MORRONE, 2013; SALES, 2006; VISMONA, 2010; VISMONA *et al.*, 2001) defendem que a Ouvidoria pública e privada constituem um mesmo instrumento com funções idênticas, modificando apenas o fato de tratar-se da prestação de um serviço público (por um órgão do governo ou equivalente) ou de uma empresa privada. Neste sentido, a implementação do Código de Defesa do Consumidor contribuiu para potencializar esse equívoco conceitual, visto que os autores citados geralmente atribuem à implementação desse código a maior conscientização das pessoas em relação aos direitos. Essa afirmação é perigosa, por conta de tendenciar a compreensão de prestação de serviço público como sinônimo de relações de mercado.

Tal como Riche (2018), acolheu-se aqui a compreensão de que toda Ouvidoria, seja pública ou privada, possui uma função substancialmente pública, relacionada ao seu compromisso com a promoção do diálogo entre o cidadão e a instituição, o que possibilita ao indivíduo falar e ser escutado com empatia. Soma-se a isto a responsabilidade de promover o acesso à informação como um direito humano fundamental, um direito público, direito este que foi regulamentado pela Lei de Acesso à Informação (LAI), em novembro de 2018. Contudo, esses elementos não são suficientes para defini-las como idênticas. Segundo Lyra (2014a), as Ouvidorias públicas e privadas são diferentes e possuem objetivos e lócus de atuação específicos. A privada tem foco no manifestante compreendido como consumidor/cliente e opera na racionalidade de mercado, cujo objetivo é a reprodução do modo de produção. Reduz-se, portanto, à qualidade do serviço e/ou produto ofertado no mercado para aquelas pessoas que possuem condições de comprá-lo. Ainda assim, essa qualidade não deve se colocar acima da ideia de maximização do lucro. O público desta Ouvidoria está limitado àquelas pessoas que possuem poder de compra; é um grupo limitado.

Ainda para Lyra (2014a), a Ouvidoria pública entende seu manifestante como cidadão. Ela possui uma vinculação efetiva com a democracia, participação/control social. Sua atuação está fundamentada nos princípios constitucionais, na defesa de

direitos humanos, promoção de justiça e inclusão social. Seu atendimento é universal na medida em que não se restringe aos indivíduos que a buscam diretamente. Estas diferenças foram fundamentais para o processo de escolha pelo estudo da Ouvidoria pública nesta tese, uma vez que essa Ouvidoria está comprometida com a construção de um Estado que se responsabilize efetivamente pelo provimento dos direitos fundamentais, tal como saúde, educação e assistência social, e, sobretudo, pela participação dos sujeitos a quem se destina a política pública na construção das ações e serviços a serem prestados pelo Estado.

No decorrer da tese será demonstrado, por meio da descrição histórica da difusão da política do *Ombudsman*, que este instituto nasceu como órgão público e se manteve nesta mesma perspectiva no cenário internacional, ou seja, o que está em questão é a compreensão da Ouvidoria como instrumento de aperfeiçoamento da democracia, defesa de direitos e promoção de justiça social (GOMES, 2005; LYRA, 2014a). Vale ainda destacar que, por tratar-se de uma estrutura pública, isso não a exime da responsabilidade de atuar em situações que envolvam o setor privado, especialmente ao partir-se da compreensão de Estado como garantidor dos direitos e liberdades fundamentais.

Em 2012, estimava-se existirem no Brasil em torno de 2.000 Ouvidorias públicas. Na esfera federal, considerados os órgãos ou entidades do Poder Executivo, verificou-se uma ampliação do quantitativo de Ouvidorias, que subiu de 40 no ano de 2002 para 285 em 2014 e para 309 em 2017 (MENEZES, 2016; QUINTÃO; CUNHA, 2018). Atualmente, o Painel Resolveu?³ possui cadastradas 338 ouvidorias da esfera federal, 334 da esfera estadual e 1.522 da esfera municipal (BRASIL, [20-?]).

Ainda em relação ao desenho institucional das estruturas participativas, existe consenso (AVRITZER, 2008, 2011; PACHECO, 2006; PÓ; ABRUCIO, 2006) de que se por um lado não se deve supervalorizá-lo nas instituições, por outro, deve-se reconhecer que o mesmo interfere diretamente no processo de construção de sua atividade-fim. Conforme observado por Avritzer (2008), em casos específicos de

³ Trata-se uma ferramenta que reúne informações sobre manifestações de Ouvidoria (denúncias, sugestões, solicitações, reclamações, elogios e pedidos de simplificação) que a Administração Pública recebe diariamente pelo Sistema de Ouvidorias do Poder Executivo Federal (e-Ouv). Destaca-se que aquelas Ouvidorias que não utilizam o e-Ouv não são contadas neste registro, o que deixa de fora um número significativo de instituições, a exemplo da maioria das Ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS), que possuem como sistema padrão o sistema informatizado OuvidorSUS.

implementação de instituições de participação/control social no cenário brasileiro recente, o desenho institucional diversificado foi capaz de influenciar o modo de organização da participação e a relação da instituição com o Estado, dentre outros fatores.

No debate atual acerca do desenho institucional das Ouvidorias, muitas críticas têm surgido relacionadas à independência e autonomia do órgão, a ponto de internacionalmente algumas instituições não reconhecerem a Ouvidoria como um instituto de *Ombudsman*, conforme a Federação Ibero-Americana de Ombudsman (FIO), que entende que o *Ombudsman* brasileiro é o Ministério Público (FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DEL OMBUDSMAN, c2018). No Brasil, o professor Rubens Pinto Lyra critica grandemente a incapacidade histórica das Ouvidorias de se estabelecerem a partir de um arranjo que de fato garanta sua capacidade de controle, chegando a denominar a maioria desses órgãos no cenário brasileiro como “Ouvidorias obedientes”, dada sua submissão hierárquica nos organogramas, nomeação de Ouvidores e falta de autonomia (LYRA, 2011, 2012, 2014a). Outros autores brasileiros, como Cardoso, Alcantara e Lima Neto (2012) e Serra, Carvalho e Carneiro (2012), também apresentaram em seus estudos a preocupação com o desenho institucional e a influência que este possui no funcionamento das Ouvidorias, apontando, inclusive, para a necessidade de garantir marcos legais que sustentem a Ouvidoria como agência de *accountability*. Logo, discutir o desenho institucional da Ouvidoria poderá ajudar a responder em que medida o órgão possui possibilidades de atuar como instituição de participação e/ou controle social.

No contexto das políticas públicas brasileiras, torna-se cada vez mais importante evidenciar a necessidade de se propor e defender políticas públicas de Estado, que estejam comprometidas com sua função primordial de viabilizar a oferta de ações e serviços que correspondam à promoção de direitos fundamentais até então negligenciados pelo próprio poder público. O Sistema Único de Saúde (SUS) é o caso mais emblemático de política pública construída e sustentada com a participação/control social. Sua estruturação, principalmente no que se refere a princípios e diretrizes administrativas, influenciaram, inclusive, a criação de outras políticas setoriais, tal como o a política de assistência social e de educação. Quanto à Ouvidoria como instrumento da participação/control social, o SUS apresenta o

modelo mais substancial de Ouvidoria entre as políticas setoriais, contando com uma rede compostas por Ouvidorias nas três esferas de governo.

Na política pública de saúde no Brasil, as Ouvidorias, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde são instituições participativas que vêm desenvolvendo importante papel na provisão de serviços e ações de saúde. A história das Conferências e Conselhos de Saúde como instrumentos de participação social se confunde com o próprio histórico de construção do SUS. Pode-se afirmar que essas instituições são robustas e estão significativamente estruturadas no que diz respeito ao marco legal. Não é surpresa, inclusive, que a ausência de funcionamento dos Conselhos pode inviabilizar o recebimento do próprio financiamento para as ações e serviços de saúde. O art. 33 da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), que trata da gestão financeira do SUS, diz que os recursos financeiros em cada ente federado são movimentados sob fiscalização dos Conselhos de Saúde. Ainda, segundo o inciso II do art. 4 da Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), a existência de Conselho de saúde com composição paritária é requisito obrigatório para recebimento dos recursos. Caso o município, estado ou Distrito Federal não atenda a este requisito, os referidos recursos são administrados respectivamente pelo estado ou União. Bem mais recente está a efetivação das Ouvidorias, cujo principal marco remete ao ano de 2003, momento em que foi criada a Secretaria de Gestão Participativa e o Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde (DOGES).

Neste sentido, deve-se destacar que os tópicos discutidos, sobretudo nos dois parágrafos anteriores, foram fundamentais para justificar a escolha pela Ouvidoria do SUS como objeto desta tese. A hipótese era a de que a Ouvidoria pensada, articulada, formulada e implementada sob a lógica da participação social, a partir da experiência de uma política pública universal como o SUS, é uma inovação, dado que o próprio desenho institucional do SUS partiu de experiências inovadoras de participação social e manteve este aspecto como princípio e diretriz da política. Trata-se de uma Ouvidoria brasileira *sui generis*, mas que contém elementos, na hipótese aqui definida, próximos aos fundamentos do Tribuno da Plebe.

Historicamente, dois momentos na política pública de saúde brasileira devem ser realçados quando se refere à política social. O primeiro foi o início do Governo Vargas, na década de 1930; e o segundo, a adoção de um sistema de proteção

social, na década de 1980, cujo auge está delimitado no texto constitucional. Assim, é possível assumir que a universalização do serviço no campo da saúde pública, tal como a ampla participação dos movimentos sociais na construção de seu desenho, devem ser enfatizadas. O movimento sanitário da década de 1970 constituiu uma comunidade epistêmica⁴ potente, exemplo de movimento social que participou efetivamente da construção do processo de Reforma Sanitária que fundamentou o setor saúde na CF/88.

Em 2003, primeiro ano do Governo Lula, foi criada a SGEP e, como parte desta, o DOGES. Estas estruturas, cuja criação foi altamente influenciada por Sérgio Arouca, faziam parte das modificações realizadas no Ministério da Saúde (MS) com intuito de implementar a “reforma da reforma”. Conceitualmente, pode-se dizer que o propósito era retomar projetos de reforma sanitária que ampliassem a participação social e o compromisso do Estado com a proteção social. As mudanças estruturais apontavam para ações capazes de restituir ao cenário da saúde pública propostas baseadas no movimento sanitário que não tinham sido efetivadas até então.

A criação do DOGES trouxe consigo duas importantes contribuições para a Ouvidoria no Brasil. A primeira relaciona-se à noção de Ouvidoria como participação social, não que outras Ouvidorias já não tivessem contribuído para essa compreensão, mas porque nenhum outro setor de política pública foi constituído com tamanha vivência de construção política a partir da participação dos usuários a quem ela se destina. A segunda contribuição está associada à noção de construção de um sistema de Ouvidoria, cuja abrangência considera os três níveis de governo, e à sua respectiva complexidade na implementação da política de saúde neste país; o que coloca em questão a necessidade de examinar a coordenação federativa enquanto ponto central na construção de um sistema de Ouvidorias, haja vista tratar-se de um país pautado em lógica federativa.

Esta tese parte do princípio de que a Ouvidoria do SUS, apesar de sua limitação no tocante à autonomia institucional – assim como a maioria das Ouvidorias brasileiras – é talvez o caso mais emblemático de Ouvidoria como instrumento de participação social. Assim, o objetivo deste estudo é analisar como se deu a implantação da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde, de forma a elucidar

⁴ Conforme aborda Peter M. Haas (1992), trata-se de um coletivo de pessoas localizado em agências de governo, departamentos e institutos de ensino ou pesquisa, partidos políticos, organizações não governamentais e grupos de interesse que operam em uma determinada área de política pública.

o caminho e as decisões tomadas para a construção deste instituto na saúde pública brasileira, especialmente em relação aos limites traçados pelas competências dos entes federados.

Para responder ao objetivo geral desta tese, foi privilegiada a abordagem qualitativa, sem a limitar ao caráter descritivo do processo. O interesse deste estudo foi buscar uma análise que, conforme Condé (2013), quando se refere à análise de implementação de políticas, pudesse projetar as forças que atuaram e/ou atuam sobre uma determinada realidade. No caso específico da implementação da Ouvidoria do SUS, analisar sua trajetória de implantação no Brasil permitiu a compreensão de quais valores, interesses, princípios, perspectivas ideológicas, atores (institucionais ou não institucionais), recursos alocados, decisões, dentre outros, estiveram e/ou estão presentes no campo de disputas, e em que medida tais disputas proporcionaram menor ou maior número de conflitos durante a construção do Sistema Nacional de Ouvidorias (SNO) e/ou da Política Nacional de Ouvidoria do SUS (PNO).

Em consonância com Becker (1999) no que tange aos estudos de caso, entende-se que o objetivo geral deste trabalho seguiu dois propósitos: compreender, de modo geral, como ocorreu a implementação da rede de Ouvidorias do SUS; bem como entender este processo de implementação, correlacionando-o com o momento atual de transição política que tem gerado tensões e regressões na participação social e na política social brasileira.

O método escolhido foi a análise do conteúdo que, para Bardin (1977), pode ser conceituado como um agrupamento de técnicas de análise das relações, com o objetivo de construir conhecimento relativo às circunstâncias ou conjunturas de geração e/ou acolhida dos elementos presentes em um determinado contexto. Quanto às técnicas especificamente, privilegiou-se a análise documental e as entrevistas. Ainda segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo é dividida em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A organização do processo de pesquisa ocorreu de forma que, a priori, foi realizada a pré-análise e a exploração do material pertinente à análise documental; sobreposta a realização do tratamento dos resultados, inferência e interpretação da análise documental à pré-análise e à exploração do

material referente às entrevistas semiestruturadas; e, posteriormente, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação das entrevistas.

Após a revisão bibliográfica sobre o tema, foi realizada a análise documental. Inicialmente, foram definidos os documentos a serem pesquisados: relatórios finais da 8ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª, 13ª, 14ª, 15ª e 16ª Conferências Nacionais de Saúde (CNS); Planos Nacionais de Saúde de 2004 a 2019; Relatórios Gerenciais do DOGES de 2010 a 2018; e quatro produções do MS/DOGES (ParticipaSUS, Falando de Ouvidorias, Guia de Orientações, e Ouvidoria Ativa do SUS: ampliando a escuta e o acesso à informação do cidadão). A escolha dos relatórios finais das CNS explicitados para a análise teve como objetivo verificar em que medida a Ouvidoria do SUS era tratada nas CNS, considerando que as conferências configuram importante cenário de decisão no campo de participação social em saúde. O recorte temporal da 8ª CNS apontou para a mesma como marco institucional da participação social na política pública de saúde. Em relação aos Planos Nacionais de Saúde e Relatórios Gerenciais do DOGES, a intenção foi responder em que medida o Poder Executivo Federal, representado pelo MS e DOGES, planejava e executava a política de Ouvidoria do SUS. E, por fim, foram analisadas quatro produções do MS/DOGES com o propósito de verificar as orientações do governo federal quanto à operacionalização da política de ouvidoria e processo de descentralização aos demais entes subnacionais. O acesso a todos os documentos citados foi possível através da internet.

Prosseguiu-se com a leitura dos documentos, o que resultou na organização e construção de quatro categorias para melhor exploração dos documentos: desenho institucional, financiamento, descentralização e normatização. Esta organização, além de guiar o olhar da análise dos documentos, possibilitou a estruturação de dois instrumentos orientadores (APÊNDICES B e C) utilizados nas entrevistas. Outra contribuição desta fase de análise documental para as entrevistas foi a identificação e recrutamento de atores estratégicos, no âmbito do DOGES e das Ouvidorias do SUS na esfera estadual, que pudessem ser entrevistados. Esses atores, os primeiros recrutados, foram fundamentais para identificação e recrutamento dos demais, conforme perspectiva apresentada por Goodman (1961) sobre a técnica bola de neve.

Deste modo, seguiu-se a construção da tese com a utilização da técnica de entrevista semiestruturada com 20 profissionais de ouvidorias. Dois profissionais abordaram suas experiências em ouvidorias do SUS desenvolvidas no âmbito do governo federal e estadual em diferentes períodos, quatro apenas na esfera federal, 12 na esfera estadual e dois na esfera municipal. Assim, com os seis indivíduos que tinham experiência em matérias específicas de ouvidorias do SUS na esfera federal, tratou-se especificamente das representações do DOGES e de ouvidorias sobre a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DGHMS-RJ). Dos 12 profissionais que atuavam em ouvidorias da esfera estadual, um possuía inserção específica em ouvidoria regional e outro em ouvidoria de fundação hospitalar estadual de saúde. O total de entrevistados cobriu ouvidorias do SUS nas cinco regiões brasileiras, além das três esferas de governo (APÊNDICE A).

Para a realização das entrevistas, foram utilizados dois roteiros, conforme Apêndices B e C deste trabalho, sendo o B relativo às entrevistas realizadas com ouvidores e/ou técnicos do DOGES; e o C, às entrevistas com ouvidores e/ou técnicos de Secretaria Estadual de Saúde (SES), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou de Ouvidorias regionais.

A princípio, o cronograma da tese previa a realização das entrevistas para os meses de abril e maio de 2019. As duas entrevistas iniciais foram realizadas em abril desse ano, com profissionais da esfera federal. Imediatamente, tornaram-se evidentes as mudanças na estruturação do MS, e especificamente na estrutura da Ouvidoria-Geral do SUS, indicavam que seria necessário postergar o período previsto para que as mudanças importantes em curso fossem incluídas no estudo. Dessa forma, as entrevistas aconteceram majoritariamente entre novembro e dezembro de 2019, tendo outras duas sido realizadas em janeiro de 2020, devido à importância para a compreensão de questões sinalizadas pelos demais entrevistados e de impossibilidades de agenda.

A decisão de realizar entrevista foi tomada a partir da compreensão de que esta técnica permitiria a análise conteúdos que facilitariam a visualização dos contextos e conflitos existentes no percurso de implantação e implementação das ouvidorias do SUS. Da mesma maneira, a escolha de profissionais das três esferas de governo, além das diferentes inserções, possibilitou o entendimento da atuação

das Ouvidorias do SUS, considerada a especificidade operacional da própria política de saúde.

O critério de inclusão para a escolha dos entrevistados era que estes fossem profissionais atuantes na Ouvidoria do SUS, em algum momento entre 2003, a criação do DOGES, e 2019. Deu-se preferência aos profissionais que apresentavam, em seu histórico profissional, participação ativa liderando o processo de discussão e criação da rede de Ouvidorias do SUS, que envolve as três esferas de governo. Para constatação dessa participação ativa, foi empregada a estratégia de analisar os autores ou profissionais de destaque na condução e construção das regulamentações e demais documentos produzidos pelo DOGES e/ou Ouvidorias das SES. Na perspectiva de ampliar a assertividade na escolha dos entrevistados, encerravam-se as entrevistas solicitando que os participantes citassem nomes de pessoas que tivessem contribuído de forma significativa para a construção das Ouvidorias do SUS. Esse procedimento, de modo geral, permitiu a ratificação de que a tese seguia o caminho desejado.

A escolha por esse perfil de entrevistados foi construída de modo a garantir o sigilo dos mesmos. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), em que foi explicitado o comprometimento com medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações dos entrevistados.

A primeira entrevista foi realizada presencialmente nas dependências do extinto DOGES. Todas as outras foram realizadas a distância por intermédio de webconferências via Skype ou WhatsApp.

As entrevistas foram transcritas e, posteriormente, cada uma delas foi recortada obedecendo às categorias criadas durante a análise documental. A amplitude das categorias anteriormente definidas e o aprofundamento das falas dos entrevistados culminou na construção das seguintes subcategorias: participação social, controle social (este voltado a controle de conformidade), e órgãos de controle externo.

A presente tese foi dividida em três capítulos, a saber: capítulo 1 – aborda inicialmente a criação do Ombudsman e seu processo de difusão entre o velho mundo e a América Latina, considerando a terceira onda democrática como cenário de fundo e, finalmente, como o instituto foi recepcionado no Brasil; capítulo 2 –

apresenta o Sistema Único de Saúde e sua operacionalização neste modelo de Estado federado, bem como a construção da Ouvidoria do SUS como instrumento de participação social; e, por fim, o capítulo 3 analisa como se desenvolveu a política de Ouvidoria do SUS, incluindo seus avanços e as dificuldades encontradas, a partir das falas dos entrevistados.

1 A DIFUSÃO DO INSTITUTO DO OMBUDSMAN

O *Ombudsman* ou Defensor do Povo está investido em consequência dos atributos próprios da Potestade Tribúncia: desempenha funções de controlador e pode exercer o poder negativo não de per se, mas através de ação judicial, para impedir (*empêcher*) a aplicação de um ato administrativo, de um regulamento ou de uma lei que afete os direitos essenciais das pessoas. (tradução nossa)⁵

Carlos R. Constenla

1.1 Origem do *Ombudsman*

Na perspectiva de iluminar marcos históricos institucionais relativos à participação e/ou controle social que sustentem a atual proposta da Ouvidoria, é preciso destacar o Tribuno da Plebe e o *Ombudsman*. Esses dois institutos são essenciais no contexto da difusão do *Ombudsman* no mundo e, conseqüentemente, para a criação da Ouvidoria no caso brasileiro. Ambas as instituições possuem características preciosas para o entendimento da Ouvidoria como recurso à construção da justiça social. Assim, a abordagem destes institutos se justifica para além de uma revisão histórica, uma vez que o objetivo é apresentar atributos e especificidades que distinguem tipologicamente o *Ombudsman* e o Tribuno da Plebe, bem como os seus respectivos fundamentos no controle social e na participação social.

O Tribuno da Plebe surgiu no ano 494 a.C. e, desde então, tinha como função a intermediação das questões da plebe diante do Estado. Este instituto surgiu a partir de exigência dos próprios plebeus, que reclamavam a possibilidade de enfrentamento dos abusos da aristocracia patrícia. Logo, tratava-se de um órgão destinado a salvaguardar os plebeus da opressão cometida pelos magistrados. O Tribuno da Plebe, diferente do que pode parecer, não foi algo implementado de maneira simples. Roma não era um Estado que provia cuidado efetivo aos seus cidadãos, tampouco existia nessa época a participação dos indivíduos nas políticas públicas romanas, ademais, não havia interesse da aristocracia senatorial na

⁵ *El Ombudsman o Defensor del Pueblo está investido en consecuencia de los atributos propios de la Potestad Tribunicia: desempeña funciones de contralor y puede ejercer el poder negativo no per se, sino por medio de la acción judicial, para impedir (empêcher) la aplicación de un acto administrativo, de un reglamento o de una ley que afecte los derechos esenciales de las personas.*

efetivação desse órgão que, mesmo sem previsão constitucional, introduzia na sociedade romana uma nova lógica associada à defesa de direitos e representação.

Para Constenla:

Tem pouca relação com democracia representativa, mas muito mais com democracia participativa, pois seus procedimentos se baseiam nas reivindicações das pessoas cujos direitos ela assegura. Sua ação não é uma correia de transmissão entre o povo e o poder, mas um canal de participação popular que aproxima o povo do poder. (CONSTENLA, 2014, p. 27, tradução nossa)⁶

O instituto em questão gozava essencialmente de autoridade moral, ou seja, não era uma autoridade judicial, mas sua atuação efetiva foi fundamental para os plebeus, especialmente quanto ao alcance do caminho da justiça social. Para Di Suni (2018), o Tribunato era a expressão de um direito de resistência, de um poder negativo, isto é, exercia o direito de impedir ou vetar arbitrariedades propostas pelo Senado e outras magistraturas, por meio de intercessão dos plebeus. Assim, pode-se afirmar que o referido Tribunato é uma iniciativa popular, e tinha por interesse, em alguma medida, controlar o Estado por intermédio de participação dos indivíduos ao mesmo submetido (GUIDA NETO, 2012; VIEIRA, 2013).

Naquele momento, o Estado Romano se restringia aos patrícios e plebeus, e a magistratura e os cargos de representatividade limitavam-se aos primeiros. O destaque à implementação deste instituto romano deve ser compreendido não somente por seu caráter fiscalizador sobre as ações do Estado; interessa, sobretudo, o fato de sua atuação estar pautada na defesa dos direitos fundamentais dos plebeus como princípio. Constenla (2014), ao referir-se à construção do *Defensor del Pueblo* na Espanha e sua difusão na América Latina, retoma essas concepções para fundamentar as características do instituto como participação social. De acordo com Constela:

A missão Tribunicia define, talvez mais do que qualquer outra, a verdadeira natureza jurídica do *Defensor del Pueblo*. É que este magistrado é – como foi em Roma – o único constituído precisamente para defender os direitos fundamentais perante as outras instâncias públicas, sem constituir ou

⁶ *Tiene poco que ver con la democracia representativa, pero sí y mucho más con la democracia participativa, ya que sus procedimientos se sustentan en los reclamos de las personas de cuyos derechos es garante. Su acción no es una correa de transmisión entre el pueblo y el poder sino un canal de participación popular que acerca al pueblo al poder.*

participar de um poder instituído segundo os padrões clássicos sobre o exercício da soberania popular. (CONSTELA, 2010, p. 13, tradução nossa)⁷

Considerado como modelo contemporâneo de *Ombudsman*, o Instituto Sueco será reconhecido majoritariamente como o pioneiro, mas há quem reconheça, como Carlos R. Constenla⁸, o Tribuno da Plebe como a real inspiração política e institucional, criada com a república na Roma antiga. A criação do *Ombudsman* sueco data do ano de 1809, quando a Constituição daquele país consagrou a existência de um agente nomeado, cujo objetivo era controlar o Estado representado principalmente pelos seus funcionários públicos. A função, consagrada no texto constitucional sueco, inspirou-se no Gabinete de Justiça Suprema da Turquia, órgão que tinha por missão a supervisão do respeito e cumprimento, pelos funcionários públicos, da Lei Islâmica (MOTTA, 1974; PROVIDOR, [2015?]).

O *Ombudsman* sueco é uma inovação no que concerne ao modelo de controle das atividades do Estado. Por intermédio de garantia constitucional, o órgão funciona como um instrumento de *accountability* horizontal. Conforme Campos (1990), O'Donnell (1991), Peruzotti e Smulovitz (2002), Pinho e Sacramento (2009) e Schedler, Diamond e Plattner (1999), o conceito de *accountability* está ligado a ideias centrais de controle sobre a atividade de órgãos e instituições do poder público e responsabilização dos agentes públicos pelos seus malfeitos, de forma que as ações ou omissões do Estado possam ser controladas, traduzindo-se em melhor qualidade do serviço prestado.

De acordo com O'Donnell (1991), a *accountability* horizontal diz respeito à relação de controle institucional realizado por agências autônomas, que podem configurar ou não uma rede; essas agências deverão ser capacitadas para supervisionar rotinas, questionar e, se necessário, punir ações ou atos impróprios de ocupantes de cargo ou função pública. Ainda segundo Schedler Diamond e Plattner (1999), a *accountability* necessariamente deve responder a duas dimensões, *answerability* e *enforcement*. Na primeira dimensão, tem-se necessariamente a obrigação, por parte dos agentes, de responder publicamente, mediante informações

⁷ *La misión Tribunicia define, tal vez más que cualquier otra, la verdadera naturaleza jurídica del Defensor del Pueblo. Es que este magistrado es – como era en Roma – el único establecido precisamente para defender los derechos fundamentales frente a las otras instancias públicas, sin constituir o participar de un poder instituido conforme a los patrones clásicos sobre el ejercicio de la soberanía popular.*

⁸ Carlos Rosendo Constenla foi presidente do *Instituto Latinoamericano del Ombudsman/Defensor del Pueblo* entre 2006 e 2019, e atualmente é presidente emérito.

e explicações acerca de suas ações, enquanto o *enforcement* se caracteriza pela capacidade de punir uma omissão ou ação incorreta/insatisfatória.

Um debate importante em torno da discussão teórico-conceitual de *accountability* refere-se à sua extensão, bem como à obrigatoriedade da existência de *enforcement* para que uma agência se caracterize como de *accountability* horizontal (MAINWARING, 2003; KENNEY, 2003; O'DONNELL, 2003).

Para O'Donnell (1998), a autonomia institucional em relação ao órgão ou poder sob controle é fator fundamental, sem o qual, defende este autor, não é possível exercer a *accountability*. Esse entendimento fica ainda mais claro ao referir-se às agências de *accountability* horizontal de *balance* e *asignadas*:

Idealmente, ambos os tipos de instituições de AH [*accountability* horizontal] deveriam funcionar de forma complementar. E, evidentemente, sua efetividade depende, como estabeleço em minha definição de AH, que elas tenham autoridade legal e estejam de fato dispostas e capacitadas a empreender as medidas correspondentes. (O'DONNELL, 2007, p. 140, tradução nossa)⁹

Neste sentido, O'Donnell (2001) e Peruzzotti e Smulovitz (2002) reconhecem o instituto do *Ombudsman*, nas poliarquias contemporâneas, como uma das agências de mandato (*asignada*) autorizadas e dispostas a supervisionar, controlar, retificar e/ou punir ações ilícitas de autoridades localizadas em outras agências estatais. As agências de *accountability* horizontal de mandato, entre as quais o *Ombudsman* está contemplado, constituem uma inovação. Para O'Donnell (2007, p. 140), “*La razón de estas innovaciones ha sido la evidencia de las deficiencias de las instituciones de balance como instrumentos de AH [accountability horizontal]*”. Assim, O'Donnell (1998, p. 43) ressalta a necessidade da existência de uma rede de agências para que a *accountability* horizontal seja efetiva.

Mainwaring (2003) acrescenta que o *Ombudsman*, como agência de *accountability* horizontal, deve ser compreendido como *accountability* intraestatal,

⁹ *Idealmente, ambos tipos de instituciones de AH [accountability horizontal] deberian funcionar complementariamente. Y por supuesto, su efectividade depende de que, como estipulo en mi definicion de AH, ellas tengan autoridad legal y esten facticamente dispuestas y capacitadas para emprender las correspondientes acciones.*

referindo-se à sua capacidade indireta de exercer a sanção. Nas palavras do próprio Mainwaring¹⁰:

O *Ombudsman* se encaixa na minha definição de *accountability* intraestatal, na qual um agente de *accountability* tem uma autoridade formal de supervisão sobre funcionários públicos, mesmo que o instituto não possa impor sanções formais. Mesmo sem o poder de sanção formal direta, o *Ombudsman* gera uma necessidade de *answerability* e prestação de contas por funcionários públicos. Espera-se que o *Ombudsman* na maioria dos países não apenas investigue abusos por funcionários públicos, mas também tome algumas medidas para incentivar a reparação de tais irregularidades. Por exemplo, o *Ombudsman* pode encaminhar o caso ao sistema jurídico. As falhas desta instituição (que alcançaram sucessos importantes em alguns países) têm mais a ver com as deficiências do sistema jurídico em lidar com os casos a ela referidos do que com a incapacidade do *Ombudsman* de processar diretamente casos. (MAINWARING, 2003, p. 13, tradução nossa)

Rowat (1985) também reconhece o *Ombudsman* sueco como a instituição que supervisiona o cumprimento legal das atividades exercidas pelo servidor público. Destaca-se, entretanto, que esse modelo de controle do Estado, até então desempenhado pelo *Ombudsman*, pautava-se em uma lógica burocrática e centrada no pragmatismo. O foco estava na eficiência do Estado, de maneira legalista, enquanto prestador de serviço conforme estabelecido nas leis e estatutos. Vários países adotaram o modelo sueco no início do século XIX, especialmente os nórdicos; assim, constata-se uma reprodução das características do *Ombudsman* sueco na Finlândia em 1919, na Dinamarca em 1954, na Alemanha em 1956, na Noruega em 1962, na Nova Zelândia em 1962, no Reino Unido em 1967 e no Canadá em 1968 (AMARAL FILHO, 1993; LEITE, 1975).

Desta maneira, pode-se afirmar que é comum verificar na literatura (CARDOSO, 2010; CARDOSO; ALCANTARA; LIMA NETO, 2012; COMPARATO, 2016; MENEZES; LIMA NETO; CARDOSO, 2016; QUINTÃO; CUNHA, 2018) o reconhecimento do *Ombudsman* sueco como referência inicial na difusão dos institutos (*Médiateur*, *Defensor Civitatis*, Provedor de Justiça, *Defensor del Pueblo*).

¹⁰ *The ombudsman fits within my definition of intrastate accountability in which one agent of accountability has a formalized authority of oversight over public officials even though the office cannot impose formal sanctions. Even without direct formal sanctioning power, the ombudsman generates a need for answerability of and accounting by public officials. The ombudsman in most countries is expected not merely to investigate abuses by public officials, but also to take some action to encourage redressing such wrongdoings. For exemple, the ombudsman may refer the case to the legal system. The failings of this institution (which has achieved important successes in some countries) have more to do with the shortcomings of the legal system in handling the cases referred to it than with the ombudsman's inability to directly prosecute cases.*

Todavia, assim como dito por Viadel (2018) e Constenla (2014), o Provedor de Justiça e o *Defensor del Pueblo* espanhol possuem especificidades que os vinculam historicamente ao Tribuno da Plebe. Marcadamente o *Ombudsman* e o Tribuno da Plebe têm uma função de controle sobre o Estado, mas enquanto o primeiro se restringe ao controle, no caso da instituição romana, sua atividade também estava voltada à defesa de direitos fundamentais e à participação social.

1.2 O *Ombudsman* (Provedor de Justiça e *Defensor del Pueblo*) na Península Ibérica

Na década de 1970, a península ibérica foi marcada pelo fim dos regimes ditatoriais e, conseqüentemente, pela transição para os respectivos regimes democráticos que se seguiram. Em Portugal, o período ditatorial durou 41 anos, de 1933 a 1974, sob o governo de António de Oliveira Salazar e Marcello Caetano, e em Espanha, de 1939 a 1975, sob o domínio de Francisco Franco. Ambos os países registravam em sua história recente graves ações de abusos de poder cometidos pelo próprio Estado, inclusive aqueles referentes à restrição ou eliminação de direitos humanos, fato comum em governos totalitários. A mudança no cenário político e o histórico de omissões e abusos praticados por esses Estados contra seus cidadãos configuraram o momento propício para o surgimento do Provedor de Justiça (tradução portuguesa do *Ombudsman*) e do *Defensor del Pueblo* (tradução espanhola) na península ibérica. Nesta região, apesar de o referencial do *Ombudsman* sueco ter influenciado fortemente a instituição a ser criada, tanto o Provedor de Justiça quanto o *Defensor del Pueblo* seriam marcadamente caracterizados pela defesa dos direitos fundamentais enquanto princípio constitucional (ALVES; BENTO, [2015?]; CONSTENLA, 2010, 2011; GOMES, 2019; NACIONES UNIDAS, [20--?]).

Conforme artigo 2º do Estatuto do Instituto Internacional do Ombudsman (IIO), para que um instituto seja reconhecido por esta instituição como cumpridor do modelo internacional, o mesmo precisa reconhecer e cumprir os seguintes princípios:

- a) sua figura deverá estar contemplada na Constituição de um país, de um estado, de uma entidade regional ou local, ou em uma norma de classificação legal, ou em um tratado internacional;

- b) o seu papel deverá ser o de buscar proteger a toda pessoa ou entidade de pessoas contra a má administração, a violação de direitos, a falta de equidade, o abuso, a corrupção ou qualquer outra injustiça causada por uma autoridade pública ou um funcionário que atue ou pareça atuar no exercício de uma função pública, ou por funcionários de um organismo que ofereçam serviços públicos descentralizados, parcial ou totalmente privatizados, ou serviços terceirizados por uma entidade governamental, podendo também atuar como mecanismo alternativo de resolução de controvérsias;
- c) deverá atuar em um clima de confidencialidade e imparcialidade na medida conferida pela legislação, mas deve, de outra forma, fomentar o intercâmbio livre e franco concedido para promover um governo transparente;
- d) não deverá receber das autoridades públicas mandato imperativo algum que possa comprometer a sua independência, devendo exercer as suas funções com total independência em relação a todas as autoridades públicas sobre as quais tenha jurisdição;
- e) deverá ter os poderes e meios necessários para investigar as queixas formuladas por qualquer pessoa ou entidade de pessoas que considerem que um ato ou omissão, ou uma decisão, conselho ou recomendação de uma autoridade pública sob sua jurisdição, é da natureza descrita no parágrafo 2 (b);
- f) deverá ter o poder de propor recomendações tendentes a remediar ou prevenir quaisquer das condutas descritas no parágrafo 2 (b) e, quando apropriado, de propor reformas administrativas ou legislativas destinadas a alcançar uma melhor governança;
- g) deverá ser responsável por prestar contas publicamente ao Legislativo ou outro órgão eleito, e por publicar um relatório anual ou de outra periodicidade;
- h) o seu titular ou titulares deverão ser eleitos ou designados por um poder legislativo ou outro órgão eleito, ou com a sua aprovação por um determinado período de tempo, de acordo com a legislação pertinente ou com a Constituição;
- i) o seu titular ou seus titulares só deverão ser destituídos por um poder legislativo ou outro órgão eleito ou com a sua aprovação, por uma causa prevista na legislação aplicável ou na Constituição;

- j) eles deverão dispor de fundos suficientes para cumprir com as suas funções (INSTITUTO INTERNACIONAL DEL OMBUDSMAN, c2020a, tradução nossa)¹¹.

Entretanto, o preâmbulo do Estatuto também aborda a capacidade inovadora e adaptativa do órgão, mas chama atenção para a necessidade de não se perder os princípios originários fundamentais, a saber: *independencia, objetividad e imparcialidad*. Apontando na mesma direção, Menéres (1994, p. 42) expõe que “de facto, parece que, sem exceção, não se encontra nenhum ‘Ombudsman’ cujo conteúdo funcional, procedimento adotado e âmbito de actuação correspondam em absoluto ao de outro”. Assim, o autor, que foi Provedor de Justiça em Portugal de 1992 e 2000, admite que o modelo sueco serviu como referência, sobretudo em termos de previsão constitucional, autonomia e independência, mas sofre adequações na medida que acontece a difusão para outros países, dado o momento e a cultura política da nação à que é difundido (Quadro 1).

-
- ¹¹ a) *su figura deberá estar contemplada en la Constitución de un país, un estado, una entidad regional o local, o en una norma de rango legal, o en un tratado internacional;*
 b) *su papel deberá ser perseguir proteger a toda persona o entidad de personas contra la mala administración, la violación de los derechos, la falta de equidad, el abuso, la corrupción o cualquier otra injusticia causada por una autoridad pública o un funcionario que actúe o parezca actuar en el ejercicio de una función pública, o por funcionarios de un organismo que ofrezcan servicios públicos descentralizados, parcial o totalmente privatizados, o servicios externalizados por una entidad gubernamental, pudiendo actuar también como mecanismo alternativo de resolución de controversias;*
 c) *deberá actuar en un clima de confidencialidad e imparcialidad en la medida conferida por la legislación, pero, por lo demás, debe fomentar el intercambio libre y franco concebido para promover un gobierno transparente;*
 d) *no deberá recibir de las autoridades públicas mandato imperativo alguno que pudiera comprometer su independencia, debiendo desarrollar sus funciones con total independencia respecto a todas aquellas autoridades públicas sobre las que tenga jurisdicción;*
 e) *deberá contar con las facultades y medios necesarios para investigar las quejas formuladas por cualquier persona o entidad de personas que considere que un acto u omisión, o una decisión, consejo o recomendación de una autoridad pública sometida a su jurisdicción, reviste el carácter descrito en el apartado 2 (b);*
 f) *deberá contar con las facultades para realizar recomendaciones tendentes a subsanar o prevenir cualquiera de las conductas descritas en el apartado 2 (b) y, cuando proceda, para proponer reformas administrativas o legislativas encaminadas a conseguir una mejor gobernanza;*
 g) *deberá ser responsable de rendir cuentas públicamente a la Asamblea Legislativa u otro órgano elegido, y de publicar un informe anual o de otra periodicidad;*
 h) *su titular o sus titulares deberán ser elegidos o designados por un poder legislativo u otro órgano elegido, o con su aprobación por un periodo de tiempo determinado, de conformidad con la legislación pertinente o con la Constitución;*
 i) *su titular o sus titulares solo deberán ser destituidos por un poder legislativo u otro órgano elegido o con su aprobación, por una causa prevista en la legislación pertinente o en la Constitución;*
 j) *deberán disponer de una financiación suficiente para cumplir sus funciones.*

Quadro 1 – Perfil dos institutos

	Ombudsman (Justitie ombudsmannen)	Provedor de Justiça	Defensor del Pueblo español	Defensor del Pueblo Latino- americano¹²
Previsão constitucional	<i>The Instrument of Government (Regeringsformen)</i> – capítulo 12, art. 6 e 8.	Constituição da República Portuguesa – arts. 23, 142, 163, 164, 281, 283.	art. 54.	Em sua maioria também possuem previsão constitucional.
Autonomia e independência	Eleito pelo Congresso – <i>Riksdag</i> , com mandato de quatro anos, podendo ser reconduzido por igual período.	Eleito pelo Congresso, mandato de quatro anos, podendo ser reconduzido por igual período.	Eleito pelo congresso, mandato de cinco anos, sem possibilidade de recondução.	Em sua maioria também eleitos pelo Legislativo com mandato específico.
Requisitos para a função	Sem requisitos legalmente definidos, mas analisada a formação dos indivíduos que foram eleitos; apenas um (o primeiro) na história não era advogado.	Sem requisitos legalmente definidos, mas analisada a formação dos indivíduos que foram eleitos; apenas um (o primeiro) na história não era advogado.	Sem requisitos legalmente definidos, mas analisada a formação dos indivíduos que foram eleitos; apenas um (a sexta – de 2012 a 2017) na história não era advogado.	Não foram analisadas as formações, considerando tratar-se de um grupo grande de países.
Características	Poder Moral. Magistratura de persuasão.	Poder Moral. Poder negativo. Magistratura de persuasão.	Poder Moral. Poder negativo. Magistratura de persuasão.	Poder Moral. Poder negativo. Magistratura de persuasão.
Atuação	Controlar a Administração Pública, por meio da fiscalização do cumprimento da lei e dos estatutos pelos funcionários públicos; e buscar garantir que os cidadãos sejam de fato tratados conforme o que diz a lei.	Controlar a Administração Pública. Defender e garantir os direitos humanos; para tanto, poderá interpor recurso de inconstitucionalidade.	Controlar a Administração Pública. Defender e garantir os direitos humanos; para tanto, poderá interpor recurso de inconstitucionalidade e, nesses casos, interpor recurso de amparo à pessoa ou coletividade.	Controlar a Administração Pública. Defender e garantir os direitos humanos; para tanto, poderá interpor recurso de inconstitucionalidade e, nesses casos, interpor recurso de amparo à pessoa ou coletividade.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de Constenla (2010).

¹² Construído a partir de informações da *Federación Iberoamericana del Ombudsman* (http://www.portalfio.org/miembros_regiones/).

Em Portugal, vencido o período ditatorial, a primeira menção à necessidade da criação do Provedor de Justiça foi feita pelas Comissões de Reforma Judiciária, o que, após relatório geral, culminou no Decreto-Lei n.º 261/74. Em seguimento, foi criado o cargo a partir do Decreto-Lei n.º 212/75, cuja função tinha como objetivo fundamental “assegurar a justiça e a legalidade da Administração Pública através de meios informais, investigando as queixas dos cidadãos contra a mesma Administração e procurando para elas as soluções adequadas” (artigo 1.º, n. 1). Ainda em 1975, foi nomeado o primeiro Provedor de Justiça com inclusão do mesmo no texto constitucional de 1976 (PROVEDOR, [2015?]).

A consagração constitucional do Provedor de Justiça nos Princípios Gerais da Parte I do texto constitucional, relativa aos direitos e deveres fundamentais, confere a este órgão do Estado uma protecção acrescida. Ao invés da simples garantia institucional, o Provedor de Justiça vem consagrado no quadro dos valores constitucionais como um direito das pessoas, beneficiando assim do regime geral dos direitos fundamentais e do regime especial dos direitos, liberdades e garantias. A esta luz, emergente do escopo constitucional que lhe é conferido, o Provedor de Justiça é, de jure, um órgão constitucional de garantia dos direitos fundamentais e, mais em geral, dos direitos humanos. (PROVEDOR, [2010?], p. 9)

Em aproximadamente 44 anos de existência, o órgão Provedor de Justiça português teve 10 Provedores; destes, apenas o primeiro não tinha formação em direito – tratava-se de um militar, e apenas uma mulher assumiu a função, em 2017. O órgão possui autonomia plena. A princípio, suas ações acontecem a partir de queixas, mas possuem a liberdade de atuação de ofício. O mandato do Provedor é de quatro anos, podendo ser reconduzido por igual período. Desde 1999, quando recebeu reconhecimento nível A¹³ das Nações Unidas, o órgão também responde oficialmente como INDH.

¹³ Em Assembleia Geral, a Organização das Nações Unidas, em 20 de dezembro de 1993, aprovou um conjunto de princípios, previamente construído no primeiro *Workshop* Internacional de Instituições Nacionais para a Promoção e Protecção dos Direitos Humanos, organizado em 1991, na cidade de Paris, que possibilita reconhecer um determinado órgão como Instituição Nacional de Direitos Humanos (INDH). Trata-se de uma forma de acreditação do órgão. Tal documento ficou conhecido como “Princípios de Paris”. Desde então, a Comissão Internacional de Coordenação das Instituições Nacionais de Direitos Humanos certifica/acredita as instituições que a exemplo da Provedoria de Justiça portuguesa cumprem estes requisitos, segundo a Resolução A/RES/48/134, de 4 de março de 1994, da Assembleia Geral da ONU (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1994). A certificação como uma INDH permite à instituição participação ativa no Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, e o credenciamento é realizado em um dos três níveis existentes, sendo: “A” – quando o membro cumpre os Princípios de Paris em sua totalidade, o que lhe dá direito a voto; “B” – situação em que o membro cumpre parcialmente os princípios, e só o possibilita ser um observador; “C” – a instituição não cumpre os princípios e logo não possui direitos diante do Comitê Internacional de Coordenação ou dos órgãos das Nações Unidas.

A inclusão da instituição *Defensor del Pueblo* no ordenamento jurídico espanhol foi realizada por meio do artigo 54 da Constituição de 1978. Todavia, apenas em 1982 foi eleito o primeiro *Defensor del Pueblo*. O Defensor espanhol possui uma atuação bastante ampla no que respeita à Administração Pública, abrangendo todas as esferas de governo (local e regional), do Poder Judiciário, do serviço militar, dentre outras. Entretanto, trata-se de uma magistratura de persuasão¹⁴ voltada para a defesa dos direitos fundamentais, com previsão constitucional (DEFENSOR DEL PUEBLO, [2017?]; NACIONES UNIDAS, [20--?]). Segundo Véliz:

O Defensor del Pueblo não é uma autoridade judicial, nem desdobra em um processo desta natureza; as suas decisões não têm força vinculante; são meras recomendações que visam simplesmente mobilizar a opinião pública contra um ato da Administração, cuja essência viola os direitos constitucionais do cidadão. (VÉLIZ, 2015, p. 78, tradução nossa)¹⁵

Nos 37 anos de existência, o instituto *Defensor del Pueblo* espanhol teve sete *Defensores del Pueblo*. A formação deles é diversificada, de advogados a filósofos e economistas. Entre 2012 e 2017, o cargo foi ocupado por uma mulher, Soledad Becerril Bustamente. Quanto ao Provedor de Justiça, possui um mandato maior (cinco anos) sem recondução. Também é reconhecido como INDH, nível A, das Nações Unidas, desde 2000.

Reconhecida a relação histórica construída entre esses dois países da Península Ibérica e aqueles latino-americanos, o modelo de implementação do Provedor de justiça e do *Defensor del Pueblo* espanhol passou a influenciar fortemente a construção e difusão do *Ombudsman* na América Latina.

1.3 O *Defensor del Pueblo* na América Latina

¹⁴ Segundo Noriega (2014), a magistratura de persuasão opera na esfera administrativa (não judicial) e não existe ação coercitiva. Assim, investiga e exerce ampla função mediadora e intervém em processos constitucionais e administrativos, com a finalidade exclusiva de proteger os direitos fundamentais dos indivíduos e buscar a retificação de situações que impliquem a violação destes. Para Laguardia (2014), trata-se de magistratura conferida pelo prestígio do emissor.

¹⁵ *El Defensor del Pueblo no es una autoridad judicial, ni despliega un proceso de esta naturaleza; sus decisiones no tienen fuerza vinculante, son meras recomendaciones que simplemente persiguen movilizar a la opinión pública contra un acto de la Administración, cuya esencia viola los derechos constitucionales de un ciudadano.*

O final da década de 1970 e início dos anos 1980 foram marcados por conquistas dos países da América Latina na luta contra os regimes ditatoriais; assim, criou-se um campo fértil para a construção de órgãos, instituições e ações que, experimentados em outros países redemocratizados, pudessem, em certa medida, buscar garantir direitos e frear novas possibilidades de reascensão de regimes autoritários. Em vista disso, aproximar-se das experiências de implementação do Provedor de Justiça e *Defensor del Pueblo* ocorridas em Portugal e Espanha parecia bastante propício, considerado o histórico relacional entre os países da América Latina e os dois países da Península Ibérica.

Inicialmente, o processo de aproximação que caracterizou a difusão da política na região latino-americana se deu por meio da academia, que promoveu eventos internacionais com a presença do *Defensor del Pueblo* espanhol e Provedor de Justiça português, colocando o tema na agenda. Pode-se dizer, então, que a academia, em conjunto com esses dois atores, tornou-se a comunidade epistêmica que influenciava, naquele momento, os países dessa região. Isto aumentou a possibilidade de difusão do *Defensor del Pueblo* nos Estados latino-americanos, principalmente no tocante à criação de agenda regional. Era claro o movimento de coordenação internacional para que esses países recém-democratizados ou em processo de democratização convergissem para a implantação do órgão de sorte que, além das funções tradicionais do *Ombudsman* sueco, pudessem se responsabilizar pela defesa dos direitos humanos, tal como experimentado na Península Ibérica.

Em 1983, foi realizado, na Venezuela, o Primeiro Colóquio sobre o Projeto *Ombudsman* para a América Latina. Nesse evento, nasceu o embrião do *Instituto Latinoamericano del Ombudsman* (ILO), que se tornou oficial em 1984. Criado o ILO, esse instituto se responsabilizou pelo desdobramento de ações que fortaleceram a difusão do Defensor do Povo na região. O Primeiro Simpósio Latino-Americano do *Ombudsman*, ocorrido em 1985 na Argentina com a presença do então Defensor do Povo Espanhol, e o Segundo Simpósio Latino-Americano do *Ombudsman*, realizado no Brasil com a presença do então *Ombudsman* sueco e do Provedor de Justiça de Portugal, em 1987, fizeram parte das ações de difusão do *Ombudsman* na região (GOMES, 2019; INSTITUTO LATINOAMERICANO DEL OMBUDSMAN, c2017).

Para Constenla:

O Defensor del e as suas revolucionárias possibilidades não encontraram nas casas clássicas do *Ombudsman* - Comissário Parlamentar, as justificações teóricas e políticas que o pudessem sustentar e fazer avançar, partindo da raiz romanística do direito latino-americano cuja especificidade constitucional latina foi destacada por Juan Bautista Alberdi. A América Latina foi o melhor campo para seu desenvolvimento; o rico quadro que lhe permitiu inserir-se constitucionalmente e as próprias condições da realidade social, fizeram-no fincar raízes e canalizar melhor que os seus modelos ibéricos. E isto foi exatamente o que motivou o repensar a raiz que conduziu ao Tribuno da Plebe. (CONSTENLA, 2018, p. 176-177, tradução nossa)¹⁶

Logo, na perspectiva apresentada por Constenla (2018), o que se pode observar é a multiplicação do número de países latino-americanos que implementaram o *Ombudsman*, em sua maioria com a designação de *Defensor del Pueblo*, como órgão de controle social e defesa de direitos humanos (Quadro 2). O'Donnell (1998) reconhece tais institutos como agências de *accountability* horizontal, conforme referência feita ao *Ombudsman* costarricense no texto *Accountability horizontal e as novas poliarquias*. Neste mesmo texto, O'Donnell utiliza inclusive o próprio termo *Ombudsman* para referir-se ao *Defensor del Pueblo* como modelo difundido na América Latina, tal como fazem Mainwaring (2003); Moreno, Crisp e Shugart (2003); e Kenney (2003), no livro *Democratic accountability in Latin America*. A interpretação aqui assumida quanto ao uso original da palavra *Ombudsman* pelos autores, quando se referem a instituições implementadas nos países latinos, é que não deve haver dúvidas de que estas instituições dizem respeito ao *Ombudsman*. O uso destina-se a afirmar que os institutos representam uma difusão efetiva daquele modelo de *Ombudsman*, mesmo que agregadas características locorregionais. Sobre a capacidade de *enforcement* do órgão difundido na América Latina, os autores O'Donnell (1998, 2003), Mainwaring (2003), Moreno, Crisp, e Shugart (2003) e Kenney (2003) convergem para a ideia de *enforcement* indireto, dada a necessidade de estabelecimento de rede com outros órgãos relativamente autônomos para que se efetive uma determinada punição como, por exemplo, a solicitação de abertura de processo administrativo.

¹⁶ *El Defensor del Pueblo y sus revolucionarias posibilidades, no encontraron en los casales clásicos del Ombudsman – Comisionado Parlamentario, las justificaciones teóricas y políticas que lo pudieran sostener y hacer avanzar, impulsado desde la raíz romanística del derecho latinoamericano cuya especificidad constitucional latina fue destacada por Juan Bautista Alberdi. Latinoamérica fue el mejor campo para su desarrollo; el rico armazón que le permitió insertarse constitucionalmente y las propias condiciones de la realidad social, hicieron que echara raíces y que encauzara mejor que sus modelos ibéricos. Y esto fue precisamente lo que motivó el replanteo raigal que conduce al Tribuno de la Plebe.*

Quadro 2 – Perfil de implantação do *Ombudsman* na América Latina

País	Ano de criação	Denominação	Constituição	Autonomia	Associado IIO	Filiado à FIO	Associado ILO	Certificação INDH / Ano
Guatemala	1985	<i>Procurador de los Derechos Humanos</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	A / 2013
Colômbia	1991	<i>Defensor del Pueblo</i>	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	A / 2017
El Salvador	1991	<i>Procurador para la Defensa de los Derechos Humanos</i>	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	A / 2016
Paraguai	1992	<i>Defensor del Pueblo</i>	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Retirou-se da GANHRI
Costa Rica	1992	<i>Defensor de los Habitantes</i>	Não (Lei)	Sim	Não	Sim	Não	A / 2016
México	1992	<i>Presidente de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	A / 2016
Peru	1993	<i>Defensor del Pueblo</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	A / 2017
Argentina	1994	<i>Defensor del Pueblo</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	A / 2017
Nicarágua	1995	<i>Procurador para la Defensa de los Derechos Humanos</i>	Não (Lei)	Sim	Não	Sim	Não	A / 2017
Honduras	1995	<i>Comisionado Nacional de los Derechos Humanos</i>	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	B / 2016
Panamá	1997	<i>Defensor del Pueblo</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	A / 2012
Cuba	1997	<i>Defensoría del Pueblo*</i>	Não	Sim	Não	Não	Não	Não consta
Equador	1998	<i>Defensor del Pueblo</i>	Não (Lei)		Não	Sim	Sim	A / 2015
Andorra	1998	<i>Raonador del Ciutadà</i>	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não consta
Venezuela	1999	<i>Defensor del Pueblo</i>	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	B / 2016
Chile	2000	<i>Instituto Nacional de Derechos Humanos</i>	Não	Sim	Não	Sim	Sim	A / 2012
Uruguai	2008	<i>Defensor del Pueblo</i>	Não	Sim	Não	Sim	Sim	A / 2016
Bolívia	2009	<i>Defensor del Pueblo</i>	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	A / 2017
República Dominicana	2010 e 2011	<i>Defensor del Pueblo</i>	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não consta

Nota: * “Es un grupo de personas, independientes de ideologías, partidos políticos o intereses que defienden al Pueblo ante los atropellos del Gobierno, Estado y sus Funcionarios. Es un organismo de control autónomo e independiente del gobierno, que no recibe instrucciones de ninguna autoridad del Estado” (<https://defensoriacuba.org/>); ** Segue o modelo de *Ombudsman* sueco; FIO – Federação Ibero-Americana de Ombudsman; GANHRI – *Global Alliance of National Human Rights Institutions*; IIO – Instituto Internacional do Ombudsman; ILO – Instituto Latinoamericano del Ombudsman; INDH – Instituição Nacional de Direitos Humanos.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de Constenla (2010), Federación Iberoamericana del Ombudsman (c2018); *Global Alliance of National Human Rights Institutions* (2017) e Instituto Internacional del Ombudsman (c2020b).

Outro importante indutor da política na região é a *Federación Iberoamericana del Ombudsman* (FIO), criada em 1995, com o objetivo geral de ser um espaço de discussão para a cooperação e intercâmbio de experiências, bem como a promoção, difusão e fortalecimento da instituição do *Ombudsman* na região geográfica de sua jurisdição. Visa ainda fomentar, ampliar e fortalecer a cultura dos direitos humanos nos países cujo *Ombudsman* seja membro da FIO; estabelecer e manter relações de colaboração com organizações não governamentais que busquem o respeito, defesa e promoção dos direitos humanos; e promover estudos e investigações sobre aspectos de sua competência, com a finalidade de apoiar o fortalecimento do Estado de Direito, em regime democrático, e a convivência pacífica dos povos (FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DEL OMBUDSMAN, c2018).

Embora o debate acerca do *Defensor del Pueblo* na América Latina, e o concernente movimento de expansão desta instituição nos países da região tenha contado com a participação efetiva do Brasil, sua implantação no caso brasileiro ainda é uma ideia em debate. Na próxima seção deste trabalho, serão tratadas as questões referentes à receptividade deste instituto no Brasil e os dilemas que envolveram a criação do que se denominou Ouvidoria.

1.4 A receptividade do *Defensor del Pueblo* no Brasil

Para falar da receptividade à ideia de criação de um instituto brasileiro inspirado no *Defensor del Pueblo*, tal como proposto pelo ILO e FIO para os países dessa região, será necessário antes falar da escolha do termo Ouvidoria para traduzi-lo.

A primeira figura do Ouvidor no Brasil remonta ao modelo de justiça portuguesa, dado que, para além da estrutura jurídica, oficiais especializados compunham tal modelo com objetivo de execução da justiça. No Código Afonsino está descrito o Ouvidor da Corte (que deveria receber e conhecer as apelações dos feitos crimes e cíveis que aconteciam no reino) e o Ouvidor Senhorial (que exercia a função de corregedor nas terras do donatário), este último com função e atuação muito próxima do Ouvidor de Capitania. Os Ouvidores de capitanias estavam presentes em colônias portuguesas localizadas no continente americano (PEGORARO, 2007).

No Brasil Colônia, os Ouvidores eram nomeados pelo rei e exerciam funções de corregedor e ouvidor de comarca, quando comparados às funções exercidas em Portugal. Resumidamente, tinham a obrigação de zelar pelo cumprimento das regras estabelecidas pelo rei. Criou-se, então, em 1548, o cargo de Ouvidor-Geral do Brasil com ampla competência, consideradas as áreas de justiça e administração; assim, manteve-se o cargo de Ouvidor de Capitania e mais tarde foi criado o cargo de Ouvidor de Comarca (CUNHA; NUNES, 2016; MELLO, 2013; PEGORARO, 2007). Entretanto, em 1832, com a criação do Código de Processo Criminal da Primeira Instância, os cargos de Ouvidores foram extintos no Brasil Império.

A abordagem do Ouvidor Colonial se justifica pela retomada do termo na década de 1960. Contudo, a nova proposta de formulação de um Ouvidor teve escassa relação com a ideia dos primeiros Ouvidores Coloniais. O Ouvidor não mais representava a Coroa nem fiscalizava a colônia; todavia, representava os indivíduos perante o Estado. A expectativa estava na construção de uma instituição que contribuísse com o processo de manutenção da democracia, respondendo em certa medida a um movimento de acolhimento à difusão do *Defensor del Pueblo* na América Latina.

Em 1967, conforme Tácito¹⁷ (1988), pela primeira vez a Ouvidoria foi citada na literatura jurídica brasileira. Tratava-se de uma palestra em que esse mesmo autor abordava o controle da Administração Pública e a recém-formulada Constituição brasileira. O termo Ouvidoria ainda era algo em discussão. Celso Barroso Leite, que publicou o primeiro livro especificamente sobre *Ombudsman* no Brasil (em 1975), traduziu inicialmente o termo para “Corregedor Administrativo”, mas João de Oliveira Filho, em seu livro *Quer conhecer a Constituição?*, de 1973, já havia comentado a necessidade de criar o cargo de “Ouvidor-Geral da Nação” (LEITE, 1975). Segundo Gomes (2019), a intenção de traduzir o termo *Ombudsman* como Ouvidor, naquele momento, não era a de reproduzir a mesma proposta do Ouvidor do Brasil Colônia, “a não ser essa competência de Corregedoria, de

¹⁷Caio Tácito Sá Viana Pereira de Vasconcelos foi Consultor jurídico do Departamento Administrativo do Serviço Público de 1952 a 1953, Professor da Escola Brasileira de Administração Pública, da Fundação Getúlio Vargas, no Rio de Janeiro (a partir de 1956), Subchefe do Gabinete Civil do presidente Juscelino Kubitschek, de 1956-1959. Neste mesmo ano, participou do Seminário de Direitos Humanos, na Argentina, promovido pela Organização das Nações Unidas. Ainda na academia, foi Professor Catedrático de Direito Administrativo na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, entre 1967 e 1970. Sua carreira foi marcada pela discussão acadêmica a respeito de arranjo institucional e controle do Estado, pautada na necessidade de construção de mecanismos de controle que impeçam os possíveis abusos do Estado (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, c2009).

avaliação de atos praticados por agentes públicos” (informação verbal)¹⁸. Para Gomes (2019), havia uma necessidade de buscar uma nomenclatura que não o confundisse com instituições já existentes no Brasil, como o caso do Defensor do Povo que remetia ao Ministério Público, ou ainda ao Corregedor dos Tribunais.

A primeira Ouvidoria pública brasileira neste contexto de defesa do cidadão, como instrumento de exercício de cidadania, foi implementada em 1986 no município de Curitiba, por meio do Decreto nº 215, de 24 de março de 1986, do então prefeito Roberto Requião, e nessa instituição Manuel Eduardo Alves Camargo e Gomes foi consagrado o primeiro Ouvidor. No processo de construção que antecedeu o decreto, Manuel escreveu para as Embaixadas que tinham o *Ombudsman* e essas faziam as traduções e enviavam aos seus respectivos países. Os documentos retornaram entre janeiro e março de 1986, e foi criado o projeto¹⁹. A proposta foi fazer um projeto-piloto junto ao Executivo que, depois de avaliado, passaria ao Legislativo como o *Ombudsman* sueco. A partir desta pesquisa qualitativa realizada um ano após a implementação da Ouvidoria de Curitiba, solicitaram a realização do Segundo Simpósio Latino-Americano do *Ombudsman*, e convidaram o então *Ombudsman* sueco, o Provedor de Justiça português e o *Defensor del Pueblo* espanhol. Este último foi o único que não pôde comparecer naquela ocasião (GOMES, 2019).

Para o evento também foram convidados, nas palavras do Manuel Eduardo Alves Camargo e Gomes:

Todos os melhores, todos os melhores administrativistas do país. Todos! Sem nenhuma exceção! Fomos às universidades e buscamos os professores titulares, os principais professores titulares do direito administrativo do Brasil, Celso Antônio Bandeira de Melo, Adilson Dalari, Sylvania Zanella Di Pietro, Odete Medauar, Caio Tácito, Seabra Fagundes. (informação verbal)²⁰

¹⁸ Notícia fornecida por Manoel Eduardo Alves Camargo Gomes no Fórum Nacional de Ouvidores Universitários e de Hospitais de Ensino, em Curitiba, em 2019.

¹⁹ O projeto foi construído por três advogados, Manoel Eduardo Alves Camargo e Gomes, Paulo Salamuni, e Luis Miguel Justo Silva. O segundo sucedeu o primeiro como Ouvidor-Geral na Ouvidoria-Geral de Curitiba.

²⁰ Informação fornecida pelo autor Manoel Eduardo Alves Camargo e Gomes em palestra intitulada “Construção da 1ª Ouvidoria do Brasil: motivação, desafios e resultados”, no XIX Fórum Nacional de Ouvidores Universitários e de Hospitais de Ensino.

Ao final do evento, foi apresentado o projeto de *Ombudsman* para o Brasil, que previa vinculação ao Legislativo “para exercício do controle da Administração Pública em defesa do cidadão” (informação verbal)²¹.

No Legislativo federal, a necessidade de criação de uma figura que pudesse supervisionar o cumprimento das atividades de responsabilidade do Estado estava pungente, como se observa no texto de Tácito:

Em 1981, um grupo de parlamentares, liderados pelo Deputado Mendonça Neto, apresentou a Proposta de Emenda à Constituição n.º 78, criando o cargo de procurador-geral do povo, com a atribuição de investigar as violações da lei e dos direitos fundamentais do cidadão. O titular seria eleito em sessão conjunta do Congresso Nacional, por indicação das lideranças, com mandato de quatro anos. A emenda ficou prejudicada por decurso de prazo e foi arquivada no ano imediato. No mesmo ano, o Deputado José Costa apresentou projeto de emenda constitucional destinada à criação da Procuradoria-Geral do Poder Legislativo e, em 1983, o Senador Luiz Cavalcanti propôs a implantação do ombudsman no Brasil “como heroica tentativa para extirpar da vida pública nacional o câncer da corrupção”. Também não logrou êxito o projeto de lei do Deputado Jônatas Nunes, em 1984, visando a criar a Procuradoria Popular, com a atribuição de “receber e apurar queixas ou denúncias escritas de qualquer cidadão que se sinta prejudicado por ato da administração”. Com o mesmo propósito, o Senador Marco Maciel introduziu projeto tendente a instituir o Ouvidor-Geral, com a incumbência de “receber e apurar queixas ou denúncias de quem se considere prejudicado por ato da administração”. (TÁCITO, 1988, p. 18)

O movimento pró-*Ombudsman* direcionado aos países democráticos no cenário internacional, a efetiva participação do Brasil nas ações realizadas na América Latina para a implementação do *Ombudsman*, além da inscrição do Defensor do Povo (modelo espanhol) no texto do anteprojeto da Constituição Federal de 1988 (CF/88), realizada pela Comissão Provisória de Estudos Constitucionais apontavam para uma consolidação desse instituto na 8ª Constituição brasileira. Todavia, a concepção de criar o Defensor do Povo não era um princípio reconhecido como legítimo pelo Ministério Público (MP) e seus defensores; naquele ambiente de disputas, alegavam que seria criada uma burocracia que, por si só, inviabilizaria a função (BEZERRA, 2010; COMPLOIER, 2015; OSÓRIO, 2000).

Entre os anos de 1987 e 1988, período constituinte, foram intensas as disputas no sentido de garantir na Constituição Federal o registro da Ouvidoria. Travava-se de um embate junto aos membros do MP, cuja intenção era fortalecer o

²¹ Informação fornecida pelo autor Manoel Eduardo Alves Camargo e Gomes em palestra intitulada “Construção da 1ª Ouvidoria do Brasil: motivação, desafios e resultados”, no XIX Fórum Nacional de Ouvidores Universitários e de Hospitais de Ensino.

órgão que reclamava a necessidade de autonomia e independência. Para estes profissionais, os promotores já vinham desempenhando essa função de *Ombudsman* há alguns anos. Deve-se reconhecer que o MP já realizava naquele momento (antes da CF/88) um trabalho significativo de escuta da população e defesa dos direitos coletivos, mas, considerando fundamentalmente o desenho institucional e a organização por carreira, o MP possuía um perfil completamente diferente do instituto do *Ombudsman*, uma vez que a lógica do MP era judiciária, da lide, não pautados no poder moral, tampouco na persuasão nem em meios mais alternativos de resolução de conflito. Logo, a afirmação dos promotores, de exercerem a função do *Ombudsman*, não condizia com a realidade. O perfil do *Ombudsman*, descrito no Quadro 1, certamente contribui para esse posicionamento. A história do MP registra momentos de ligação ora ao Poder Judiciário, ora ao Executivo; sua autonomia era relativa; aos promotores já era exigida formação específica em direito e concurso público; e seu controle sobre o Estado também estava bastante limitado.

Na defesa da implementação da Ouvidoria, como Defensor do Povo, encontrava-se a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Este órgão, que representava a cúpula católica brasileira, havia reorientado sua posição política e reivindicava “seu papel como defensora dos direitos humanos e da democracia” (WOHNRATH, 2017, p. 245).

Passados os anos de regime ditatorial no Brasil, ocupavam a liderança da CNBB vários religiosos engajados com a Teologia da Libertação e militavam na defesa dos direitos humanos. Segundo Wohnrath (2017, p. 265), a CNBB, por intermédio de seus religiosos, participou de forma efetiva “da construção da política do Estado a partir da ANC [Assembleia Nacional Constituinte], seja aprovando suas pautas e visões de mundo ou resistindo às pretensões de seus adversários”.

Apesar do apoio citado anteriormente, para Lyra (2014b), ocorreu uma sucessão de outros acontecimentos que culminaram com a ausência da Ouvidoria na Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, um fator relevante foi a falta de apoio da esquerda brasileira. Segundo o mesmo autor, a esquerda não reconhecia no instituto unipessoal, proveniente de países que já haviam conquistado a democracia representativa, as características de participação social de fato e suas potencialidades para transformação. O investimento deste grupo estava voltado especificamente para instrumentos de mobilização coletiva. Naquele cenário político,

para eles, eram os conselhos de políticas públicas as principais alternativas para sustentação de uma estrutura governamental contra-hegemônica, momento, inclusive, de fortalecimento das conferências de saúde e de criação dos conselhos de saúde²².

Em oposição à ideia do novo instituto, o MP, ainda que não existisse com a robustez que possui atualmente, já era uma instituição, até certo ponto, reconhecida no Brasil. Estes reclamavam a função de defensores do povo e possuíam, em oposição a Dom Luciano Pedro Mendes de Almeida (Presidente da CNBB), nomes como Plínio Arruda Sampaio e Hugo Nigro Mazzilli (COMPLOIER, 2015).

Ainda segundo Roberto Gurgel, durante o período pré-constituente:

[...] havia mais de 30 parlamentares constituintes que integravam as carreiras do Ministério Público dos Estados, pessoas que, portanto, conheciam muito bem a instituição, pessoas de dentro da instituição e que representaram um apoio muito importante, digamos, para que as teses do Ministério Público fossem apreciadas e fossem acolhidas. (informação verbal)²³

Dentre eles, estavam os deputados Ibsen Pinheiro (que integrava o MP gaúcho) e Sepúlveda Pertence²⁴.

O forte *lobby* de um conjunto de líderes políticos e institucionais do MP, organizados pela Confederação Nacional do Ministério Público (CONAMP) culminou, então, com um encontro em Curitiba, ocasião em que elaboraram um anteprojeto do que viria a ser o MP no texto constitucional de 1988 (CARVALHO; LEITÃO, 2010). O citado documento ficou conhecido como “Carta de Curitiba”. Segundo esta carta, aprovada em 21 de junho de 1986, caberia ao MP “conhecer de representações por violação de direitos humanos e sociais, por abusos do poder econômico e administrativo, apurá-las e dar-lhes curso, como **defensor do povo**, junto ao Poder

²² Esta questão das conferências e conselhos como instrumentos de participação social será retomada no capítulo 2 desta tese. A participação da comunidade tornou-se um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido no artigo 198 da CF/88 (BRASIL, 2000a), e por meio da Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b) foram regulamentados as conferências e conselhos de saúde como forma de operacionalização desta participação social. Assim, cinco anos após a regulamentação, aproximadamente 60% dos municípios brasileiros já apresentavam conselhos de saúde (ANEXO E).

²³ Informação fornecida pelo autor Roberto Gurgel em entrevista ao Programa Constituição 30 anos (GURGEL, 2018).

²⁴ Estes indivíduos apresentavam de fato importância neste processo, não apenas no que diz respeito à formulação da nova Constituição como também no período pós-constituente. Destaca-se que Ibsen foi presidente da Câmara Federal de 1991 a 1992 e presidiu o *impeachment* de Fernando Collor de Mello, enquanto Sepúlveda tornou-se ministro do Supremo Tribunal Federal e presidente deste tribunal entre 1989 a 2007.

competente” (MAZZILLI, [1986?], p. 2, grifo nosso). O resultado dessa disputa foi o fortalecimento institucional do MP e a ausência da Ouvidoria na Carta Magna de 1988.

O MP, na CF/88, foi todo estruturado em um capítulo específico, e embora não tenha sido elevado no texto constitucional a um quarto poder, passou a ter todas as garantias de um poder de Estado (COMPLOIER, 2015). Ganhou autonomia administrativa e financeira, além de independência funcional em relação aos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Seu poder de influência tornou-se ainda mais notório quando seguiu se fortalecendo por meio das Emendas Constitucionais nº 19 e 45 (BRASIL, 1998a, 2004a), nas quais se incluiu a autonomia da proposição da política remuneratória e dos planos de carreira. Para Arantes (1999, p. 84), a CF/88 deslocou o MP “da tarefa de defender o Estado para a condição de fiscal e guardião dos direitos da sociedade”. A instituição se tornou mais robusta constitucionalmente com as importantes mudanças, mas, ainda assim, não adquiriu aqueles princípios fundamentais exigidos pela comunidade internacional para ter o reconhecimento de *Defensor del Pueblo*, enquanto modelo de *Ombudsman*.

Gomes (2011, p. 89) faz as seguintes considerações:

No plano principiológico, o instituto [*Ombudsman*] é identificado pela informalidade, celeridade, oralidade, acessibilidade irrestrita e universal (incluindo incapazes) e pela gratuidade. Sua legitimação é preponderantemente política, com vinculação ao Poder Legislativo (prestação de contas, escolha e destituição de seu titular). Por outro lado, a atuação do *Ombudsman* é, em regra, informada por uma racionalidade material, vincada em valores extras-jurídicos, como moralidade, eticidade, economicidade, justiça e boa administração. Possui natureza unipessoal, não contenciosa, com garantias de ampla publicidade de seus atos, através de formas não convencionais de atuação, tendo como principal instrumento a recomendação. Revele-se, ademais, que o objeto de controle do *Ombudsman* alcança, necessariamente, a esfera discricionária da Administração. Já o Ministério Público tem sua atuação informada pela formalidade, com critérios jurídicos de acessibilidade, possuindo uma legitimação preponderantemente técnica (jurídica), informada por uma racionalidade de tipo formal (vincada, especialmente, no princípio da legalidade). Possui funções de natureza contenciosa, tendo como principal instrumento ações judiciais. Por fim, o âmbito de atuação do Ministério Público deve estar adstrito ao da atuação vinculada, não alcançado o mérito dos atos administrativos. (GOMES, 2011, p. 89)

De forma resumida, o Quadro 3 compara as diferenças substanciais entre o *Defensor del Pueblo* e o MP.

Quadro 3 – Perfil do *Defensor del Pueblo* e Ministério Público

Defensor del Pueblo	Ministério Público
Magistratura unipessoal. Eleito por maioria qualificada do Legislativo.	----- Designado Pelo Procurador-Geral da República, entre Procuradores concursados para desempenho de suas atividades durante dois anos, como um passo da carreira dentro do Ministério Público.
Mandato por período limitado. Apresenta relatório anual ao Legislativo.	Cargo vitalício. São autônomos.
Atuação eminentemente política e atuação de opinião sobre os problemas sociais (magistratura de persuasão), pode atuar informalmente e realizar mediação.	Atuação essencialmente jurídica e atuação legal sobre os problemas sociais.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de Constenla (2010).

Ainda que existam as diferenças citadas, atualmente o MP, por meio da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, representa o Brasil na FIO. Quanto ao ILO, a Procuradora Regional dos Direitos do Cidadão, do MP do Rio de Janeiro, durante os mandatos 2014-2016, 2016-2018, 2018-2020 e 2020-2022, Ana Padilha Luciano de Oliveira é uma dos quatro brasileiros associados, a saber: Cristina Ayoub Riche, Ouvidora da Universidade Federal do Rio de Janeiro desde 2007, que atualmente preside o ILO; Manoel Eduardo Camargo e Gomes, Professor da Universidade Federal do Paraná, foi o primeiro Ouvidor no Brasil, de 1986 a 1988, no município de Curitiba; e Rubens Pinto Lyra foi Ouvidor-Geral da Universidade Federal da Paraíba, entre 1999-2003, atualmente Professor da Universidade Potiguar.

Contudo, a inexistência no texto constitucional não impediu a continuidade do movimento de implantação das Ouvidorias no Brasil. No Executivo Federal, a exemplo, foi criada, em 1992, a Ouvidoria-Geral da República como órgão do Ministério da Justiça, na Lei nº 8.490/1992 (BRASIL, 1992).

Passados 16 anos, foram incluídas, então, no texto constitucional, as Ouvidorias da Justiça e as Ouvidorias do MP, por meio da Emenda Constitucional nº 45/2004 (BRASIL, 2004a)²⁵. A primeira representa o Conselho Nacional de Justiça

²⁵ Esta emenda ficou conhecida como “emenda da Reforma do Judiciário”. Tinha por objetivo, dentre outros, a construção de mecanismos de controle do Poder e do MP, o que foi possível com a criação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP).

(CNJ) e a segunda o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), cuja finalidade, respectivamente, é receber reclamações e denúncias de qualquer interessado contra membros ou órgãos do Poder Judiciário ou do MP.

A emenda constitucional referida propiciou, entre os anos de 2005 e 2015, a criação de um conjunto de marcos legais que regulamentam o serviço de Ouvidoria no âmbito do MP. Reduziu a criação legal, em termos constitucionais, desse instituto ao Poder Judiciário e ao MP, descartando os demais poderes que configuram a organização do Estado. Além disso, restringiu a função da Ouvidoria ao recebimento de reclamações e denúncias, relegando as demais possibilidades de colocações dos indivíduos como solicitações, sugestões, elogios e pedidos de informações. Essa restrição foi revista, quando então foram ampliados os tipos de manifestações em documentos regulatórios posteriores, conforme se verifica, dentre outras, na Portaria nº 519/2012 (BRASIL, 2012a), da Procuradoria Geral da República / Ministério Público Federal, que criou sua Ouvidoria, e nas Resoluções do Conselho Nacional do Ministério Público nº 95/2013 e nº 153/2016 (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2013, 2016).

A despeito da inclusão limitada da Ouvidoria no texto constitucional, existe um movimento recente das próprias Ouvidorias e de órgãos associativos, que congregam Ouvidores das diferentes esferas de governo e de representação pública ou privada no sentido de construir uma rede de Ouvidorias brasileira. Essa é uma dinâmica que nutre o instituto brasileiro enquanto categoria e cria nos Ouvidores um sentimento de pertencimento, fortalecendo-os para que batalhem por ganhos incrementais. No entanto, vale ressaltar que esse fortalecimento até o momento não deixa claro o interesse do Estado por conferir autonomia do órgão. Dar visibilidade à discussão sobre a autonomia como elemento fundamental para garantia da *accountability* é, contudo, uma necessidade urgente, caso contrário, a sustentação desta agência como órgão de controle apresenta riscos.

Cardoso, Alcantara e Lima Neto (2012) e Menezes, Lima Neto e Cardoso (2016) salientam que o elemento autonomia é o fator fundamental para classificar a Ouvidoria como agência de *accountability*, pois é a autonomia que permitirá ao órgão estabelecer com efetividade as práticas de controle social. Para Cardoso, Alcantara e Lima Neto:

A noção de *accountability* está ligada fundamentalmente à cidadania ativa, envolvendo tanto a responsabilização dos gestores quanto a participação da sociedade na democratização das instituições. No âmbito das Ouvidorias públicas, a questão da *accountability* diz respeito às práticas de controle social que assegurem um canal eficiente de interação entre a sociedade e a gestão governamental, como legislação democrática, facilidade de acesso para a população, tramitação transparente e impessoal das manifestações, disponibilização de dados etc. (CARDOSO; ALCANTARA; LIMA NETO, 2012, p. 33)

Embora a implantação de Ouvidorias tenha ocorrido de maneira crescente no Brasil, pode-se afirmar que, de modo geral, a ideia de Ouvidoria ainda está em discussão e enfrenta embates para sua construção teórica e conceitual, que se aproximam e se afastam da concepção inicial, como o instituto do *Defensor del Pueblo* (QUINTÃO, 2019). Neste sentido, a ausência de marco constitucional para a Ouvidoria, à exceção daquelas do Poder Judiciário e do MP, possibilitou a construção de vários desenhos institucionais. Acrescenta-se a este aspecto o fato de a variedade não estar restrita ao desenho institucional, mas também à existência de mandato e formas de escolha do Ouvidor. Esse conjunto de variáveis (desenho institucional, mandato e formas de escolha do Ouvidor) interfere significativamente na possibilidade de tradução de Ouvidorias com menos ou mais autonomia.

Lyra (2016) e Gomes (2016) estabelecem crítica relativa à localização do instituto no interior do órgão ou agência que controla e à sua perda de autonomia, pois esse cenário compromete a atuação do Ouvidor e sua capacidade de implementar de fato a participação social. A crítica não se limita aos autores e eventos brasileiros, haja vista que Oliveira (2005) relata a recorrência de tais críticas em eventos sobre *Ombudsman* realizados no exterior.

No tocante às críticas recebidas em eventos internacionais quanto à implementação das Ouvidorias públicas brasileiras como órgão de controle interno, Oliveira (2005) assinala que, nessas situações, o modelo de participação/controlado social da Ouvidoria é gerido e desenvolvido no próprio cenário brasileiro, não tendo que ser obrigatoriamente comparado ao *Ombudsman*. Cabe destacar, porém, que não se trata de uma necessidade puramente comparativa e sem sentido como parece afirmar Oliveira. A comparabilidade possui legitimidade à medida que a Ouvidoria é tratada como instituto derivado do *Ombudsman* e, como tal, não deveria ter suas características modificadas a ponto de transformá-la em uma outra estrutura de Estado. Se considera Oliveira (2005) que a constituição da Ouvidoria, com tamanha diferença, traz tantos benefícios, poderia enumerar tais vantagens. Em vez

disso, além da aparente resposta simplista, o autor apenas justifica que a Ouvidoria, como instrumento de participação/control social, tem se mostrado eficaz, com uma atuação objetiva e prática se comparada aos institutos do *Ombudsman* internacionais. Segundo o mesmo autor, o modelo original de *Ombudsman*, que a princípio poderia ser considerado um instrumento típico de países modernos como a Suécia, sofre cada vez mais com a burocratização e um distanciamento da realidade das pessoas, daí se constituindo uma verdadeira incoerência no que se refere à possibilidade de representação dos indivíduos.

O apontamento desta diferença entre Ouvidoria e *Ombudsman* é preocupante, especialmente na compreensão de Ouvidoria como órgão estatal. Ora, é justamente essa diferença que fragiliza a Ouvidoria como agência de *accountability* horizontal. A Ouvidoria, como instrumento de controle interno, funcionará principalmente como uma espécie de monitoramento, cunhado por McCubbins e Schwartz (1984) como *fire alarm* ou “alarme de incêndio”. De acordo com Melo (2001, p. 61), “refere-se ao monitoramento seletivo, de custo eficiente, voltado para a identificação dos desvios ou comportamento oportunista da burocracia que são denunciados”.

Reforça o argumento desta tese o fato de a comunidade acadêmica, representada por Scott Mainwaring, Christopher Welna, Guillermo O'Donnell, Charles D. Kenney, Erika Moreno e colaboradores, Enrique Peruzzotti, Catalina Smulovitz no livro *Democratic Accountability in Latin America*, organizado pelos dois primeiros autores (MAINWARING; WELNA, 2003), deixar clara a compreensão de *Defensor del Pueblo* como uma agência de *accountability* horizontal, conforme modelo de *Ombudsman* difundido na América Latina. Na defesa deste entendimento, a obra aponta, dentre outras, a experiência do Peru, da Guatemala e da Colômbia na implantação das *Defensorias del Pueblo* como agências de controle. Esta lógica também foi descrita por O'Donnell (1998), como já visto nesta tese, em relação à *Defensoria del Pueblo* de Costa Rica.

Nesse sentido, a caracterização da Ouvidoria como uma agência de *accountability horizontal asignada*, tipo alarme de incêndio – que possui em sua lógica a magistratura de persuasão, da supervisão sem o *enforcement* direto, levando em conta a sua função de *input* (entrada) das manifestações do cidadão para instâncias institucionais, incluindo as judiciais – traduz este órgão brasileiro

como típico do *Ombudsman* latino-americano, como é observado por Moreno, Crisp e Shugart (2003), da seguinte forma:

Os Defensores Públicos de direitos humanos – às vezes chamados de Ombudsman de direitos humanos – desempenham um papel importante na supervisão do tipo alarme de incêndio. Nem todas as constituições latino-americanas fazem provisões para Defensores de direitos humanos. Aqueles que frequentemente colocam o defensor no ministério público (sob o Ministério Público), mas mesmo assim estabelecem um órgão separado, às vezes chamado de Defensoria, encarregado de investigar abusos de direitos humanos. A maioria dos defensores de direitos humanos não possui poderes de imposição ou sanção. Seus deveres se limitam principalmente a divulgar abusos, cumprindo assim uma função de alarme de incêndio e encaminhando abusos ao promotor para possíveis ações judiciais. (MORENO; CRISP; SHUGART, 2003, p. 101, tradução nossa)²⁶

Dito isto, este trabalho seguirá a orientação da Ouvidoria como agência de *accountability horizontal asignada*, valorizando a interpretação de Scott Mainwaring (2003) ao abordar *accountability* horizontal como controle intraestatal para alcançar a eficácia de sua atuação enquanto órgão público.

As Ouvidorias, termo cunhado no Brasil, em sua maioria possuem um desenho institucional que permite classificá-las como “alarme de incêndio”. Elas funcionam como um termômetro da instituição, e apontam, a partir da manifestação dos indivíduos (usuários do serviço público), como está o desempenho institucional referente à prestação de serviço e qualidade do mesmo, e à defesa dos direitos humanos. Logo, possuem a capacidade de diagnosticar problemas precocemente ou, ainda, captar necessidades específicas dos usuários que ainda não se transformaram em um problema de fato para o gestor. Isso é possível por funcionar como um canal de comunicação rápido e direto entre os cidadãos e o gestor e, se bem desenhado institucionalmente, pode influenciar/contribuir com adequações necessárias à própria política pública, a exemplo do SUS.

Alguns autores (GOMES, 2016; LYRA, 2014a; MENEZES; LIMA NETO; CARDOSO, 2016; SILVA *et al.*, 2012) empregaram tempo em estudos que pudessem caracterizar os modelos mais comuns de Ouvidoria e/ou construir um tipo

²⁶ *Public Defenders for human rights – sometimes called human rights ombudsmen – play an important role in providing fire-alarm oversight. Not all Latin American constitutions make provisions for human rights defenders. Those that do often place the defender within the public ministry (under the prosecutor general), but nonetheless establish a separate organ, sometimes called the Defensoría, charged with investigating human rights abuses. Most human rights defenders lack enforcement or sanctioning powers. Their duties are mainly confined to publicizing abuses, thereby serving a fire-alarm function, and to referring abuses to the prosecutor for possible judicial action.*

ideal (GOMES, 2016), um modelo ideal (SILVA *et al.*, 2012) ou, ainda, um modelo ideal-possível (MENEZES; LIMA NETO; CARDOSO, 2016), que fossem apropriados para orientar a implementação deste instituto. Em todos os estudos citados, o que está em para a fundamentação da Ouvidoria é a independência e a autonomia.

A princípio, merece destaque o trabalho desenvolvido por Gomes (2016). Neste, o autor parte da construção weberiana de tipo ideal para definir uma classificação de modalidades de Ouvidoria. Assim, classifica a Ouvidoria da seguinte maneira: Ouvidoria interna, Ouvidoria de entidade de controle, Ouvidoria interorgânica e Ouvidoria extraorgânica. Ainda para Gomes (2016, p. 14), esta “definição de uma modalidade de ouvidoria, como tipo ideal, deveria servir como instrumento metodológico de compreensão da realidade: um meio de aproximação ou medição do real”.

Resumidamente, os modelos, que possuem suas especificidades descritas no Anexo A (Modelos de Ouvidoria Pública) e no Anexo B (Submodelos de Ouvidorias Públicas Internas), foram desenvolvidos a partir da articulação de dois conjuntos de critérios, os estruturais e os funcionais. Nos estruturais tem-se: o intraorgânico (quando trata-se de Ouvidorias que atuam sobre o mesmo órgão ao qual está ligada), interorgânico (neste caso, as Ouvidorias atuam sobre órgãos distintos daqueles a que estão ligadas), e extraorgânico (específicos para aquelas Ouvidorias localizadas na sociedade civil, fora da estrutura administrativa do Estado). Para o conjunto de critérios funcionais utilizados, verificam-se: a identificação dos sujeitos a que se destina a atuação das Ouvidorias; e os critérios de sujeição ativa – neste grupo é considerada a escolha e nomeação dos Ouvidores. Assim, de modo geral a Ouvidoria foi caracterizada dentro de um critério estrutural articulado a outros dois critérios funcionais (GOMES, 2016).

Lyra (2014c) e Gomes (2019) concordam quanto à variedade de formatos existentes de Ouvidoria, bem como sobre a maioria possuir baixo grau de autonomia dado o desenho institucional, a forma de escolha do Ouvidor e a ausência de mandato definido. Entretanto, Menezes, Lima Neto e Cardoso (2016), baseados na análise dos atos normativos de 93 Ouvidorias de órgãos e entidades do Poder Executivo Federal que reconhecem a Ouvidoria formalmente em seus respectivos organogramas, propõem um modelo “ideal- possível”. Para estes autores, um modelo “ideal-possível” que reforce a autonomia, a cooperação e a *accountability* deve considerar os seguintes elementos: escolha do Ouvidor; mandato; acesso do

Ouvidor às instâncias decisórias que permita a realização de recomendações; acesso amplo e irrestrito do Ouvidor a documentos, informações e pessoas da organização; garantia de sigilo da identidade do manifestante pela Ouvidoria; provisão de estruturas de *accountability* que permitam ampla visibilidade de suas ações e propiciem participação e controle social; e construção de rede de cooperação entre as diversas Ouvidorias e outras instituições de participação social.

Quanto ao estabelecimento de redes de Ouvidoria, Menezes, Lima Neto e Cardoso (2016) avaliam que podem ser estabelecidas em duas dimensões. Uma interna, na qual a proposta é diminuir a complexidade de operacionalização de funções por intermédio da desconcentração administrativa, enquanto na dimensão externa a proposta está relacionada à construção de ações compartilhadas entre Ouvidorias, e ainda entre estas e outros institutos de participação social com foco na melhoria das ações e serviços prestados, além do desenvolvimento da democracia.

De modo geral, esses elementos estruturais essenciais também foram enfatizados por Silva *et al.* (2012), em sua pesquisa intitulada *Por um Sistema Nacional de Ouvidorias Públicas: possibilidades e obstáculos*. Contudo, na presente pesquisa foram analisadas 17 Ouvidorias de diferentes poderes e esferas de governo, sendo elas: Ouvidoria-Geral do Estado de Minas Gerais; Ouvidoria do Tribunal Regional Eleitoral de Minas Gerais; Ouvidoria do Tribunal de Contas de Minas Gerais; Ouvidoria da Universidade Federal de Minas Gerais; Ouvidoria do Ministério Público do Estado de Minas Gerais; Ouvidoria do Município de Belo Horizonte; Ouvidoria da Advocacia Geral da União; Ouvidoria-Geral do Ministério da Fazenda; Ouvidoria da Receita Federal; Ouvidoria do Ministério da Cultura; Ouvidoria do Ministério dos Esportes; Ouvidoria-Geral do Ministério do Trabalho e Emprego; Ouvidoria-Geral do Ministério da Previdência Social; Ouvidoria da Secretaria de Política de Promoção da Igualdade Racial; Ouvidoria do Servidor, localizada no Ministério do Planejamento; Ouvidoria do Sistema Único de Saúde, localizada no Ministério da Saúde; Ouvidoria-Geral da União.

Ainda em relação à construção de redes (interna e/ou externa), chama-se a atenção para o que Kenney (2003, p. 65) diz a respeito da importância de construção de redes de agências de *accountability* para que se possa ter uma ação eficaz destes institutos. Segundo o autor, em acordo com O'Donnel (1998), as sanções no caso de agências de *accountability horizontal asignada* estão, de modo geral, relacionadas à existência de funcionamento dessas agências em rede. Para

eles, raramente essas agências conseguiram atuar de maneira eficaz, isoladamente. Ainda que tais institutos possam ter grande influência na opinião pública com suas atuações isoladas, a eficácia definitiva depende de outras instituições, como os tribunais e o Poder Legislativo, especialmente nos casos que envolvem os altos cargos.

A *accountability* horizontal depende de uma rede de agências estatais, mas isso não significa que todas essas agências devam estar localizadas ao longo de uma cadeia de comando vertical. Quando as crianças brincam de 'pedra, papel, tesoura', com cada elemento batendo o próximo em uma cadeia intransitiva de relacionamentos, o essencial não é a hierarquia, mas uma rede de relacionamentos de *accountability* que não deixa nenhuma agência irresponsável. As agências que não têm o poder de aplicar sanções diretamente podem ainda desempenhar papéis importantes no fornecimento de *accountability* dentro de uma rede. Quando a rede falha, no entanto, essas agências poderão exercer apenas formas limitadas e diminuídas de *accountability* horizontal. (KENNEY, 2003, p. 65, tradução nossa)²⁷

Para Gomes (2011), o Brasil é a nação com maior número de Ouvidorias, se comparado aos demais países que implementaram o modelo do *Ombudsman*. Esse fato possibilita ao país a oportunidade de construir a maior rede de *Defensores del Pueblo*. Assim, nas palavras de Gomes:

[...] o Brasil possui talvez o maior número de ouvidores públicos de todos os 121 países que contam com a instituição do *Ombudsman*. Como mencionado, são centenas de espaços públicos que ostentam a indicação de Ouvidoria Pública, constituídos em rede, esse seria, possivelmente, o mais expressivo grupo de servidores com a missão de defender os interesses dos cidadãos em face de atos injustos ou ilegais perpetrados pelo Estado. Não há notícias de país algum no mundo que possua igual capilaridade: tantos e tão dispersos servidores designados para a defesa da cidadania. [...] Dispersos e com um alto grau de diferenciação, constata-se, por outro lado, um considerável nível de comprometimento da eficácia e da consolidação da instituição no Brasil. Para conter essa dispersão e reduzir a diferenciação seria necessário congregiar o conjunto dos ouvidores públicos em uma robusta teia de defensores da cidadania, organizados e regulados por uma lei orgânica prevista constitucionalmente, pela qual todos os ouvidores brasileiros teriam a autonomia, independência, poderes, instrumentos e competência necessários para um exercício plenamente eficaz. Idealmente, seria estabelecida uma unidade em torno de uma Ouvidoria com competência sobre todo o território nacional, que tivesse

²⁷ *Accountability horizontal depends on a network of state agencies, but this does not mean that all such agencies must be located along a vertical chain of command. When children play 'rock, scissors, paper', with each element beating the next in an intransitive chain of relationships, what is essential is not hierarchy but a network of accountability relationships that leaves no agency unaccountable. Agencies that lack the power to apply sanctions directly may yet play key roles in providing horizontal accountability within such a network. When the network breaks down, however, these agencies will be able to exercise only limited, diminished forms of horizontal accountability.*

suas funções, poderes e atributos também garantidos pela Constituição Federal. (GOMES, 2011, p. 96)

No que se refere à experimentação prática de construção de rede de Ouvidorias brasileiras, o SUS é o movimento mais avançado. Disparado oficialmente a partir da criação, em 2003, da Secretaria de Gestão Participativa (SGEP), alcançou entre 2008 e 2019 um total de 1.976 Ouvidorias implantadas, segundo análise dos relatórios gerenciais do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES), um verdadeiro trabalho de coordenação desse instrumento de participação social, previsto na Política Nacional de Saúde.

1.5 A atuação da Ouvidoria

Compreende-se que a atuação das Ouvidorias gira em torno de duas lógicas distintas, ainda que diretamente interligadas. Na primeira, tem-se uma racionalidade pautada na participação social, como conjunto de práticas na qual está contemplada o controle, mas não se resume a ele, pois o foco é a participação efetiva na construção da própria política pública; enquanto a segunda racionalidade é mais voltada para o controle da burocracia estatal e seu funcionamento.

A Ouvidoria é um órgão de participação/controle social e reconhecidamente um instrumento para a construção de diretrizes de políticas públicas. Seu surgimento e desenvolvimento no país, a partir da década de 1980, se deu em um momento privilegiado de fomento da inclusão social, tendo por objetivo impulsionar a melhoria da qualidade do serviço público e a participação efetiva das pessoas na Administração Pública. Como instrumento de inclusão social, possui duas dimensões: histórica e política. Em relação à primeira, é importante destacar seu potencial de trazer um novo sentido à democracia, dado que a experiência de ditadura militar afastou em grande parte a relação entre Estado e cidadão. No que diz respeito à dimensão política, a democracia representativa no Brasil demonstra certa limitação no modelo experimentado, contribuindo para tanto a dimensão continental do país; assim, a Ouvidoria permite um contato mais próximo e direto entre a população e o Estado (CARDOSO, 2010). Ainda em relação à sua dimensão política, acrescenta-se que a Ouvidoria pode ser compreendida como uma experiência que corresponde ao que Santos e Avritzer (2002, p. 78) apontaram como “ampliação do experimentalismo democrático”, uma de suas teses para o

fortalecimento da democracia participativa. Essa é uma das três teses tratadas por esses autores para dar ênfase à conciliação da democracia representativa com a democracia participativa, com objetivo de tornar a participação direta possível, ainda que em período de intervalos eleitorais.

Conforme Habermas (2012), em um sistema democrático, a existência do conflito é comum. De forma geral, o que se quer não é a eliminação do conflito, e sim a construção de meios pacíficos para resolvê-los. Pode-se dizer que na democracia as divergências são importantes, porém a pacificação destas tem o intuito de modificar e requalificar as relações sociais e o comportamento do Estado. Nesse sentido, assume-se a democracia como regime político que possibilita a autorrealização e a autonomia dos indivíduos. Ainda neste debate, Riche (2011) aponta que a Ouvidoria é parte constituinte dessa dimensão política, especialmente contemplada como elemento da quarta geração do direito. Para a autora, a ouvidoria é:

Um instrumento democrático que consagra os princípios da transparência, da boa-fé e da equidade, mas também sob a ótica jurídica, como meio preventivo e capaz de atender às necessidades urgentes vividas pelo homem em sociedade, que espera encontrar um lugar seguro que promova os direitos humanos, a mediação dos seus conflitos, o acesso à informação como um direito constitucional e dever do Estado. (RICHE, 2011, p. 27)

Para Cardoso (2010), a Ouvidoria apresenta-se como um dos elementos mediadores que permitem que os indivíduos possam ser representados diretamente junto ao Estado, e Riche (2011) acrescenta que a Ouvidoria, como mecanismo de resolução alternativa de conflito²⁸, garante às pessoas o direito de participar diretamente da resolução do conflito que a envolve, o que potencializa a cooperação entre as pessoas e o Estado.

Manin (2015), em trabalho a respeito da Defensoria do Povo como instrumento de participação cidadã, destaca que as diferentes formas de participação foram criadas como marco da crise de representação política, como forma de canalizar a insatisfação dos cidadãos em relação aos seus representantes

²⁸ Segundo o parágrafo único do art. 1º da Lei nº 13.140/2015 (BRASIL, 2015a), “considera-se mediação a atividade técnica exercida por terceiro imparcial sem poder decisório, que, escolhido ou aceito pelas partes, as auxilia e estimula a identificar ou desenvolver soluções consensuais para a controvérsia”. E a mediação pode ser exercida judicial ou extrajudicialmente. A referida legislação cria a mediação em âmbito nacional e define que o mediador extrajudicial pode ser qualquer indivíduo capaz, que goze da confiança das partes envolvidas no conflito.

e potencializar a cidadania. Assim, a participação social objetivava a intervenção direta sobre questões de interesse público. No entanto, o contexto utilizado pela autora no trabalho relativo ao *Ombudsman* refere-se ao cenário dos demais países latino-americanos onde o *Ombudsman*, de forma geral, possui ampla independência, não tendo nenhuma relação hierárquica com o órgão que controla.

Em que pese à importância da discussão do desenho institucional do órgão, aponta-se a necessidade de que este seja pensado como promotor de cidadania. Logo, não parece que o fato de se constituir órgão interno ou externo à instituição controlada seja algo que não mereça importância. Dagnino (2004a) afirma que existe no Brasil um processo de construção democrática que sofre uma convergência perversa, e alerta que isso interfere de forma negativa no processo de participação social e potencialização da cidadania. Trata-se da junção entre o projeto político democratizante, participativo e o projeto neoliberal.

A CF/88 abriu o caminho para que legalmente fosse reconhecida a participação da sociedade. Esse fato propiciou uma ampliação da democracia com multiplicação de espaços para participação da sociedade civil. O objetivo seria ter as pessoas às quais se dirigem as políticas públicas como agentes ativos nos processos de discussão, planejamento e implementação das próprias políticas citadas. Contudo, paralelamente a esse cenário, também se construía um processo estratégico para implementação de ajustes neoliberais. Segundo Dagnino (2004a, 2004b), ambos os projetos, entre o fim do século XX e o início do século XXI, sofreram uma confluência, constituindo um movimento perverso que, no plano do discurso, torna obscuras distinções e divergências entre os dois projetos, o que permite redefinir o conceito de sociedade civil.

Ainda em relação à representatividade e participação da sociedade civil, Dagnino (2004a, 2004b) evidencia que o projeto neoliberal, nesse movimento de convergência perversa, deslocou seus respectivos significados. O alargamento dos termos representatividade e participação social permitiu a entrada das organizações não governamentais (ONG) como representantes “legítimos” da sociedade civil, colocando-as lado a lado com os ditos movimentos de massa (Movimento dos Sem Terra), orçamento participativo e conselho de políticas públicas. Seria ingênuo acreditar que esse alargamento representava uma ação casual ou desinteressada, porém, dentre suas consequências, a que parece mais crítica é a inversão da

perspectiva política da participação com ênfase no coletivo para uma perspectiva privatista e individualista.

Dagnino (2004a) defende que o conceito de participação marcado pela Carta Magna de 1988 está diretamente associado à criação de espaços públicos e aprofundamento da democracia. Para a autora, a própria CF/88 foi resultado de um processo de luta de variados setores da sociedade civil, incluídos os movimentos sociais contra a ditadura militar. Nesse sentido, a participação como conceito constitucional, dentro de um projeto maior que Dagnino (2004a, 2004b) denominou como projeto político democratizante, partiu de um processo real, prático de vivência do cotidiano dessas pessoas, para a partir de então ser consagrado na legislação máxima do país. Dessa forma, interessa destacar que Dagnino (2002, 2004a, 2004b) sustenta existir um significado político da participação, ou seja, participação no projeto político democratizante tem por objetivo o compartilhamento efetivo de poder de decisão entre o Estado e a sociedade civil com vistas à construção de políticas públicas.

Quanto ao que Dagnino (2004a) denominou de estratégias do projeto neoliberal, encontra-se a noção de Estado mínimo, que possui suas responsabilidades reduzidas no tocante à garantia de direitos e, nesse caso, as transfere para a sociedade civil. No caso brasileiro, a confluência foi possibilitada sobretudo com a Reforma Administrativa de Estado implementada pelo Ministro da Administração e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira, em 1995. Dentre outras questões, aponta Dagnino (2004a, p. 103) que, no contexto dessa reforma, “o significado político crucial da participação é radicalmente redefinido e reduzido à gestão”.

Nas palavras do próprio Luiz Carlos Bresser Pereira:

A reforma gerencial de 1995 adotou uma abordagem gerencial da gestão pública e uma abordagem social-democrática e social-liberal do papel do Estado. **A reforma é gerencial porque extrai a inspiração da gestão de empresas privadas**, e porque adota a promoção de autonomia e *accountability* das agências públicas como estratégia básica para atingir mais eficiência e qualidade. É democrática, porque pressupõe a governança democrática, faz do controle social pela sociedade civil uma forma principal de *accountability* política, e requer transparência das agências públicas. É social-democrática, porque afirma o papel do Estado de garantir a proteção eficaz dos direitos sociais. É social-liberal, porque acredita no mercado como um excelente, mas imperfeito, agente de alocação de recursos, e vê a terceirização de serviços e a competição controlada como excelentes ferramentas de *accountability*. Embora isso reafirme o dever do Estado de proteger os fracos – os pobres, as crianças, as mães solteiras, os idosos –,

ele não procura ser paternalista. Ele não subestima essa ou aquela capacidade de trabalhar para defender esses ou aqueles direitos próprios da cidadania, enquanto o Estado oferecer as oportunidades e os incentivos corretos. (PEREIRA, 2002, p. 20, grifo nosso)

Esse cenário de reformas neoliberais segue intervindo na construção teórico-conceitual das Ouvidorias e no seu respectivo processo de implantação. Nesta tese, o objeto é a Ouvidoria pública mediante o entendimento, tal como Lyra (2004), de que em nada esta se confunde com o que denominam Ouvidoria privada. Lyra (2004, 2014a) já afirmava que a Ouvidoria pública possui natureza diferente da Ouvidoria privada, e:

[...] Ihe é inerente, não só o zelo pelo respeito aos princípios constitucionais da moralidade, impessoalidade, transparência e eficiência no serviço público, mas, também, a defesa dos direitos humanos, a busca da promoção da justiça e da inclusão social. (LYRA, 2014a, p. 140)

Não obstante a diferença de natureza entre o que é público e o que é privado e a relação que estes estabelecem com seus respectivos cidadãos e consumidores, existe um outro horizonte a ser observado que aponta para uma função pública, ainda que sejam consideradas as relações de consumo:

No nosso entendimento, toda Ouvidoria, seja pública ou privada, tem uma função que é essencialmente pública, ao promover o diálogo que permite ao cidadão falar, ser escutado com empatia e, portanto, ter seu ponto de vista legitimado e considerado; tem função pública, ao promover o acesso à informação, direito constitucional inalienável, um direito humano fundamental, agora reforçado pela Lei de Acesso à Informação, Lei Federal nº. 12.527, de 18 de novembro de 2011, porque no constitucionalismo a transparência é essencial para a formação da cidadania, o que implica em três elementos, a saber: o direito de ser informado, o direito de informar e o direito de expressar o pensamento. Toda pessoa tem o direito de solicitar informação às autoridades de interesse privado ou geral, com base no direito de petição, que, nos termos de nossa Constituição Republicana, se apresenta fortalecido pelo seguinte: O direito de reclamar contra a prestação dos serviços públicos (art. 37, § 3º, I CRFB). O direito de representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego

ou função na administração pública (art. 37, § 3º, III, da CRFB). (RICHE, 2018, tradução nossa)²⁹

Riche (2011, p. 28), ainda conceituando ouvidoria, diz que ela:

[...] pode ser considerada um remédio constitucional, sendo um instrumento da democracia direta, por favorecer soluções coletivas ao estimular o cidadão a abandonar a atitude de resignação e apatia, face ao desempenho insatisfatório da instituição pública, tornando-o, assim, protagonista da mudança, contribui para a compreensão de que a solução das questões de seu interesse imediato, baseada nos princípios de eficácia e de justiça, é inseparável da melhoria, em benefício de todos, visando à construção do bem comum. (RICHE, 2011, p. 28)

Lima Neto e Durán (2016), em artigo cujo objetivo foi analisar em que medida a Ouvidoria pública brasileira e os conselhos de políticas públicas avançaram no estreitamento das relações entre Estado e sociedade, bem como identificar os desafios que enfrentam no aprofundamento das dinâmicas de participação social, apresentaram um mapeamento da formação dos dois modelos de instituição. Nesse sentido, classificaram tanto os conselhos como as ouvidorias como instituições que se dispunham a ser instrumentos de participação social potencializados a partir da CF/88, sob um cenário de redemocratização vivenciado pelo Brasil. Aqui a diferença principal, todavia, estava no fato de uma constituir-se, na prática, como órgão de controle interno (Ouvidorias), enquanto os conselhos possuíam ampla independência e autonomia, conforme marco legal.

Gomes (2000), Lyra (2004) e Cardoso (2010), em seus respectivos estudos a respeito da Ouvidoria pública brasileira, relatam um panorama pobre quanto à colaboração desse instituto na participação social. Lyra (2004) destaca que existe um abismo entre os princípios democráticos que a priori caracterizariam a Ouvidoria (na mesma lógica do *Ombudsman* no cenário internacional) e suas ações cotidianas.

²⁹ *Según nuestro entendimiento toda Ouvidoria, sea pública o privada, tiene una función que es esencialmente pública, al promover el diálogo que permite al ciudadano hablar, ser escuchado con empatía y, por lo tanto, tener su punto de vista legitimado y considerado; tiene función pública, al promover el acceso a la información, derecho constitucional inalienable, un derecho humano fundamental, reforzado ahora por la Ley de Acceso a Información, Ley Federal no. 12527, del 18 de noviembre de 2011, debido a que en el constitucionalismo la transparencia es esencial para la formación de la ciudadanía, lo que implica tres elementos, a saber: el derecho a ser informado, el derecho a informar y el derecho a expresar el pensamiento. [...] Toda persona tiene derecho a solicitar información a las autoridades de interés privado o general, sobre la base del derecho de petición, que, en los términos de nuestra Constitución Republicana se presenta robustecido por las figuras: Del derecho de reclamación en contra de la prestación de servicios públicos (artículo 37, § 3, I CRFB). [...] Del derecho de representación contra el ejercicio negligente o abusivo del cargo, empleo o función en la administración pública (art. 37, § 3, III, de CRFB).*

Segundo o mesmo autor, o comprometimento da independência dos Ouvidores, por conta de a maioria ser nomeado pelos gestores dos próprios órgãos que controlam, tem sido, na prática, um dificultador para que a mediação das relações entre poder público e indivíduos, pautada nos princípios da administração pública, ocorra.

Ainda em relação ao comprometimento da razão de ser da Ouvidoria devido à sua maior ou menor autonomia, Lima Neto e Durán (2016) também apontaram um cenário bastante crítico em seu artigo. Este trabalho tratou dados levantados em pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), cujo objetivo foi analisar as condições de autonomia conferidas às 93 Ouvidorias do Executivo Federal. É importante dizer que nesse estudo a metodologia utilizada para avaliar o grau de autonomia estava atrelada aos mecanismos de escolha do Ouvidor; entretanto, tendo a definição de critérios técnicos como questão fundamental, devendo esta ficar acima da escolha política. Nesse sentido, foi considerada a adoção de mecanismos externos para nomeação e a utilização de listas de candidatos para apreciação da autoridade máxima da instituição.

Importante frisar que as Ouvidorias públicas brasileiras que funcionam sob um modelo de controle interno tal como discutido apresentavam-se bastante fragilizadas no contexto de implementação do projeto neoliberal já abordado neste trabalho. Vale destacar que se a confluência entre o projeto democrático e o neoliberal, conforme Dagnino (2004a), foi capaz de gerar influências negativas sobre os modelos de participação cuja autonomia estava clara em seus marcos legais (conselhos de políticas e orçamentos participativos), maior exposição parece ter a Ouvidoria enquanto órgão de controle interno.

Veja-se alguns exemplos relativos à Ouvidoria-Geral da União. A Ouvidoria-Geral da República, instituída em 1992, a princípio no Ministério da Justiça, passou sucessivamente pela Corregedoria-Geral da União e Controladoria-Geral da União (CGU) em 2003. Esse percurso fortaleceu o órgão, que passou a chamar-se Ouvidoria-Geral da União (OGU), conquistando significativo espaço na organização de uma rede de Ouvidorias inicialmente no âmbito federal, mas que, muito rapidamente, alcançou destaque na discussão do tema em estados-membros e municípios. Isso especialmente no segundo governo Lula, alcançando continuidade no governo Dilma. Destaca-se que a saída da Ouvidoria-Geral do Ministério da Justiça recrudescer o caráter burocrático e de controle interno do órgão, uma vez

que, à época, continuou neste Ministério a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. Atualmente, a OGU é um órgão do Ministério de Transparência, Fiscalização e CGU.

Passados 26 anos da 8ª Carta Constitucional, foi publicado o Decreto nº 8.243/2014 (BRASIL, 2014a), da Presidência da República, que instituiu a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS)³⁰. Esta política conceituou o que se entende por “ouvidoria pública federal” (BRASIL, 2014b) como instância e mecanismo de participação social, cuja função é dialogar e atuar conjuntamente, enquanto representante da sociedade civil, com a Administração Pública Federal. Tal formulação avançou na tentativa de organização do instituto, colocando a OGU como formuladora das diretrizes das ouvidorias federais, porém limitou a esfera federal, apesar da organização federativa da república brasileira, não levando em conta as ouvidorias dos entes federativos subnacionais. Ao encontro dessa expectativa, foi sancionada, em 26 de junho de 2017, a Lei nº 13.460, que dispõe sobre a participação, proteção e defesa dos direitos dos usuários de serviços públicos da Administração Pública; esta com abrangência aos entes federados, entretanto, ainda pendente de instrumento legal que estimule a coordenação interfederativa das Ouvidorias públicas (BRASIL, 2014b, 2017a).

Resguardados os avanços que o Decreto nº 8.243/2014 e a Lei nº 13.460/2017 possibilitaram na implantação de ouvidorias no Brasil, é importante ressaltar que o país está, pelo menos no que se refere à política de participação social, em período de regressão. Em 11 de abril de 2019 foi publicado em Diário Oficial da União o Decreto nº 9.759, que extinguiu e estabeleceu diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Neste último revoga-se o Decreto nº 8.243/2014 em um claro posicionamento contrário do governo federal à forma de construção de diálogo com a sociedade civil outrora construída (BRASIL, 2014a, 2017a, 2019a).

Por outro lado, existem ações do atual governo, principalmente no âmbito da União, que indicam o fortalecimento das Ouvidorias na lógica de órgão fiscalizador e

³⁰ A PNPS e o SNPS foram estratégias de aperfeiçoamento da participação social, por meio das quais a Administração Pública Federal se comprometeu formalmente com a construção de uma política pública de participação social. A PNPS e o SNPS foram criados no governo Dilma Rousseff, pelo Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014 (BRASIL, 2014a), e revogados no atual governo pelo Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que extinguiu e estabeleceu diretrizes, regras e limitações para colegiados da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional.

de controle interno, por meio do fortalecimento do discurso de combate à corrupção. Exemplos destas ações são:

- a) a fala do Corregedor-Geral da União, Gilberto Waller Júnior (que deixou o cargo de Ouvidor-Geral da União no atual governo para assumir a Corregedoria-Geral), no VI Fórum de Ouvidorias Públicas do Rio de Janeiro. Segundo Gilberto, existe um movimento de organização interna da Corregedoria-Geral para que só receba denúncias a partir da OGU dado que sua experiência aponta para uma melhor qualificação da Ouvidoria para esse primeiro contato e abordagem do denunciante;
- b) a criação e inauguração, em 5 de abril de 2019, do “Espaço Integridade” na Ouvidoria da Presidência da República. Na ocasião, o instituto, que faz parte da Secretaria de Controle Interno da Secretaria-Geral da Presidência da República, recebeu o Presidente Jair Bolsonaro que, em seu discurso, expressou a sua compreensão do serviço nas seguintes palavras: “Em grande parte, o destino de vocês passa pelas minhas mãos, passa pelo que vai acontecer nesta sala. Eu não posso ter filtro nas informações. Tem que chegar a informação fria pra mim, o que está acontecendo, pra que nós, juntos, tomemos decisão”;
- c) o acordo de cooperação técnica assinado em 28 de maio de 2019, entre a CGU e o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), cujo objetivo é o intercâmbio de informações e conhecimentos, visando ao fortalecimento e à disseminação de mecanismos de participação social, controle social e avaliação social de políticas e serviços públicos no âmbito do Programa de Fortalecimento das Ouvidorias. Em matéria divulgada no *site* da CGU³¹, é possível observar o destaque dado às falas do Ministro Wagner Rosário e da Presidente do CNMP, Raquel Dodge, que remetem ao potencial das Ouvidorias como instrumento de combate à corrupção.

³¹ <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2019/05/cgu-e-cnmp-assinam-acordo-de-cooperacao-para-fortalecimento-da-participacao-social>

Sobre os caminhos traçados pela OGU e o panorama das Ouvidorias públicas brasileiras, vale destacar, também, a perspectiva privatista apresentada e as ações desenvolvidas nos últimos anos. Verifica-se, desde 2016, a inclusão da iniciativa privada nos eventos de Ouvidoria realizados pela OGU; isso pode ser observado na II Reunião Geral de Ouvidorias, realizada na Semana de Ouvidoria e Acesso à Informação, de 13 a 15 de setembro de 2016.

Neste evento, o então Ouvidor-Geral da União, Gilberto Waller, anunciou que havia sido firmado acordo de cooperação entre a CGU, naquele momento representada pelo então Ministro de Estado da Transparência, Fiscalização e Controle – Torquato Jardim –, e o *site* “Reclame Aqui”. Segundo discussão do Ouvidor-Geral da União no evento citado e matérias³² divulgadas no *site* do Ministério, o objetivo do acordo era atender às reclamações de cidadãos contra órgãos públicos federais, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços prestados. Para tanto, a pessoa deveria entrar no *site* do “Reclame Aqui” (<http://cidadao.reclameaqui.com.br>), cadastrar-se e buscar o órgão de que desejasse reclamar. Operacionalmente, foi criada uma integração das plataformas do “Reclame Aqui Serviços Públicos” e do Sistema de Ouvidorias do Poder Executivo (e-Ouv).

No mesmo evento onde foi divulgado o acordo de cooperação supracitado, o Fundador e CEO do “Reclame Aqui”, Maurício Vargas, foi um dos palestrantes da mesa III – “Inovando para Ouvir”. Na mesma perspectiva, em 2017, como consta em publicação institucional da própria assessoria de comunicação da CGU³³, esta instituição, representada pelo então Ouvidor-Geral Gilberto Waller, foi a única instituição pública presente no 4º Fórum de Atendimento e Inovação³⁴, realizado pelo “Reclame Aqui”. E nos dias 12 e 13 de março de 2018, o Encontro Nacional de Ouvidores, ocorrido no Rio de Janeiro, também construído pela OGU sob o tema “Ouvidoria 3.0 – construindo o futuro”, trouxe vários palestrantes do serviço privado, incluindo a Gisele Paula (Diretora de Relacionamento do “Reclame Aqui”) na mesa intitulada “Atendimento Humanizado: trazendo as boas práticas das ouvidorias privadas para as ouvidorias públicas”.

³² Íntegra das matérias nos seguintes endereços: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2017/05/parceria-entre-ministerio-da-transparencia-e-site-reclame-aqui-completa-nove-meses>

³³ <https://www.gov.br/ouvidorias/pt-br/assuntos/noticias/2017/ouvidoria-geral-da-uniao-participa-do-4o-forum-reclame-aqui>

³⁴ <https://academy.reclameaqui.com.br/forumra-sp/>

Essa estreita relação que se desenha entre o “Reclame Aqui” e a OGU é algo bastante simbólico para se pensar a construção da rede de Ouvidorias no Brasil. Não bastasse o fato de o “Reclame Aqui” ser um *site* criado e operado pela iniciativa privada, ele funciona na lógica pautada no direito do consumidor: seu *locus* é o consumidor/cliente, com intenção de atender a interesses de mercado. Portanto, as ações da OGU, quando direcionadas à inclusão destes mecanismos na operação dos serviços públicos, deixa claro um posicionamento que reforça a ideia de valorização do saber privado em detrimento do saber construído e operado no interior do próprio serviço público. Isso reproduz claramente os mecanismos de atuação do projeto neoliberal já citado neste capítulo a partir de Dagnino (2004a, 2004b).

A intenção de construir este primeiro capítulo da tese voltado a um resgate da trajetória do *Ombudsman* se justifica à medida que sustenta princípios fundamentais para a construção da Ouvidoria e os desafios que estão colocados na sua estruturação como instrumento de participação social. Retomar o Tribuno da Plebe como órgão embrião de valores, tais como a defesa de direitos e a justiça social, permitiu traçar o percurso dessa instituição cuja autonomia e independência foram fundamentais para analisar como o instituto do *Ombudsman* foi difundido. Respeitada a importância da criação do órgão na Suécia como uma agência de *accountability* horizontal, foi o ganho incremental como defensor dos direitos humanos, experimentado na Península Ibérica, o diferencial que marcou definitivamente o *Defensor del Pueblo* recepcionado na América Latina. Sua inclusão no Estado brasileiro ainda se encontra em curso, ressaltando-se que a experiência do projeto democratizante, participativo, vivenciado por este Estado na década de 1980, gestado em movimentos sociais, beneficiou a construção das Ouvidorias. E se, por um lado, a estruturação da OGU tem se aproximado de uma lógica mais burocrática, instrumental e gerencial, esse não é o único movimento de construção em curso, como será visto na construção da Rede de Ouvidorias do SUS.

Assim, no próximo capítulo será examinada a trajetória de construção da Ouvidoria do SUS, a partir da compreensão de que o próprio processo de construção do SUS, como política de saúde, serviu de fundamentação para as bases desta Ouvidoria especializada (de política pública). Assim, será discutida a experiência das Ouvidorias do SUS, como operacionalização da política de

participação social gestada na proposta de Reforma Sanitária e, neste sentido, reforçando a ideia de Ouvidoria do SUS como experiência brasileira mais avançada no que diz respeito ao caminho para a construção de um sistema de Ouvidorias que considere a estrutura federativa do país. A perspectiva é demonstrar ainda o quanto a construção do SUS faz parte do que Dagnino (2002, 2004a, 2004b) apontou como projeto democratizante e, em certa medida, como a Ouvidoria do SUS foi criada como estratégia de enfrentamento de algumas consequências da convergência perversa descrita pela mesma autora.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A OUVIDORIA

Não basta indagar se o controle social melhora os serviços de saúde. Esta maneira de colocar a questão transforma a relação social que se estabelece entre as representações do Estado e da sociedade civil, como espaço de controle social, em um ajuste funcional e burocrático. Talvez uma pergunta melhor fosse: qual o grau de apropriação popular das políticas e ações de saúde a partir do controle social?

Aldaíza Sposati e Elza Lobo

2.1 Política pública de saúde no Brasil

Parece bastante substancial a defesa de que a política de saúde brasileira, especialmente pensada a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), está contemplada na concepção de política redistributiva (SOUZA, 2006). Compreende-se que este formato de política pública é o:

[...] que atinge maior número de pessoas e impõe perdas concretas e no curto prazo para certos grupos sociais, e ganhos incertos e futuros para outros; são, em geral, as políticas sociais universais, o sistema tributário, o sistema previdenciário e são as de mais difícil encaminhamento. (SOUZA, 2006, p. 28)

Para Boschetti (2012), um sistema de proteção social não se limita a uma política social específica, todavia se caracteriza por um:

[...] conjunto organizado, coerente, sistemático e planejado de políticas sociais que garantem a proteção social por meio de amplos direitos, bens e serviços sociais, nas áreas de emprego, saúde, previdência, habitação, assistência, educação. (BOSCHETTI, 2012, p. 756)

De acordo com Viana e Silva (2015), dois momentos merecem ser destacados no que se refere à política social brasileira: um foi o início do governo Vargas em 1930; e o outro, a década de 1980, que teve na 8ª Constituição Federal seu marco em relação à mudança traçada no seu sistema de proteção social. Em alusão a estes momentos, Teixeira (2009) menciona a existência de três diferentes modelos de proteção social. Os dois primeiros atuaram em paralelo e perduraram até a década de 1970; tratava-se de uma junção do seguro social previdenciário, que previa a atenção à saúde para aqueles trabalhadores formalmente registrados,

com um modelo assistencial que tinha como objetivo prover alguma assistência à saúde das demais pessoas fora do mercado de trabalho. O terceiro modelo consiste na seguridade social, cujos benefícios são pautados na universalização, ou seja, a lógica de cobertura restrita àqueles indivíduos que contribuíam com o Estado foi superada por uma lógica de provisão do benefício pelo Estado com base na necessidade do indivíduo. Assim, a provisão universal da assistência à saúde, dentre outros, é uma característica desse modelo.

Abordar essas questões iniciais, que tratam, em certa medida, da historicidade das políticas de saúde no Brasil, é fundamental para analisar a Ouvidoria do SUS. O processo de mudança de um modelo de proteção social a outro (seguridade social), no caso brasileiro, só pôde ocorrer mediante a ampla experiência de participação social. No Brasil, segundo Dagnino (2004a), os movimentos sociais gestaram o projeto democratizante que assegurou constitucionalmente o modelo de seguridade social. Nesse processo, as estratégias políticas de Reforma Sanitária traçadas pelo movimento sanitário da década de 1970 foram essenciais para a construção das bases da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), no que concerne ao sistema de saúde (TEIXEIRA, 2009). Em vista disso, compreendem-se os elementos estruturais da criação da Ouvidoria do SUS como parte do que Sérgio Arouca denominou de “reforma da reforma”.

Para Viana e Silva (2015), no período de governo Getúlio Vargas, observou-se uma ampliação dos direitos sociais e um ganho de visibilidade das classes assalariadas urbanas, tanto na política como na economia. Para Bastos (2006), a era Vargas rompeu com a perspectiva agroexportadora vivenciada nos anos da República Velha, levando o Brasil a um modelo chamado de nacional-desenvolvimentismo. A proposta estava definida em estratégias de desenvolvimento econômico do país que considerassem a diversificação do mercado interno, a industrialização, o investimento em infraestrutura de base e criação de empresas estatais. Esse novo modo de fazer política pública interferiu diretamente no modo de pensar e fazer saúde pública.

Foi criado, em 1930, o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que posteriormente passaria a ser denominado Ministério da Educação e Saúde (MES). A direção deste último, a partir de 1934, por Gustavo Capanema possibilitou nova organização ao órgão, o que permitiu maior interação entre os serviços locais e o federal, seja no que diz respeito à produção de serviços, seja no que toca à

supervisão do mesmo. Nesse sentido, um instrumento que ganhou importância foi a criação das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), a princípio para operacionalizar a relação de coordenação entre as esferas, assim, tinha caráter eminentemente administrativo (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Em 1933, uma das ações do governo Vargas foi transformar as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Logo, o órgão que anteriormente respondia por empresa específica passou a comportar um conjunto de empregados, conforme categoria profissional. Outra inovação foi o fato de passar a contar com financiamento do poder público, na figura da União. Essa configuração possibilitou um alargamento da assistência médica àqueles trabalhadores formais, e também levou toda a administração do recurso capitalizado ao governo federal. Deste modo, a previdência e a assistência médica foram deslocadas diretamente para o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

A década de 1960 foi marcada pelo golpe militar durante o qual recrudescer o autoritarismo e a repressão. Para Coimbra (2000), desde o início do golpe em 1964, já existiam dois movimentos entre os militares, um liderado por Castelo Branco, e outro que ficou conhecido por “linha dura”. Neste último movimento, encontrava-se um grupo de militares que propunha um conjunto de ações cada vez mais repressivas. Em 1967, assumiu então a presidência o General Costa e Silva:

Estava armada a cena para a vitória da ‘linha dura’. O golpe dentro do golpe veio com a edição do Ato Institucional n.º 5, de 13 de dezembro de 1968, que instituiu a ditadura sem disfarces: o terrorismo de Estado. (COIMBRA, 2000, p. 7)

Ainda na década de 1960, o Governo Militar realizou um conjunto de reformas (financeira, previdenciária, tributária e administrativa) com intuito de reorganizar a configuração do Estado. Estavam em curso ações de modernização que respondiam abertamente à perspectiva do grande capital multinacional e nacional.

Quanto à política de saúde especificamente, o que se viu foi a diminuição dos investimentos no Ministério da Saúde (MS), tanto em relação à baixa quantidade de normativas como à inserção de recursos financeiros. Introduzia-se a racionalidade da previdência em detrimento das ações e serviços de assistência à saúde propriamente dita. Os IAP foram unificados no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS); isto permitiu maior centralização administrativa e dos recursos,

permitindo ainda maior padronização das ações e serviços para os assegurados (ESCOREL, 2008).

Oliveira e Teixeira (1986) apontam para o fato de este período estar fortemente pautado na medicina previdenciária, de caráter individual e assistencialista, concomitante ao notável desinteresse por medidas de caráter coletivo, fossem essas as campanhas tradicionalmente realizadas pelo MS, ou aquelas identificadas como inovações demandadas pelos sanitaristas. Destacam os autores cinco características deste período, a saber:

A extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e ainda parte da população rural. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986, p. 207)

característica deste período é então orientação da política nacional de para o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986, p. 208)

criação de um complexo-médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área da produção de medicamentos e de equipamentos médicos. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986, p. 209)

[desenvolvimento de] um padrão de organização da prática médica orientado em termos da lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986, p. 215)

A organização da prática médica em moldes de relacionamento mais caracteristicamente capitalistas, passando a diferenciar o atendimento em termos da clientela a ser atendida e, por conseguinte, das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986, p. 233)

Esse conjunto de características citadas inaugurou um novo modelo de saúde, denominado modelo médico-assistencial privatista. Luz (1991) acrescenta que institucionalmente essas ações políticas sufocaram a proposta de medicina social e preventiva. O avanço dos serviços de saúde pautados em uma lógica privada beneficiou também o surgimento de um grupo de empresários cujo objetivo era lucrar com a oferta de serviços médicos. Esta realidade contribuiu ainda para o progresso da formação médica desvinculada das necessidades de saúde da população.

Em um cenário de recrudescente autoritarismo e repressão e, no caso da saúde, diminuição de investimentos, precarização do MS, e falta de assistência à

boa parte da população, foi possível registrar movimentos de resistência. A população, os profissionais de saúde e a academia demonstravam insatisfação com a política de saúde daquele governo autoritário (COSTA, 2014; LUZ, 1991). Assim, os conselhos comunitários de saúde, articulados a partir da ideia da medicina comunitária e apoiados pela igreja católica, realizaram grande resistência ao regime autoritário militar, buscando alternativas para enfrentá-lo e para a construção de uma outra lógica de fazer saúde. Stotz (2005), ao analisar historicamente as experiências do movimento social de Porto Nacional (Goiás Velho), Cabuçu (Nova Iguaçu) e o Movimento de Saúde da Zona Leste (São Paulo), registra exemplos desta resistência.

As vivências comunitárias citadas foram se transformando em um movimento mais robusto à medida que se aproximavam e trocavam experiências nos Encontros Nacionais de Experiências em Medicina Comunitária³⁵ (ENEMEC). Esses eventos se tornaram possíveis com o patrocínio da igreja católica, e no terceiro, realizado em Goiânia, em 1981, foi fundado o Movimento Popular de Saúde (MOPS) (DANTAS, 2018; STOTZ, 2005). No interior do MOPS, o debate sobre a “pertinência política de investir na institucionalização da medicina comunitária [impõe] duras tensões ao recém-criado movimento” (DANTAS, 2018, p. 148), que geraram uma divisão, e assim seguiu o movimento sanitário da década de 1970 na aposta de institucionalização.

Interessa destacar aqui dois atores importantes neste processo de participação social e estabelecer a relação destes com a construção da Ouvidoria. Um é a igreja católica – como um ator político, ela estava completamente comprometida com a sustentação dos conselhos comunitários e patrocínio dos ENEMEC. Doimo e Rodrigues (2003, p. 100) salientam que:

[...] as redes sociais locais predispostas à participação em movimentos sociais já estavam interconectadas havia tempo, tendo como carro-chefe as pastorais sociais, entre elas a pastoral da saúde, criada no início da década de 1980 mediante vínculo orgânico com a [Conferência Nacional dos Bispos do Brasil] CNBB sob hegemonia da Teologia da Libertação.

³⁵ Esses encontros, segundo Doimo e Rodrigues (2003, p. 97-98), “buscavam reunir movimentos reivindicativos urbanos por melhorias de equipamentos médicos e de saneamento básico, que priorizam formas de organização, mobilização e pressão de confronto ao Estado. Este movimento sobrepõe-se às práticas oriundas das experiências comunitárias de medicina alternativa baseadas em recursos locais e saberes autóctones, à base de remédios caseiros, plantas medicinais e métodos naturalistas, recorrentes nas regiões mais carentes do país, como o Norte e Nordeste, ou nas localidades interioranas dos Estados”.

Nomes como Dom Paulo Evaristo Arns e Dom Mauro Morelli já vinham mobilizando, em São Paulo e no Rio de Janeiro, respectivamente, movimentos populares de saúde, na compreensão de saúde como direito social, e, conseqüentemente, contestando o regime militar. Era um posicionamento claro em defesa dos direitos humanos e da democracia. Tal posicionamento, conforme abordado no capítulo 1 desta tese, também foi responsável pela defesa da Ouvidoria na Assembleia Constituinte.

Outro ator importante foi o próprio Sérgio Arouca, figura central no debate de institucionalização dentro do MOPS, que seguirá nesta defesa, por intermédio do movimento sanitário, até a inclusão da participação da comunidade, como diretriz do SUS, na CF/88. Mais tarde, no governo Lula, Arouca criou ainda a Ouvidoria-Geral do SUS, dentro da Secretaria de Gestão Participativa.

2.1.1 O movimento sanitário da década de 1970 e a Reforma Sanitária

O movimento sanitário da década de 1970 caracteriza-se como marco fundamental na construção do caminho para a Reforma Sanitária (COSTA, 2014).

Chamamos de 'movimento sanitário' o movimento de profissionais de saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania. (SCOREL, 2008, p. 407)

Na origem do movimento sanitário brasileiro, é possível diferenciar três vertentes: o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a segunda configura-se pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica, e a terceira é representada pela academia. No entanto, a atuação de tais vertentes não deve ser considerada de forma individualizada, dado que são parte constituinte do movimento social em prol da saúde (SCOREL, 1999).

Segundo Cohn (1989), nos anos 1970 foi criada uma série de instituições que defendiam a necessidade de universalização dos serviços de saúde e cuja equidade fosse princípio. Duas dessas entidades que receberam destaque, por sua capacidade de juntar professores e profissionais das escolas públicas de medicina e da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz),

foram o CEBES e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), na ocasião denominada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (COHN, 1989; COSTA, 2014).

O CEBES foi criado em 1976, na reunião anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. A fundação do CEBES congregou um conjunto de profissionais, principalmente médicos, dentre eles Sérgio Arouca, que atuavam na academia e nos serviços públicos, e sua principal bandeira de luta era a democratização da saúde e da sociedade. Ainda naquele ano, a entidade recém-criada lançou sua primeira revista, intitulada “Saúde em Debate”, cujo tema foi “INPS e a Seguridade Social no Brasil”. Outro marco na trajetória inicial do CEBES foi a apresentação do documento “A questão democrática na área da saúde”, apresentado no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, no ano de 1979 (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, [2019?]; COSTA, 2014).

Já a ABRASCO foi constituída em 27 de setembro de 1979, em reunião para esse fim, na sede da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em Brasília. Um marco inicial de sua atuação voltada à reforma da saúde foi o documento “Pelo Direito Universal à Saúde”, escrito em 1985 e difundido na 8ª CNS, realizada em 1986 (COHN, 1989; COSTA, 2014).

Paralelamente à construção destes órgãos, o que também se observou na década de 1980 foi a multiplicação de um conjunto de ações nos serviços de saúde, direcionadas para a construção de princípios que mais tarde pautariam o SUS. Em 1982, o Ministério da Previdência e Assistência Social implementou o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, ou simplesmente Plano Conasp, e através de um de seus eixos, esse plano gerou as Ações Integradas de Saúde, que repassavam recursos originários do Ministério da Previdência e Assistência Social, MS e dos estados aos municípios para a operacionalização da oferta de serviços de saúde, inclusive aos previdenciários. Iniciada em 1983, três anos após já contava com a adesão de 2.500 municípios (COHN, 1989; COSTA, 2014; ESCOREL, 1999; PAIM, 1986).

A dinâmica de construção de reforma sanitária brasileira estava em franca expansão. As três vertentes do movimento sanitário avançavam no debate e tensionavam o executivo; as instituições (CEBES e ABRASCO) estavam organizadas e reverberavam as situações e os acontecimentos na política de saúde;

e os serviços contavam com experiências que delineavam a municipalização, universalização e a participação social. Na política, o país acabava de iniciar o que denominaram “Nova República” e, sob o governo do Presidente Sarney, convocava-se então a VIII CNS. Ocorrido entre os dias 17 e 21 de março de 1986, o evento foi um marco político de destaque. Segundo Cohn (1989):

[...] é quando a saúde é trazida para a arena de um amplo debate público. Para além do evento específico, ela envolveu uma série de debates prévios e de conferências posteriores por temáticas específicas após sua realização, em março de 1986. Representou ela, ainda, a grande arrancada para o embate público que haveria quando da eleição e instalação da Assembleia Nacional Constituinte. (COHN, 1989, p. 130)

Presidida pelo professor Antônio Sérgio da Silva Arouca, que à época ocupava a presidência da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), reuniu mais de 4.000 pessoas, sendo 1.000 delas delegados. Diferencia-se das CNS anteriores, dentre outros motivos, por seu caráter inovador acerca da participação social, uma vez que incluiu a participação do usuário. Ademais, pautou a construção de um Sistema Nacional de Saúde, e a saúde como dever do Estado e direito de todos. Nesta perspectiva de continuidade ao movimento de reforma das políticas de saúde, em 1987 foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) (COSTA, 2014; ESCOREL, 1999).

Vencidas estas etapas, restava ao movimento sanitário, em meio à crise de hegemonia pela qual passava o governo Sarney, encampar na CF/88, que se desenhara em Assembleia Nacional Constituinte (ANC), aquelas teses e propostas que vinham sendo difundidas no decorrer, sobretudo, das duas décadas anteriores. A VIII CNS havia dado sinal de que era possível e suas deliberações finais consubstanciaram material suficiente para o texto da Carta Magna que se aproximava. Desta maneira, após indicação de Sérgio Arouca, Guilherme Rodrigues do Santos (Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) e Eduardo Jorge (então deputado constituinte pelo Partido dos Trabalhadores de São Paulo), coube a Arouca a apresentação e defesa da emenda popular, que incluía as teses e propostas do movimento sanitário, no plenário da ANC (BRASIL, 2006a). Dessa forma, entre os artigos 196 e 200 foi incorporado na Constituição Cidadã o SUS.

O regaste da trajetória do movimento sanitário, realizado neste trabalho, ajuda a compreender quais foram os caminhos tomados e embates enfrentados para a institucionalização da participação da comunidade. Segundo Sposati e Lobo (1992):

O grande risco nesta nova institucionalidade é o de se transformar em mais uma burocracia. [...] Outra questão da “prova de institucionalidade” poderia ser simplificada destacando-se o seu caráter adjetivo ou substantivo. Em outras palavras, o que se põe em questão é a manipulação dos dirigentes em fazer do “espaço de construção democrático palco de jogos de cenas populistas”, e não de efetivos espaços de influência democrática. [...] Não basta criar conselhos, comissões, comitês; é necessário estabelecer a forma pela qual estes influenciam as decisões institucionais. [...] Isto significa dizer que o controle social, para ser exercido de fato, precisa não só de informações, mas de regularidades organizacionais. [...] Através destas regularidades organizacionais, pretende-se colocar em questão o grau de democratização interno das organizações de saúde, que demarca o fluxo do processo decisório e o grau de influência de cada instância ou unidade de organização na gestão institucional. (SPOSATI; LOBO, 1992, p. 375)

Através da trajetória do movimento sanitário, pode-se também compreender a magnitude da participação de Sérgio Arouca no processo de institucionalização da participação da comunidade na reforma sanitária. Segundo Escorel (1999, p. 84), “as bases do movimento sanitário seriam os núcleos do CEBES; seus intelectuais seriam Carlos Gentile de Mello, Cecília Donnangelo, Sergio Arouca, Carlylle Guerra de Macedo, Eduardo Kertesz e Mário Magalhães; sua cúpula, o Projeto Andrômeda³⁶”. Arouca era parte da cúpula do movimento sanitário, um representante fundamental no processo de organização, planejamento e direcionamento das ações que foram realizadas.

2.1.2 O Sistema Único de Saúde

A inclusão do texto sobre saúde na CF/88, resguardada a importância dada à legitimação dos interesses dos sanitaristas, não garantia por si só a efetivação da política de saúde. Era preciso avançar e elaborar um conjunto de regulamentações complementares que pudesse de fato operacionalizar as propostas de reforma sanitária. A Carta Magna de 88 deixou claro o dever do Estado de prover saúde para todos, assim, a universalidade de acesso já era apresentada como o primeiro

³⁶ Denominaram Projeto Andrômeda as reuniões do alto escalão intelectual do CEBES. As reuniões serviam especialmente para definir estratégias de atuação (ESCOREL, 1999).

princípio. Ainda no artigo 198 foram descritas as seguintes diretrizes: atendimento integral – voltado à garantia de um conjunto articulado de ações e serviços de saúde que atendesse as pessoas em todas as suas necessidades de saúde (da prevenção à assistência); descentralização, com direção única em cada esfera de governo – constituindo um sistema que envolveria as três esferas federadas, porém respeitando a autonomia dos entes federados; e participação social – no sentido de garantir aos cidadãos seu direito à contribuição na implementação da política de saúde. Mas, considerando que tais mudanças caracterizavam um paradigma da saúde pública do país, era necessário mais. Muitos desafios ainda eram apontados, singularmente a maneira de colocar em prática toda a mudança com um Estado federativo, onde os três entes assumiam autonomia política, administrativa, financeira e tributária.

Draibe (1998) sublinha que:

A política de saúde foi a única, entre as políticas sociais brasileiras, que passou por uma radical transformação na década de oitenta, e não apenas no sentido da descentralização. A reforma que culminará na Constituição de 1988 teve por objetivo principal construir um sistema nacional de saúde, concebendo-o como único, integrado e descentralizado, orientado pelos princípios da universalidade, e da gratuidade da prestação e pela descentralização do atendimento. (DRAIBE, 1998, p. 30)

O primeiro passo pós-Constituição no plano da formulação do SUS foi a construção e aprovação de sua Lei Orgânica, entretanto os movimentos políticos contrários à proposta não estavam encerrados. Em consequência disto, a formulação e as demais fases de implementação de políticas públicas se mantiveram, em certa medida, continuamente em disputa, de modo que a estruturação da política de saúde não se deu de forma linear. Os conflitos de interesse estavam, e ainda estão, presentes na dinâmica de construção da saúde pública. Arretche (2005) e Menicucci (2007) comentam a existência de permanente reformulação na criação de políticas públicas, isso por conta especialmente da permanência dos atores políticos no campo de disputa. Para Menicucci (2007), aqueles atores que perdem a disputa em um determinado momento se manterão na busca de oportunidades políticas para incluir elementos institucionais que correspondam aos seus interesses e expectativas, o que possibilita à política um estado permanente de possíveis mudanças.

Fernando Collor de Mello, após derrotar Luiz Inácio Lula da Silva em segundo turno das eleições de 1989 para presidente da república, tomou posse no dia 15 de março de 1990 e coube a ele sancionar a Lei Orgânica do SUS. Diante da oportunidade de retroceder o percurso que o movimento sanitário, apoiado por grande parte da população, havia garantido na CF/88, coube a Collor, como representante do movimento contrário a tais avanços, dificultar a participação social e o financiamento inicial do SUS. Para tanto, ele sancionou a Lei nº 8.080, em 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica do SUS), vetando particularmente os artigos referentes à participação social. Estava em disputa muito mais que a saúde, todavia, a inclusão do povo na possibilidade de construir conjuntamente a política pública de saúde (BRASIL, 1990a, 2006a).

Esse enfrentamento realizado por Collor não ficou sem resposta. Ao contrário do que esperavam os apoiadores do governo, o movimento sanitário retomou a discussão das questões negligenciadas (financiamento e participação social) por meio do veto. Bastante organizado, o movimento sanitário colocou forte pressão sobre o Legislativo, o que fez o Congresso rever as questões retiradas e apresentar novo projeto de lei, sancionado na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Neste sentido, a Lei Orgânica da Saúde passou a ser reconhecida como o conjunto composto pela Lei nº 8.142/90 e a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1999a, 1999b, 2006a; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Após os embates e a Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1999b) sancionada, garantiu-se na Lei Orgânica do SUS um conjunto de princípios e diretrizes, com relevo para a universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização político-administrativa. O Quadro 14, Síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS (ANEXO C), os aborda com os respectivos direitos dos cidadãos e deveres do Estado. A Lei nº 8.080 (BRASIL, 1999a), dentre outras questões, trouxe a forma como o SUS se organizaria e a competência de cada uma das três esferas de governo, conforme a direção única, ou seja, o que caberia ao MS, às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), às Secretarias Municipais de Saúde e SMS à Secretaria de Saúde do Distrito Federal. De modo geral, o que se observou no capítulo IV da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a), que trata das atribuições e competências, foi o seguinte: o MS permaneceu no lugar, historicamente assumido, de principal formulador de políticas e financiador do sistema; por outro lado, as SMS ou equivalentes se estabeleceram como as grandes executoras ou responsáveis pela

prestação dos serviços e ações de saúde ao indivíduo; enquanto isso, as SES responderam pela coordenação das questões entre municípios sobre sua abrangência, além da execução ou responsabilização pela prestação de serviços e ações de alta complexidade. Normas reguladoras, conforme pode ser visto no Anexo D, foram editadas para operacionalizar este modelo de descentralização com direção única em cada esfera de governo.

Outra estratégia de operacionalização, que historicamente os gestores da política de saúde brasileira utilizam para a construção das ações e serviços de saúde, é a subdivisão desta política por áreas ou ações específicas. Nesse sentido, conforme Höfling (2001):

As políticas públicas são aqui compreendidas como as de responsabilidade do Estado – quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolve órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada. (HÖFLING, 2001, p. 31)

Deste modo, para além das Normas Operacionais Básicas (NOB), Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e do Pacto pela Saúde 2006, existia um conjunto de portarias ministeriais, aproximadamente 20.000, que formavam o arcabouço normativo e não normativo do SUS. Desse conjunto, as normativas, em outubro de 2017, foram consolidadas em seis portarias divididas por tema. Assim, tem-se: Portaria de Consolidação nº 1 – compreende portarias relativas aos direitos e deveres dos usuários da saúde, organização e funcionamento do SUS; Portaria de Consolidação nº 2 – políticas nacionais de saúde do SUS; Portaria de Consolidação nº 3 – redes do SUS; Portaria de Consolidação nº 4 – sistemas e subsistemas do SUS; Portaria de Consolidação nº 5 – ações e serviços de saúde do SUS; e Portaria de Consolidação nº 6 – financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2017b, 2017c, 2017d, 2017e, 2017f, 2017g).

Na Portaria de Consolidação nº 2, reuniram-se aquelas portarias referentes às 46 políticas específicas que, juntas, respondem pela efetivação da Política Nacional de Saúde do SUS. Dentre estas, encontra-se a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) com três componentes: a gestão participativa e controle social no SUS, o monitoramento e a gestão do SUS, e a Ouvidoria do SUS (BRASIL, 2017c).

Vale destacar que o componente gestão participativa e controle social estão voltados, também, para os conselhos e conferências de saúde, mecanismos já consagrados na Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b). Segundo a referida lei, a participação social deveria ser operacionalizada por intermédio desses dois instrumentos. Ambos garantiram a presença dos usuários e colocaram em cena a necessidade de que esta presença fosse equivalente a 50% do total dos seguimentos. A exigência da participação dos usuários com esta parcela de composição radicalizou o interesse em tornar a política pública de saúde mais plural e constituída com base em decisões tomadas por aqueles a quem os serviços e ações de saúde se dirigem.

Estruturalmente, os conselhos e as conferências são garantidos nas três esferas de governo e a existência dos conselhos de saúde se torna, por força de lei, requisito obrigatório para o repasse contínuo e automático dos recursos financeiros de cobertura das ações e serviços de saúde. Diante da exigência legal e atrelada a existência do conselho ao financiamento, rapidamente os estados e os municípios se organizaram para implementá-lo, conforme demonstra o Anexo E. Findado o ano de 1993, aproximadamente 50% dos municípios já haviam implantado o seu conselho de saúde.

Analisando os relatórios finais das CNS, é possível verificar que a Ouvidoria dos SUS é citada, nestes documentos, pela primeira vez em 1996, na 10ª CNS, que cita, em seu relatório final, questões relacionadas a este serviço, por duas vezes. A primeira, no item 3.1 Controle Social sobre o SUS, quando estabelece que os conselhos e gestores devem constituir e implementar novos mecanismos de participação, e inclui as “Ouvidorias e Serviços Disque-Denúncia em todos os níveis do SUS, **vinculados** aos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 1998b, p. 42, grifo nosso). Posteriormente, quando se refere a Carreiras, Cargos e Salários (item 5.2.1), descrevendo que “os Gestores do SUS devem agilizar a criação das carreiras de Auditor em Saúde, bem como de Ouvidor Público Hospitalar” (BRASIL, 1998b, p. 64).

A 11ª CNS, em seu relatório final, propõe, no que diz respeito ao controle social, a criação de ouvidorias vinculadas aos conselhos, e avança em relação ao relatório da 10ª CNS sugerindo que estas ouvidorias:

sejam eleitas pela sociedade civil, gozando de autonomia em relação ao governo, inclusive com dotações orçamentárias próprias, sendo criadas por meio de lei formulada em cada esfera administrativa do SUS, para garantir a defesa dos direitos dos usuários e tornar factível a fiscalização do Sistema por quem o utiliza. (BRASIL, 2001, p. 61)

Também foi a 11ª CNS que registrou a necessidade de criação da carreira de ouvidor público hospitalar. Já a 12ª CNS ocorreu em dezembro de 2003. Comparado o relatório final desta última conferência com os relatórios finais das duas anteriores, pode-se afirmar que a 12ª CNS apresenta maior abordagem quanto aos serviços de ouvidoria na saúde. O relatório final da 12ª CNS (BRASIL, 2004b) inclui a ouvidoria em vários eixos: Eixo I – Direito à Saúde, quando, além da criação nas três esferas de governo e da integração com os poderes Legislativo, Judiciário e Ministério Público, já citadas na 11ª CNS (BRASIL, 2001), avança para a necessidade de divulgar para a comunidade as informações coletadas e os resultados alcançados; Eixo III – Intersectorialidade das ações de saúde, expondo a necessidade de:

articular a integração dos Conselhos de Saúde e ouvidorias, nas três esferas de governo, com outros segmentos institucionais, ONG e movimentos afins à saúde, visando a garantir a disponibilidade de infraestruturas logísticas e financeiras para o funcionamento dos Conselhos de Saúde e ouvidorias, considerando a realidade de cada local. (BRASIL, 2004b, p. 52)

O Eixo VI, Controle Social e Gestão Participativa, inicialmente reforça a necessidade de dar transparência às questões tratadas pelo serviço, bem como a de criar e fortalecer mecanismos de interlocução entre conselhos de saúde e ouvidorias. Além disso, deixa explícita a urgência de definição das atribuições dos conselhos quanto à deliberação e análise dos relatórios mensais de ouvidoria. Somado a tudo isso, este eixo é finalizado com a descrição da importância de definir e implementar uma Política Nacional de Ouvidoria do SUS (PNO).

Pode-se considerar, então, que o relatório final da 12ª CNS (BRASIL, 2004b) está alinhado com a criação da SGEPI e do Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde (DOGES) no âmbito do MS, o que pode ter tido a influência de Arouca no início do governo Lula. Nesta conferência, o que estava em apreço, quanto à ouvidoria do SUS, era o processo de gestão da mesma como instrumento de política de participação social, provavelmente um dos elementos que Arouca utilizaria para fazer o que chamava de “reforma da reforma”.

Outra especificidade da 12ª CNS foi o fato de ter sido antecipada para o primeiro ano de gestão do governo Lula. De modo geral, as CNS eram realizadas no segundo ano de governo. Esse adiantamento tinha por objetivo “impactar mais e gerar mudanças necessárias para a gestão do SUS” (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017, p. 161). Nesse sentido, estas autoras, que buscaram comparar os Planos Nacionais de Saúde com os relatórios finais das conferências realizadas no mesmo período, concluíram que entre a 12ª e a 15ª CNS, não foi comum os planos se referirem às CNS como base de construção, exceto o Plano Nacional de Saúde 2004-2007, o qual a antecipação da 12ª CNS tinha por compromisso subsidiar.

Na sequência, a 13ª CNS, em seu relatório final, retoma, em seu eixo III – A participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde, a necessidade de se instituir uma PNO no SUS, para que se estabeleça um serviço autônomo (BRASIL, 2009a).

Na 14ª CNS (BRASIL, 2012b), o relatório final trata a ouvidoria de maneira tímida. Se comparada às duas anteriores, é a primeira que não menciona a relação direta entre a ouvidoria e o conselho de saúde; foca-se na necessidade de implantação e fortalecimento das ouvidorias nas diversas unidades de saúde, mas não cita literalmente a “Política Nacional de Ouvidoria do SUS”.

De maneira semelhante, a 15ª CNS (BRASIL, 2015b), em suas diretrizes aprovadas nos grupos de trabalho ou plenária final, não cita a ouvidoria, enquanto a 16ª CNS (BRASIL, 2019b), em seu relatório final, retoma em suas propostas a necessidade de vinculação das Ouvidorias do SUS aos órgãos colegiados, CNS, Conselho Estadual de Saúde (CES) e Conselho Municipal de Saúde (CMS) que, por consequência, reafirmam a necessidade de serem órgãos autônomos com ouvidores eleitos.

Assim, os relatórios finais das CNS, à exceção da 15ª, trazem uma perspectiva de construção da Ouvidoria do SUS como parte importante da participação social. A implantação e implementação de uma PNO do SUS, a eleição do Ouvidor pelos respectivos conselhos de saúde nas três esferas de governo, e um desenho institucional que vincule as Ouvidorias aos conselhos, são temas recorrentes nas CNS. A permanência destes debates ao longo do período estudado, com destaque para a 12ª e a 13ª conferências, indicam um movimento que reclama maior autonomia às Ouvidorias do SUS. Neste sentido, reforçam a compreensão,

defendida nesta tese, da Ouvidoria do SUS como potência na execução da *accountability*.

A perspectiva teórico-conceitual e prática de construção das Ouvidorias do SUS pelas CNS é de participação social. Quando se referem à sua necessidade de articulação em rede, o que está em xeque é a ampliação do compartilhamento de poder. Este trabalho conjunto envolve, inclusive, o controle externo e interno, em uma complexidade que abrange diversos órgãos componentes da estrutura de Estado.

A primeira articulação, controle externo e interno, pode ser pensada no âmbito da própria política de saúde, entretanto essa ideia pode ser extrapolada ao se analisarem os três Poderes e o Ministério Público. A construção de Ouvidorias do SUS, na perspectiva da abordagem dos relatórios em questão, possibilita maior probabilidade de competição e cooperação institucional, contudo não parece ser esse o caminho que o Executivo da saúde tem percorrido.

2.2 O Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde

Definidos os resultados eleitorais em 2002 e confirmado o Lula como presidente eleito, antes mesmo de assumirem o governo, militantes do Partido dos Trabalhadores já se empenhavam na nova organização do MS. Sérgio Arouca havia sido o principal articulador dentro do Partido Popular Socialista, para que este declarasse apoio ao novo governo. Esse posicionamento, associado à sua trajetória, apontava-lhe a possibilidade de assumir como ministro da Saúde. A pasta era um sonho antigo de Arouca, que visualizava no Executivo a possibilidade de aprofundar a reforma sanitária da década de 1980. Todavia, o presidente eleito decidiu convidar para assumir a pasta o Humberto Costa, que também compunha o Partido dos Trabalhadores (ABREU; FRANCO NETTO, 2005).

A indicação de Humberto Costa não afastou de todo a participação de Arouca no Ministério da Saúde e foi iniciada nova articulação pelos apoiadores de Arouca para que ele ocupasse um lugar de destaque, que o permitisse influenciar a construção de novas estratégias na saúde. Nesta acepção, a criação da Secretaria de Gestão Participativa é uma proposta de inovação, arquitetada especialmente por Sérgio Arouca, seu primeiro Secretário, que assumiu a função em janeiro de 2003. Para Sérgio Arouca, tratava-se de institucionalizar novos espaços de participação

social com a intenção de realizar a “reforma da reforma sanitária”. O intuito era ampliar, para além dos conselhos, conferências e comissões em curso, as possibilidades de participação social, construir novos caminhos. Neste período, Arouca já não se encontrava em seu estado de saúde pleno, mas sua rápida passagem por este governo deixou registrada suas marcas na estrutura do novo MS e na construção efetiva do que seria a 12ª CNS (ABREU; FRANCO NETTO, 2005; DOWBOR, 2019; SILVA, 2012).

No campo das políticas públicas setoriais, ao menos aquelas relativas à proteção social (saúde, educação, assistência social, segurança), foi a saúde a primeira a dedicar-se à construção da Ouvidoria, enquanto estrutura de participação e controle social. Importa chamar a atenção que neste trabalho não se deve confundir as categorias participação social e controle social como se sinônimos fossem. São conceitos que se apresentam geralmente juntos, mas possuem funcionamentos distintos; ainda que o primeiro possa conter o segundo, não se restringe a ele.

Segundo Britto (1992) e Escorel e Moreira (2008), a ideia de controle social assume uma perspectiva de fiscalização, comumente atrelada a recurso público ou ainda à obrigação de fazer do Estado para com seus cidadãos, ou seja, serve “para evidenciar o fato de que a população tem satisfações a tomar daqueles que formalmente se obrigam a velar por tudo que é de todos” (BRITTO, 1992, p. 115). Poderia ser dito que é uma faceta da participação social, compreendido que esta última permite que as pessoas atuem individual ou coletivamente para o alcance de seus objetivos.

Assim, a participação social não está limitada ao ato de fiscalizar, todavia permite que as pessoas, reunidas ou individualmente, construam ou criem uma determinada ação, serviço ou mesmo uma política pública. Aqui se retoma a noção conceitual de Dagnino (2002, 2004a e 2004b) quanto à existência de um sentido político da participação, em que o compartilhamento de poder de decisão entre o Estado e a sociedade civil é crucial para a elaboração da política pública. Logo, quando a participação social é discutida neste trabalho, deve ser compreendida como uma categoria mais ampla da qual o controle é parte.

No ano de 2003, por meio do Decreto nº 4.726 (BRASIL, 2003), foi criado o DOGES, como parte integrante da estrutura da Secretaria de Gestão Participativa, que mais tarde passou a ser denominada SGEP/MS, que também era responsável

pelo Departamento de Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária. A criação do DOGES agregou um conjunto de serviços voltados à provisão de informações em saúde já existentes no MS, mas, para além disso, caracterizou-se como um importante marco na construção da Ouvidoria do SUS propriamente dita. O documento “Falando de Ouvidoria: experiências e reflexões” traz um pouco desse histórico e relata que a Ouvidoria do SUS foi “consequência de uma estratégia de enfrentamento da pandemia de AIDS” (BRASIL, 2010a, p. 11), referindo-se à implantação, em 1996, de um serviço de atendimento telefônico para responder a questões sobre a doença. No ano seguinte, esse serviço ampliou o escopo de patologias e passou a chamar-se Disque Saúde. Neste momento, também foi disponibilizada pelo serviço a possibilidade de receber denúncias, reclamações e sugestões. Paralelamente, outros serviços de teleatendimento foram criados e em 2002 o Centro Nacional de Promoção da Qualidade e Proteção ao Usuário do Sistema Único de Saúde – PRÓ-SAÚDE, instituído pelo Decreto nº 4.194 (BRASIL, 2002a), unificou todos esses serviços na Central de Teleatendimento Disque Saúde e no Serviço de Atendimento ao Usuário do SUS (SAC-SUS). Todos esses serviços, em 2003, foram absorvidos pelo DOGES.

Ainda que naquele momento inexistisse um conjunto de documentos legais que configurassem uma base jurídica e consistente a respeito do tema, o que ocorreu foi a construção de um movimento que estimulava a implantação e implementação de Ouvidorias em todos os níveis de direção da saúde pública, pautados em dispositivos legais e normativas que referenciavam a ação. Em especial, utilizavam o artigo 37 da Constituição Federal (BRASIL, 2014b).

Segundo o artigo 38 do Decreto nº 8.901/2016 (BRASIL, 2016a) cabe ao DOGES:

- I - subsidiar o processo de formulação de políticas de gestão estratégica, democrática e participativa do SUS, no âmbito de sua atuação;
- II - propor a política de Ouvidoria no âmbito do SUS, orientar e coordenar a sua implementação;**
- III - executar as atividades de Ouvidoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde;
- IV - receber, examinar e encaminhar reclamações, elogios, sugestões, denúncias e informações dirigidos ao Ministério da Saúde e assegurar aos demandantes o direito à resposta;
- V - encaminhar as denúncias recebidas aos órgãos competentes para providências no âmbito de suas competências;
- VI - sistematizar as informações referentes às demandas recebidas e produzir relatórios para uso de gestores, cidadãos e demais partes interessadas;

- VII - incentivar a participação de cidadãos e de entidades da sociedade civil na avaliação e no controle social dos serviços prestados pelo SUS;
- VIII - apoiar a criação, a modernização e a integração sistêmica de Ouvidorias do SUS, no âmbito dos órgãos e das entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- IX - apoiar e fomentar a educação permanente para as Ouvidorias do SUS, nas três esferas de governo, para a implementação de política de Ouvidoria;**
- X - viabilizar e coordenar estudos e pesquisas para a produção do conhecimento no campo da Ouvidoria em saúde;
- XI - articular e cooperar com organismos nacionais e internacionais para o intercâmbio de conhecimentos e cooperação técnica no campo da Ouvidoria;
- XII - manter e disponibilizar sistema de informações em apoio às atividades integradas das Ouvidorias do SUS; e
- XIII - disseminar informações relativas a temas afetos à saúde pública (grifo nosso). (BRASIL, 2016)

A partir de então foram tomadas uma série de medidas com a intenção de descentralizar o serviço de Ouvidoria do SUS para estados e municípios (BRASIL, 2009b).

Na expectativa de construção da PNO, aos poucos o que se viu foi uma enorme quantidade de Ouvidorias instaladas em secretarias e unidades de saúde do SUS, tornando-se um desafio para o DOGES a organização de um Sistema Nacional de Ouvidorias (SNO). Este deveria garantir efetivamente a integração da rede e a participação social, cujo resultado se configuraria na construção de um sistema de saúde gradativamente eficaz, o que se traduziria em melhor qualidade de vida dos indivíduos, da família e da sociedade brasileira. Nesse sentido, entende-se que o DOGES, como órgão do MS, assumia um lugar central que responderia pela unidade das Ouvidorias do SUS com competência nacional, reunindo um conjunto de funções, poderes e atributos, garantidos pela legislação do próprio SUS, para realizar a coordenação federativa do SNO, tal como Gomes (2011) se refere para as Ouvidorias no âmbito geral.

A materialização da proposta de um sistema nacional específico para a Ouvidoria, ainda que circunscrito ao setor saúde, naquele momento era algo inédito. Até então, o que havia de mais complexo era a atuação de modelos de Ouvidoria que operavam em rede, caracterizadas por um conjunto de Ouvidorias setoriais ou especializadas sob a coordenação de uma Ouvidoria ou órgão equivalente central. Exemplo desse modelo pode ser observado no Sistema Municipal de Ouvidorias de Salvador, caso em que a Ouvidoria-Geral coordena um conjunto de ouvidorias setoriais (saúde, educação, obras e outras).

No caso do SNO do SUS, somada à complexidade das ações e serviços que caracterizam o SUS, deve ser considerada ainda a relação entre os três entes federados na operacionalização da saúde pública, resguardadas suas respectivas autonomias político-administrativas. Desta forma, o DOGES, como coordenador do SNO, deveria dar conta de propor ações relacionadas ao funcionamento da Ouvidoria do SUS no MS, nas 27 SES, nas 5570 SMS e na Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Na busca de responder em que medida o MS, por intermédio do DOGES, conseguiu encaminhar tais ações, foram aqui analisados os Planos Nacionais de Saúde referentes ao período de 2004 até 2019, bem como os Relatórios Gerenciais do DOGES de 2010 a 2018.

Na análise dos Planos Nacionais de Saúde, foram examinadas as metas que o governo traçou para a Ouvidoria do SUS, daí, então, compreendeu-se a existência de sete categorias temáticas, a saber: órgão de direção nacional, PNO, implantação de Ouvidorias do SUS, SNO do SUS, Ouvidoria Ativa, eficácia das Ouvidorias do SUS, e capacitação profissional (Quadro 4). Assim, as quatro primeiras são categorias mais estruturais no que corresponde à criação da rede de Ouvidorias do SUS e sua capacidade de interlocução com uma coordenação central, enquanto as três categorias que seguem estão mais voltadas à organização do processo de trabalho das Ouvidorias do SUS. Desta forma, a análise permite a afirmativa de que os planos, como instrumentos que organizam e orientam a execução da política de saúde nacional, valorizaram de fato a intencionalidade de construção da PNO. Os planos, avaliados em conjunto, sinalizam ainda que a trajetória da Ouvidoria do SUS foi marcada inicialmente por um olhar mais estrutural, orientado para a implantação de Ouvidorias em rede (entre 2004 e 2011), voltando-se, em um segundo momento, para a qualificação do processo de trabalho com o objetivo de alcançar eficiência no órgão (entre 2012 e 2019). Ressalta-se ainda que, de modo geral, as metas estabelecidas nos planos no período estudado foram alcançadas, conforme será demonstrado no decorrer desta tese.

Comparando o tratamento das Ouvidorias nos planos com o respectivo assunto nas CNS, é possível verificar relação clara. Os planos avançaram na implementação e qualificação da Ouvidoria, tal como solicitado nas CNS, no entanto a crítica permanece pelo fato de os planos em nada articularem a implantação e implementação das Ouvidorias do SUS aos conselhos de saúde.

Quadro 4 – Planos Nacionais de Saúde e as metas para Ouvidoria do SUS

Tema	Ano			
	2004-2007	2008-2011	2012-2015	2016-2019
Órgão de direção nacional	Implantar Ouvidoria Nacional de Saúde e atender cerca de 1,5 milhão de usuários por ano.	-----	-----	-----
Política Nacional de Ouvidoria do SUS	Estabelecer a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde.	-----	-----	-----
Implantação de Ouvidorias do SUS	Implantar ouvidorias nos 26 estados e Distrito Federal e em 25% ³⁷ municípios de grande porte.	Implantar ouvidorias nas 27 UF, em 26 capitais e 140 municípios até 2011.	Apoiar a implantação de 125 ouvidorias/ano com sistema informatizado.	Ampliar em 20% o número de ouvidorias do SUS.
Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS	-----	-----	Ampliação e fortalecimento do Sistema Nacional de Ouvidoria, articulado às instâncias de controle social, e adequação dos sistemas de informação.	-----
Ouvidoria Ativa	-----	-----	Implementação federativa de uma cultura voltada para a ouvidoria ativa como instrumento de gestão.	-----
Eficácia das Ouvidorias do SUS	-----	-----	Monitoramento das demandas recebidas pelo sistema integrado das ouvidorias de serviços de saúde, de modo a consolidá-las e transformá-las em indicadores quantitativos e qualitativos, disponíveis ao público em geral.	-----
Capacitação profissional	-----	-----		Capacitar 80.000 lideranças dos movimentos sociais de promoção de políticas de equidade, conselheiros de saúde, integrantes dos comitês de promoção de equidade, jovens, mulheres, gestores e trabalhadores da saúde em gestão participativa e controle social no SUS.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos respectivos Planos Nacionais de Saúde (BRASIL, 2005, 2010b, 2011a, 2016b).

³⁷ Esse percentual significa aproximadamente 70 municípios e, conseqüentemente, 70 Ouvidorias do SUS.

Segundo Relatório Gerencial do ano de 2010 do DOGES, desde 2008, 100% das SES contam com Ouvidoria do SUS implantada. Quanto às SMS, no final de 2016, apenas 30% possuíam esta Ouvidoria implantada (Tabela 1). Ainda em relação à implantação em SMS, as Regiões Sul e Sudeste possuem maior percentual, sendo 37% e 34%, respectivamente. Os relatórios estudados apresentam ainda um número significativo de Ouvidorias implantadas em unidades de saúde ou regionais de saúde, totalizando, no fim de 2016, mais 245 Ouvidorias do SUS implantadas neste formato. Considerados estes dados e mais os dados brutos referentes aos Relatórios Gerenciais de 2017 e 2019, contava-se um total de 1.976 Ouvidorias que compunham a Rede de Ouvidorias do SUS. Esse quantitativo reforça a suposição de Gomes (2011) de que o Brasil possui o maior número de ouvidores públicos entre os 121 países que contam com o instituto do *Ombudsman*, particularmente se este número for considerado voltado apenas aos ouvidores públicos com atuação na política de saúde.

Tabela 1 – Ouvidorias implantadas em Secretarias Municipais de Saúde

Região	Ano				Total	Nº de municípios	% de SMS com Ouvidoria implantada
	2008 a 2013	2014	2015	2016			
Nordeste	321	151	4	0	476	1794	27
Norte	122	19	7	4	152	450	34
Centro-Oeste	94	39	0	4	137	467	29
Sudeste	274	209	3	1	487	1668	29
Sul	305	138	0	3	446	1191	37
Total	1116	556	14	12	1698	5570	30

Nota: SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos respectivos Relatórios Gerenciais do DOGES (BRASIL, 2010b, 2010c, 2011b, 2012c, 2013a, 2014c, 2015c, 2016c).

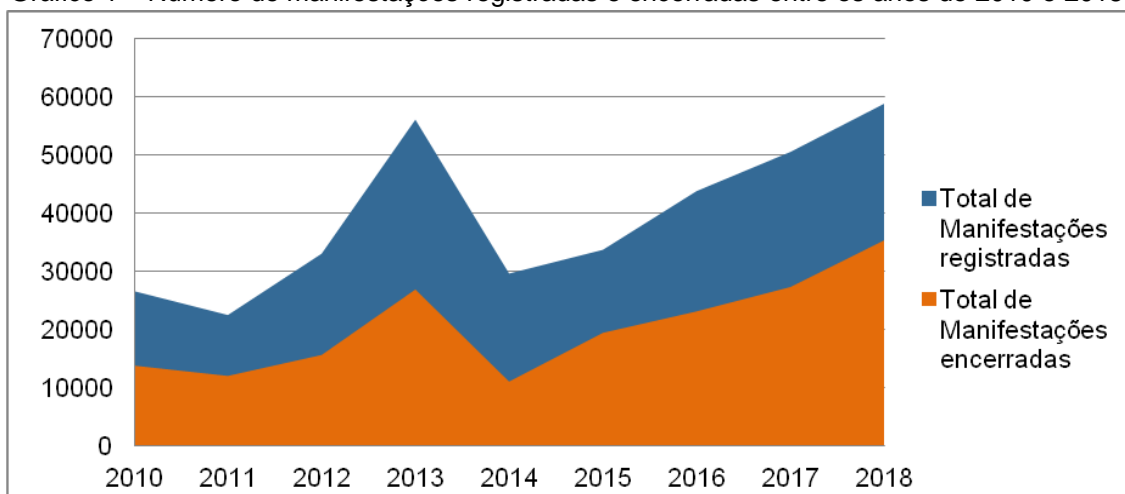
A análise dos relatórios gerenciais, quanto à implantação de Ouvidorias, revelou ainda o desafio de ampliação da rede de Ouvidorias do SUS para os municípios brasileiros. Conforme a Tabela 1, em 2016 o Brasil contava 30% de SMS com Ouvidorias implantadas, quando, por força de regulamentação, a maioria dos serviços e ações de saúde é de responsabilidade deste ente federado. Acredita-se que a discussão da vinculação das Ouvidorias do SUS aos conselhos, como abordado em uma das propostas do relatório final da 16ª Conferência Nacional de Saúde, pode beneficiar a ampliação da rede de Ouvidorias do SUS nos municípios. Em 2018, segundo Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC), 5.566

municípios possuíam conselhos de saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

No relatório gerencial do ano de 2018, foi registrado um número total de 437.832 manifestações (Solicitação, Reclamação, Denúncia, Informação, Sugestão e Elogio). Destas, aproximadamente 66% (288.118 manifestações) foram registradas diretamente no ente federativo municipal, por intermédio das Ouvidorias das SMS.

Quanto ao número de manifestações recebidas e encerradas, outro desafio se coloca: o percentual de resolutividade. O Gráfico 1 demonstra que, entre 2010 e 2018, o total de registros de manifestações na Ouvidoria-Geral do SUS (MS) saltou de 26.575 para 58.896, um aumento de aproximadamente 122% neste intervalo. No mesmo período, o número de manifestações encerradas saltou de 13.739 para 35.334, um crescimento de quase 157%. Assim, constata-se que a média de resolutividade no intervalo estudado foi de cerca de 51%.

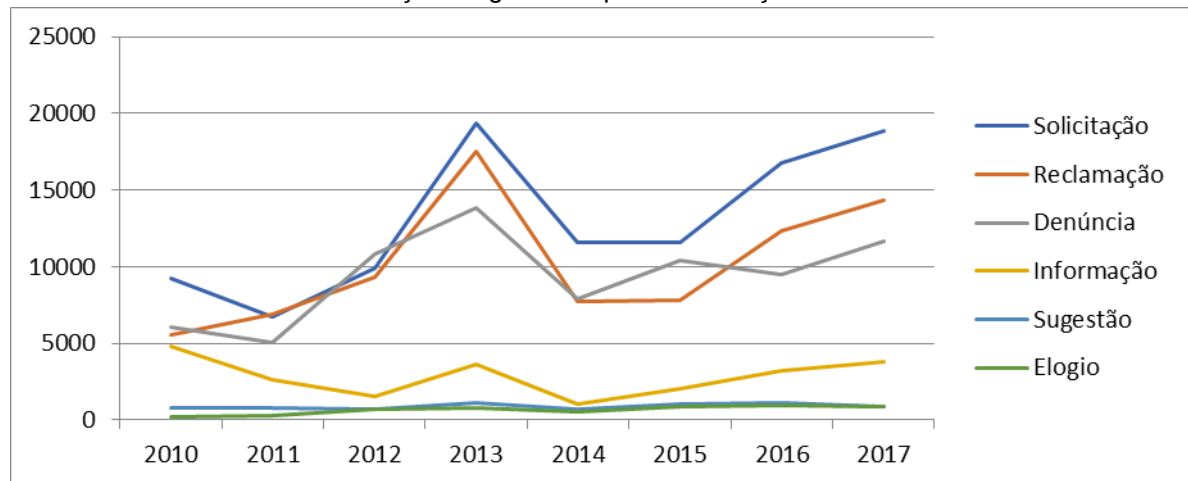
Gráfico 1 – Número de manifestações registradas e encerradas entre os anos de 2010 e 2018



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos respectivos Relatórios Gerenciais do DOGES (BRASIL, 2010c, 2011b, 2012c, 2013a, 2014c, 2015c, 2016c, 2018a, 2018b).

Desdobrando-se ainda estas manifestações em suas respectivas classificações, conforme apresentado no Gráfico 2, é possível notar que, de modo geral, a solicitação de ações, serviços ou insumos são as manifestações mais frequentes. A “Solicitação” no período pesquisado respondeu por aproximadamente um terço das manifestações recebidas, e se somada à “Reclamação” e à “Denúncia”, representam em torno de 88% de todos os registros no Ouvisys.

Gráfico 2 – Número de manifestações registradas por classificação entre os anos de 2010 e 2017



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos respectivos Relatórios Gerenciais do DOGES (BRASIL, 2010c, 2011b, 2012c, 2013a, 2014c, 2015c, 2016c, 2018a).

Destaca-se que a análise dos documentos até aqui examinados, no que diz respeito à construção da rede de Ouvidorias do SUS, demonstra que existe um conjunto de normatizações no SUS (nas três esferas de governo) que buscam regulamentar e organizar as Ouvidorias do SUS, como instrumento da política de saúde. O número crescente de Ouvidorias do SUS é consequência de ações coordenadas entre o MS, SES e SMS que visam a induzir a implantação descentralizada de unidades de Ouvidorias SUS pelo país. Dentre estas ações, estão contemplados repasses financeiros do ente central (MS) para os entes locais. Assim, a publicação de uma relação de portarias tem permitido que tal incentivo seja operacionalizado, como será visto no capítulo 3.

2.3 O Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS

Segundo a Ouvidoria-Geral do SUS, o SNO é uma rede de Ouvidorias que compactua do mesmo princípio de trabalho, eficaz e humanizado, e cujo objetivo é a melhoria do SUS. Assim, essa rede considera a estruturação e a articulação de um conjunto de Ouvidorias no âmbito federal, estadual e municipal. Sua intenção deve estar canalizada para incluir, cada vez mais, as pessoas nos processos de construção, acompanhamento, avaliação e controle da política pública de saúde brasileira. Segundo o *Guia de orientações básicas para implantação de Ouvidorias do SUS*, essa rede é integrada através do sistema informatizado OuvidorSUS (BRASIL, 2010a, 2014d).

Esse sistema informatizado consegue, através de três níveis de acesso, interligar Ouvidorias das três esferas de governo, de maneira que é possível dizer que se trata da Rede Nacional de Ouvidorias do SUS, compreendidas neste grupo as Ouvidorias do SUS propriamente ditas. Esta noção de rede que fundamenta a organização e a execução do processo de trabalho das Ouvidorias do SUS está impregnada do conceito de rede, cujo objetivo é a operação de ações e serviços de saúde dentro dos princípios e diretrizes do próprio SUS. Assim, destaca-se o conceito de redes de atenção à saúde como:

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. [...] O objetivo da RAS [Rede de Atenção à Saúde] é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. [...] Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. (BRASIL, 2010d)

Ainda, conforme Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011c), que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1999a), para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outras providências, a Ouvidoria do SUS, definida como uma ação ou serviço de saúde, considera em seu processo de trabalho a necessidade de organizar-se e integrar a:

[...] rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011)

Mendes (2010) corrobora com a noção de redes de atenção à saúde, no tocante à unicidade que leva em conta objetivos comuns e planejamento conjunto. Todavia, deixa claro que esta noção de redes, central na construção do SUS, se afasta “da concepção de *networking* que conota interações informais fortemente impulsionadas pelas tecnologias de informação” (MENDES, 2010, p. 2300).

Dito isto, é possível identificar que os serviços e ações das Ouvidorias do SUS devem considerar a existência de duas redes que se correlacionam, mas não se confundem. Uma é a Rede Nacional de Ouvidorias do SUS (sinônimo de SNO do SUS), composta diretamente pelas Ouvidorias SUS de diferentes esferas de governo e diferentes níveis de atenção em saúde. Neste contexto, estão contempladas Ouvidorias do SUS que operam nos respectivos níveis centrais (MS, SES, SMS ou órgão afim), Ouvidorias do SUS em regionais de saúde, Ouvidorias do SUS em distritos indígenas e Ouvidorias do SUS em unidades de saúde pública, ou ainda unidades de saúde que, por contrato ou convênio, oferecem serviços de saúde sob gestão do poder público (BRASIL, 2010a, 2014e).

Ainda em relação ao conceito de redes, que diz respeito à capacidade das Ouvidorias do SUS de operarem de forma eficiente e efetiva, destaca-se a rede de parcerias e cooperação. Nesta rede, há um conjunto de outros de órgãos, instituições ou departamentos que dão fluidez ao tratamento das manifestações das Ouvidorias do SUS ou contribuem com esse processo indiretamente ao fortalecerem o trabalho das Ouvidorias do SUS. Aqueles que fazem parte direta do tratamento da manifestação são as diversas estruturas que compõem o próprio SUS no âmbito de atuação da Ouvidoria do SUS. São setores, departamentos ou afins que funcionam como unidades produtoras de ações e serviços ofertados aos indivíduos/população. Exemplo da materialização desta rede de parceria e cooperação é a possível relação entre a Ouvidoria do SUS de uma determinada SMS e as demais estruturas de sua secretaria de saúde (Ouvidoria do SUS/SMS com hospitais, ambulatório, central de regulação, gerência de enfermagem, e outros). Essa rede, segundo o *Manual das Ouvidorias do SUS*, é denominada “rede da Ouvidoria do SUS”, considerando que geralmente as manifestações que chegam à Ouvidoria tratam de questões relativas às ações e serviços produzidos por essas diversas estruturas da rede de atenção em saúde, ou seja, a Ouvidoria não tem um fim em si mesma (BRASIL, 2014e).

Quanto ao conjunto dos órgãos ou instituições que fazem parte da rede de parceiros ou colaboradores que contribuem com esse processo de tratamento e fluidez das manifestações indiretamente, são aquelas agências que, ao operarem, fortalecem o trabalho das Ouvidorias do SUS. Normalmente, elas funcionam como *input* desses órgãos, que reforçam a obrigatoriedade de resposta dos gestores da política de saúde às ouvidorias. Exemplo dessa rede é o estabelecimento de relação

entre a Ouvidoria do SUS e demais órgãos dentro do Executivo, entre a Ouvidoria do SUS e demais órgãos fora da secretaria de saúde, e da Ouvidoria do SUS com órgãos fora da secretaria e fora do poder Executivo. Essas redes de parcerias e cooperação são primordiais para a eficiência e efetividade das ações das Ouvidorias do SUS.

Em outro aspecto, é também a rede de parcerias e colaboração, especialmente com outros órgãos de controle, que vai caracterizar a Ouvidoria como uma instituição de *accountability* horizontal eficiente. Então, à Rede Nacional de Ouvidorias do SUS cabe a coordenação das ouvidorias, no sentido de possibilitar que estas trabalhem para atingir qualidade no SUS; enquanto à rede de cooperação e colaboração caberia fortalecer a instituição Ouvidoria do SUS, para que a mesma, institucionalmente reconhecida como uma agência de *accountability* horizontal, dê andamento às manifestações dos indivíduos. Ressalta-se que tais manifestações, ainda que registradas individualmente, devem ser operacionalizadas na dimensão de política pública. As Ouvidorias são reconhecidas como instrumento de gestão à medida que manifestações individuais se tornam elemento de “alarme de incêndio” para o planejamento da política de saúde.

O funcionamento das redes contribui fundamentalmente para que a Ouvidoria do SUS trabalhe no sentido de resolver os conflitos e garantir a saúde como direito. Elas atuam de modo a fortalecer as redes de atenção à saúde. Todavia, a forma de relacionar-se na rede também exige da Ouvidoria do SUS uma postura relacional estratégica, pedagógica, buscando sempre o ponto de equilíbrio entre a cooperação e a competição. Esse equilíbrio é condição central na construção de uma institucionalidade mediadora.

Neste sentido, existe uma orientação da Ouvidoria-Geral do SUS, conforme descrito no *Guia de orientações básicas para implantação de Ouvidorias do SUS*, para que as Ouvidorias do SUS sejam criadas a partir de instrumento normativo (lei, decreto, portaria) e que neste instrumento sejam consideradas as atribuições e competências voltadas à sua rede de parcerias e cooperação (BRASIL, 2010a, 2014d).

A possibilidade de a Ouvidoria do SUS operar de maneira eficaz, efetiva e eficiente, dentre outras, está diretamente ligada à sua capacidade de estabelecer redes. Neste sentido, entende-se que o conceito de *accountability* horizontal defendido por Kenney (2003) deve ser aplicado para as Ouvidorias do SUS, haja

vista que não possuem poder para aplicar sanções diretas, mas possuem importante papel dentro da rede de *accountability*.

Operacionalmente, foi em 2007, com a implementação do sistema informatizado OuvidorSUS, que foi dada visibilidade à Rede Nacional de Ouvidorias do SUS. A Portaria nº 08, de 25 de maio de 2007 (BRASIL, 2007a), além de criar o OuvidorSUS enquanto sistema informatizado, facilitando o recebimento, encaminhamento e as respostas às manifestações, avançou na medida em que impulsionou outras discussões necessárias acerca da implantação do SNO. Esta portaria refere-se à necessidade de classificação (denúncia, elogio, informação, reclamação, solicitação, e sugestão), tipificação (ou seja, categorização conforme assunto e subassuntos – Apêndice E), tempo de encaminhamento (três dias no máximo) e tempo máximo para conclusão das manifestações (sendo 15 dias para as urgentes, 30 dias para prioridade alta, 60 dias para média e 90 dias para baixa).

O estabelecimento de uma normatização que estipula prazos para o processo de trabalho da Ouvidoria do SUS (encaminhamento e conclusão) em nível nacional chama atenção para o surgimento de uma perspectiva mais focada na eficiência do serviço. Ainda que os planos nacionais de saúde, citados anteriormente, registrem que o período de 2004 a 2011 estava orientado para a implantação, a estipulação dos prazos pela Portaria nº 08/2007 (BRASIL, 2007a) é um avanço; e considerando que a Ouvidoria em questão é uma estrutura da Política Nacional de Saúde, os prazos estabelecidos nacionalmente demonstram mais uma vez o lugar de vanguarda ocupado pelo SUS. Fora do SUS, esse estabelecimento de prazos, em uma relação de coordenação entre as esferas de governo, só foi realizado oficialmente 10 anos mais tarde, por meio da Lei nº 13.460/2017 (BRASIL, 2017a), que dispõe sobre a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da Administração Pública (conhecida como Código de Defesa do Usuário de Serviços Públicos). Entretanto, como visto na análise dos relatórios gerenciais, a resolutividade das manifestações tendeu a manter-se constante entre 2000 e 2018. A manutenção da resolutividade das manifestações em torno de 51% por ano indica a necessidade de outras ações que possam beneficiar o cumprimento da normativa. Nesse sentido, o capítulo 3 desta tese discutirá alguns indicativos de que esse cumprimento está associado à autonomia dos Ouvidores do SUS e à sua capacidade de relacionar-se com a respectiva direção única em cada esfera de governo e/ou rede de controle externo.

Assim, o OuvidorSUS, além de possibilitar a utilização de tecnologia de registro e tratamento das manifestações de forma eletrônica, o que agiliza todo o processo e permite maior articulação entre as esferas de governo, potencializa a necessidade de pensar conceitualmente cada etapa da implantação da Política de Ouvidoria do SUS (BRASIL, 2010a, 2014d).

Ainda na perspectiva de consolidar uma política de Ouvidoria do SUS e a construção do SNO voltado à necessidade de discutir a qualidade das Ouvidorias do SUS, iniciou-se em 2013 o planejamento de um conjunto de ações que se efetivaram a partir de então. Em 2014 e 2015, as ações foram concentradas na parceria entre a Ensp/Fiocruz e o DOGES, enquanto em 2016, por meio de cinco oficinas regionais (conforme divisão por região brasileira) e do 1º Encontro Nacional de Acreditação em Ouvidoria do SUS, Ouvidores e técnicos de Ouvidorias do SUS de todo o território brasileiro discutiram a construção de estratégias para implementação do Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS (SNAIOS) (BRASIL, 2017h; MOREIRA, 2018).

A estratégia de criação do SNAIOS reafirma a análise dos planos nacionais de saúde que revelam que, entre 2012 e 2019, o DOGES empenhou-se na qualificação do processo de trabalho das Ouvidorias do SUS. Contribui na abordagem desse percurso do DOGES, em direção à avaliação, os conceitos de eficácia, eficiência e efetividade. Assim:

Por avaliação de eficácia, entende-se a avaliação da relação entre os objetivos e instrumentos explícitos de um dado programa e seus resultados efetivos (Figueiredo & Figueiredo, 1986). Esta avaliação pode ser feita entre, por exemplo, as metas propostas e as metas alcançadas pelo programa ou entre os instrumentos previstos para sua implementação e aqueles efetivamente empregados. (ARRETCHE, 1999a, p. 34)

Figueiredo e Figueiredo (1986) e Arretche (1999b) concordam que este tipo de avaliação é o mais empregado na análise dos programas e políticas públicas e está voltado aos processos de trabalho.

Quanto à avaliação de eficiência, Figueiredo e Figueiredo (1986) reportam que é aquela cujo objeto é definir a relação ótima entre custos para a realização de uma determinada política e os benefícios advindos dela. Acrescentam que os estudos avaliativos de políticas sociais eram o tipo de avaliação menos frequente no período do trabalho. E chamam atenção para o seguinte fato:

[...] o conceito de eficiência na esfera pública é bidimensional. Vemos, de um lado, a eficiência instrumental, definida pela relação estrita entre custos econômicos e benefícios que são, em geral, tangíveis e divisíveis; de outro, temos a eficiência política, definida pela relação entre os “custos”, sociais ou políticos, e os benefícios deles derivados. (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986, p. 112)

Tal bidimensionalidade agrega complexidade à avaliação de eficiência, visto que se deve considerar também a existência de custos e benefícios nas duas dimensões (instrumental e política).

Pelo conceito de efetividade, compreende-se a análise da relação entre a implementação de uma determinada política ou programa e os respectivos impactos ou resultados. Essa relação definirá o sucesso ou fracasso da política ou programa, levando em conta as mudanças no cenário preexistente. Neste contexto, é preciso levar em conta o quanto a política ou programa foi capaz de alterar de maneira substantiva as condições sociais de uma dada população onde as ações foram aplicadas. Existe uma obrigatoriedade de se estabelecer claramente uma relação causal entre a implantação da política ou programa e as mudanças de cenário, ademais deve haver o isolamento de outros fatores externos à política ou programa que possam ter contribuído com a mudança (ARRETCHE, 1999b; FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986).

Assim, os conceitos de eficácia, eficiência e efetividade sustentaram o caminho encontrado pelo DOGES para implantar o SNAIOS. Este sistema, ainda em construção, constitui a principal estratégia de melhoria de qualidade que os serviços de Ouvidorias do SUS deverão implementar nos próximos anos. A seguir será discutido como o SNAIOS foi inicialmente organizado e suas primeiras experiências de implantação.

2.4 O Sistema Nacional de Acreditação de Ouvidorias do SUS

A acreditação “é um método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde” (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, c2020) ou ainda, para Novaes (2007, p.134), “é um método que desenvolve instrumentos de avaliação para a melhoria contínua da qualidade do atendimento aos pacientes e do desempenho organizacional, oferecendo confiança da

comunidade no seu hospital”. Segundo Fortes, Mattos e Baptista (2011), a institucionalização da acreditação foi consolidada nos Estado Unidos da América a partir da criação da *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) e, por meio desta, foi impulsionada a criação da *Joint Commission International* (JCI), responsável por prestar assistência internacional no que se refere à acreditação de serviços de saúde.

Em 1989, a OPAS iniciou um programa latino-americano de acreditação de hospitais e, em parceria com o Instituto para Acreditação de Estabelecimentos de Saúde, na Argentina, criou o primeiro modelo de manual de acreditação hospitalar. Este manual foi introduzido no cenário brasileiro oficialmente pela OPAS em 1990, quando, traduzido pela Federação Brasileira de Hospitais, passou a ser distribuído aos hospitais (NOVAES, 2007). Em 2000, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) reconheceu a Organização Nacional de Acreditação (ONA), logo isso implicou na multiplicação da metodologia às esferas subnacionais. Esse posicionamento da Anvisa contribuiu de forma significativa para ampliar o debate sobre o tema (FORTES; BAPTISTA, 2012). Atualmente, as instituições no país que mais realizam avaliação e certificação do serviço de saúde com este objetivo é a ONA e o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Este último órgão é associado da JCI, que certifica as suas unidades acreditadas (MAIA; ROQUETE, 2014; ONA, c2020).

Fortes e Baptista (2012) destacam que caracteristicamente os padrões de qualidade da ONA e do CBA se diferenciam:

[...] a acreditação oferecida pela ONA relacionou seus padrões com as exigências mínimas da regulação, como um pré-requisito de licenciamento. O CBA vinculou seus padrões à excelência, entendendo que assim estimula a busca por um alto grau de qualidade nas instituições. (FORTES; BAPTISTA, 2012, p. 630)

Em estudo realizado em 2011, Fortes, Mattos e Baptista (2011) avaliaram os modelos de acreditação em saúde implementados na França, Reino Unido e Catalunha (Espanha). A pesquisa teve por objetivo, no que concerne à acreditação, identificar os aspectos relativos à institucionalidade e normatização da ação, as diretrizes, as estratégias e os resultados alcançados. Foi possível identificar que os significados de acreditar um determinado serviço de saúde irão variar de acordo com as relações e propostas políticas de cada país avaliado. Logo, os autores concluem

que a acreditação é reduzida se considerada apenas uma ferramenta de melhoria da qualidade que se disponibiliza àqueles hospitais que voluntariamente a solicitam. Portanto, alertam para a necessidade de se olhar para cada sistema de acreditação combinado com a centralidade política daquele determinado país e sua estrutura de serviços e ações de saúde.

Hortale, Obbadi e Ramos (2002), em estudo sobre o significado do termo, reconhecem que a acreditação:

[...] tem como noções centrais a confiança e a qualidade, e pode ser entendido como um método de estímulo, avaliação e certificação da qualidade, além de se caracterizar como um processo educacional que introduz nas instituições a cultura da qualidade e analisa e atesta o grau alcançado por elas. A acreditação deve ser diferenciada de outros processos como o licenciamento, a classificação, a habilitação ou o credenciamento, pois propõe a participação voluntária, estimulando as instituições a um comportamento de procura contínua da qualidade [grifo nosso]. (HORTALE; OBBADI; RAMOS, 2002, p. 1791)

A partir deste significado, as autoras enfatizam a competência e a qualidade como dois principais vetores da acreditação. Quanto à competência, referem-se à qualidade do indivíduo que possui capacidade de observar, avaliar e resolver uma determinada situação. Esta noção de competência para atuação no SUS está impregnada da ideia de profissional “capaz de solucionar problemas, tomar decisões e trabalhar em equipe, melhorando a qualidade dos processos, produtos e serviços prestados” (HORTALE; OBBADI; RAMOS, 2002, p. 1791). Com respeito à qualidade nos serviços e ações de saúde, entendem-na como o universo de atributos que um órgão ou instituição possui capazes de corresponder com precisão às necessidades de um determinado indivíduo ou coletividade.

Ressalta-se aqui, também, o potencial de qualificação que a acreditação possui em relação à política de saúde, e em especial, para a implementação de Ouvidorias do SUS como instrumento de *accountability*. Este entendimento parece estar em acordo com o posicionamento de Fortes e Baptista (2012), quando em seu artigo concluem que:

No Brasil, o movimento em prol de um sistema de acreditação é ainda incipiente e, como na maioria dos países observados, depende de vontade política. Sem dúvida, a maior parte da bibliografia nacional ainda diz respeito à metodologia da acreditação como uma ferramenta da qualidade. Contudo, a revisão permite deduzir que o fato está relacionado ao estágio em que se encontra a metodologia em nossa região. [...] Assim, continuar

tratando a acreditação apenas como uma ferramenta da qualidade e justificar sua presença, em território nacional, apenas por conta de sua dimensão de mercado, seria prematuro. [...] A metodologia parece estar bem mais próxima de ser uma ferramenta da política, constituindo diretrizes para a organização e avaliação dos serviços e sistemas de saúde em todo mundo, devendo ser compreendida como tal ou corre-se o risco de se manter a liderança de algumas políticas fora do âmbito estatal. [...] Portanto, é importante entender o processo brasileiro de acreditação e perceber seus significados. (FORTES; BAPTISTA, 2012, p. 631)

Esta dimensão política da acreditação, comentada pelas autoras, é essencial para a discussão sobre a criação do SNAIOS e a possibilidade de ele induzir a ampliação do SNO e a autonomia dos órgãos que compõem tal sistema.

O SNAIOS foi operacionalizado e tomou corpo propriamente dito a partir de 2013, quando foi estabelecida, entre o Departamento de Ciências Sociais (DCS) da Ensp/Fiocruz e o DOGES/SGEP/MS, uma parceira, por meio do Termo de Execução Descentralizada (TED) nº 71/2013. Os profissionais do DCS/Ensp/Fiocruz já apresentavam experiência na construção do processo de acreditação pedagógica dos cursos *lato sensu* em saúde pública no Brasil, processo iniciado nos anos 1990, cuja operacionalização se deu entre a Ensp/Fiocruz e a *École des Hautes Études en Santé Publique* (Escola de Altos Estudos em Saúde Pública) (HORTALE; OBBADI; RAMOS, 2002; MATOS; PINTO; NUNES, 2019; MOREIRA, 2018).

Segundo Hortale, Obbadi e Ramos (2002), a *École des Hautes Études en Santé Publique*, em Rennes, França, vem desenvolvendo, desde 1987:

[...] um sistema de acreditação de programas de formação de diretores de serviços de assistência social e de hospitais, e define acreditação como o procedimento pelo qual uma instância com delegação governamental reconhece formalmente que uma instituição de ensino é competente para efetuar tarefas específicas da área, e em condições de receber o selo de qualidade. Seu sistema de acreditação é estruturado em dois níveis: técnico e político. O primeiro, é encarregado de avaliar o grau de desempenho de cada instituição em função de padrões de referência previamente estabelecidos. É composto por uma equipe de profissionais que regularmente realizam visitas de acompanhamento às instituições acreditadas ou a ser acreditadas. O segundo, decide sobre os encaminhamentos a serem dados. (HORTALE; OBBADI; RAMOS, 2002, p. 1792)

Desta maneira, o SNAIOS foi pensado a partir destas experiências profissionais. Efetivamente, foi em 2014, com a pesquisa *Linha de Base para Estudos e Ações de Monitoramento e Avaliação em Ouvidoria*, que o trabalho começou. A pesquisa construiu um conceito central de Ouvidoria em torno do qual

posteriormente seria estruturada a noção de acreditação de Ouvidorias do SUS (MOREIRA, 2018). Segundo o conceito, a Ouvidoria é uma:

Entidade que elabora respostas adequadas que conjugam a noção de resolutividade aplicada às respostas às manifestações e que abrangem 1) Instância de Mediação, na medida em que protagoniza o acolhimento das manifestações e o monitoramento junto às instâncias/organizações responsáveis e competentes; 2) Instância de Processamento, na medida em que atua no recebimento, armazenamento, encaminhamento, análise e utilização de informação e conhecimento. (FERNANDES *et al.*, 2016, p. 2551)

Neste contexto que chamaram de ideia-força, Fernandes *et al.* (2016) acrescentam a necessidade de articular três elementos centrais para que a Ouvidoria possa de fato constituir um órgão com capacidade inovadora; são eles:

Dimensões Caracterizadoras: expressas por características institucionais referentes à Estrutura da Ouvidoria (suas instalações e recursos, humanos físicos e virtuais), às suas formas de processamento de informações referentes aos Processos (seus modos de funcionamento básico cotidiano no trato sistematizado das manifestações captadas) e à sua forma de mediação referente aos Resultados obtidos (a efetividade de suas ações para dar conta da resolução dos problemas que geram as manifestações). [...] O Conceito de Ouvidoria Ativa, definido como capaz de promover estratégias eficazes para escuta do cidadão, não apenas recebendo as manifestações por meio dos canais de acesso, mas também buscando informações para subsidiar a gestão e o controle social. Esta ideia está impregnada da noção de proatividade, consubstanciada no que alguns autores chamam de 'Ouvidoria Proativa', em oposição à passividade característica de uma 'Ouvidoria Reativa'. [...] A Noção de Regulação aplicada às práticas de Ouvidoria, adaptada da teoria concernente e do conceito jurídico-legal de regulação, obedecidos e manejados pelo aparato institucional regulatório (órgãos de auditoria e controle, Tribunais de Contas, Agências Reguladoras, Ministério Público, Advocacia-Geral da União, Conselhos, Departamentos e Coordenações do Ministério da Saúde e outros, etc.). (FERNANDES *et al.*, 2016, p. 2551)

Observa-se que os elementos centrais supracitados, relativos à capacidade inovadora das Ouvidorias do SUS, estão diretamente associados à eficácia, eficiência e efetividade, bem como à necessidade de estabelecer redes. Não bastasse a lógica de operação em redes, que reforça a proposta de classificação das Ouvidorias dos SUS como órgãos de *accountability* horizontal.

Na sequência, duas ações foram realizadas: a primeira foi o mapeamento e a caracterização de 512 Ouvidorias do SUS na esfera municipal e 27 estaduais. A segunda foi a análise do Banco de Dados do Ouvidor SUS, abarcando o período de 2001 e 2014 (MOREIRA, 2018). Parte deste mapeamento e caracterização foi

publicado, em 2016, por Fernandes, Moreira e Ribeiro (2016), que descreveram o cenário encontrado nas Ouvidorias do âmbito estadual. O estudo qualitativo, baseado na ideia-força anteriormente mencionada, tinha por objetivo caracterizar as Ouvidorias estudadas como instâncias participativas. Desse modo, quanto mais convergentes com a ideia-força fossem as respostas, mais participativa seria a Ouvidoria. Nesse sentido, afirmam os autores que as Ouvidorias estaduais do SUS possuem alta convergência com o conceito apresentado e, por consequência, demonstram grande potencial de participação, dado que no mínimo 59% das 27 instituições estudadas convergiram com 14 das 18 questões pesquisadas. Cabe destacar que mais de 92% das Ouvidorias convergiram nas seguintes questões:

- a) a Ouvidoria atua institucionalmente em rede articulada com outras instâncias;
- b) a Ouvidoria permite acesso irrestrito ao Manifestante;
- c) a Ouvidoria garante anonimato ao Manifestante;
- d) a Ouvidoria possui equipe de trabalho própria;
- e) a Ouvidoria faz uso analítico da informação componente da resposta à Manifestação.

Vale ainda frisar que, dentre as quatro questões em que as Ouvidorias não tiveram convergência com o conceito-chave, duas chamam atenção: mandato do Ouvidor e autonomia financeira.

Concluído este primeiro momento do TED, que propiciou a construção do conceito central de Ouvidoria a partir do qual a acreditação deveria ser pensada, seguido de mapeamento e caracterização das Ouvidorias do SUS na esfera estadual, partiu-se para as ações de elaboração conjunta com Ouvidores do SUS nas esferas estadual e municipal. Nesta segunda etapa de execução do TED, por meio de oficinas e encontro, deu-se maior protagonismo ao debate com os Ouvidores do SUS, o que possibilitou um processo mais participativo e dialógico daquilo que se desenhava como acreditação de Ouvidorias do SUS.

2.4.1 O protagonismo dos Ouvidores do SUS na construção do Sistema Nacional de Acreditação de Ouvidorias do SUS

Finalizada a primeira versão do *Referencial de qualidade de Ouvidorias do SUS* pela equipe de profissionais do DCS/Ensp/Fiocruz, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (NESC/CCS/UFPB) e do DOGES/SGEP/MS, desdobrou-se, então, uma série de oficinas cujo objetivo era aprofundar a discussão de construção do SNAIOS. Desta forma, foram realizadas seis oficinas com as equipes DOGES/SGEP/MS e DCS/Ensp/Fiocruz, e seis oficinas com Ouvidores e técnicos de Ouvidoria do SUS de municípios e estados. Este processo foi marcado pelo protagonismo dos Ouvidores do SUS na construção do SNAIOS.

Nesta etapa, receberam as oficinas as seguintes capitais: São Paulo/SP, Belém/ PA, Fortaleza/CE, Florianópolis/SC, Goiânia/GO e Rio Branco/AC. As oficinas foram concebidas pelo DOGES/MS e Ouvidorias do SUS estaduais que articulavam a participação de outras Ouvidorias locais (principalmente da capital). O planejamento para a realização das oficinas, além de demonstrar o interesse dos profissionais do DCS/Ensp/Fiocruz, NESC/CCS/UFPB e DOGES/SGEP/MS na participação de Ouvidores e/ou técnicos de Ouvidorias do SUS de todo o território nacional, também exigia um movimento sincronizado entre estes profissionais que lideravam o processo e as Ouvidorias do SUS da esfera estadual que recebiam as oficinas.

Diante disso, pode-se dizer que a metodologia utilizada para a construção do SNAIOS está fortemente orientada para a construção coletiva, com envolvimento dos diferentes atores. As oficinas são um exemplo disso, uma vez que o fato de considerarem discussões específicas com técnicos do DOGES e de Ouvidorias das cinco regiões brasileiras ajuda na análise das especificidades a que cada uma delas está sujeita. Ademais, trazem os sujeitos a quem se destina o processo de avaliação para o centro da discussão do que deve e como deve ser avaliado. Isso possibilita que as Ouvidorias do SUS, que em algum momento passarão pelo processo de acreditação, em certa medida, sejam sujeitos ativos na organização, planejamento e produção desse processo. Sob este ângulo, a proposta de construção está pautada no conceito de Educação Permanente em Saúde, e:

[...] insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde. (CECCIM, 2005, p. 161)

Compreende-se que esse modelo de construção beneficia a instalação do SNAIOS em uma perspectiva mais democrática do processo de avaliação, dado que a definição dos parâmetros traçados para a avaliação parte, sobretudo, desses profissionais que estão imersos nas situações cotidianas dos serviços de Ouvidorias do SUS. O decorrer das atividades envolve a própria Rede Nacional de Ouvidorias do SUS para refletir sobre a acreditação e construir o SNAIOS, sob o qual virá a ser submetida.

Findado o período de oficinas, de 12 a 14 de dezembro de 2016 foi realizado, em Brasília/DF, o 1º Encontro Nacional de Acreditação em Ouvidorias do SUS. O evento reuniu 150 profissionais, entre Ouvidores e técnicos de Ouvidorias do SUS nas três esferas de governo. A dinâmica de trabalho buscou debater o SNAIOS e, para isso, utilizou a dinâmica de dividir o debate em quatro grupos com as temáticas pautadas nas quatro dimensões propostas para acreditação de Ouvidorias do SUS, a saber: infraestrutura, gestão, processo de trabalho e resultados.

O desenho destas atividades, tanto das oficinas como do encontro, demonstrou uma valorização do SNO do SUS como uma rede interligada que deve operar, inclusive, os processos de trabalho e o modo como o trabalho deve ser avaliado; desta maneira, a União, representada pelo DOGES, cumpre seu papel de coordenar e descentralizar, em âmbito nacional, uma política de Ouvidorias do SUS, respeitando a autonomia e a capacidade de contribuição de cada ente federativo (BRASIL, 2014e). Feito isso, o passo seguinte foi experimentar, na prática, o processo de acreditação; para tanto, foram criadas duas estratégias que pudessem, paralelamente, avaliar alguns serviços de Ouvidoria do SUS e formar um grupo de profissionais capazes de realizar o processo de avaliação externa. Essas estratégias consistiram no projeto-piloto de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS e no Curso de Aperfeiçoamento em Qualificação em Avaliação Externa de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS, que serão analisados a seguir.

2.4.2 Estratégias para colocar o Sistema Nacional de Acreditação de Ouvidorias do SUS em prática

Para dar início ao SNAIOS na prática, foram estruturadas duas ações que funcionaram de forma interdependente. O projeto-piloto de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS e o Curso de aperfeiçoamento em Qualificação em Avaliação Externa de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS, atuando de forma coordenada, permitiram que, na mesma medida que os primeiros avaliadores externos de acreditação institucional de Ouvidorias do SUS fossem formados, também fossem avaliadas sete Ouvidorias do SUS. A abordagem dessas estratégias deve ser vista para além da descrição do processo, todavia como estratégia de educação permanente em saúde com foco no caminho de qualidade estabelecido pela própria equipe do DCS/Ensp/Fiocruz e DOGES/SGEP/MS para implantação do SNAIOS.

Todo o processo de acreditação do projeto-piloto de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS foi realizado pelos profissionais do DCS/Ensp/Fiocruz e do DOGES/SGEP/MS, que assumiram a responsabilidade do que viria a ser a agência acreditadora em um processo de acreditação institucional efetivo (MOREIRA, 2018). Por esta agência acreditadora, conforme descrição do “Manual de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS” (MOREIRA, 2018), entende-se:

[...] entidade independente da Administração Pública, ligada à sociedade civil, zela pelo bom funcionamento do sistema de acreditação institucional, cujas ouvidorias compõem o Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS. (MOREIRA, 2018, p. 33)

À vista disso, a agência tem um papel central no processo de acreditação. É a esta agência que a Ouvidoria do SUS, que deseja passar pelo processo de acreditação, se apresenta. Em condições normais, é a Ouvidoria do SUS que se voluntaria a participar, colocando-se em um movimento de busca contínua pela qualidade, ou ainda, caminho da qualidade. No “Manual de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS” (MOREIRA, 2018), o caminho de qualidade é explicitado como:

[...] um processo construtivo de ações de melhoria em face de um conjunto de padrões de referência, cujas dimensões são centrais para a qualidade e

definidos entre nós-rede. O caminho de qualidade desencadeia uma cultura de autoavaliação em cada ente acreditado e subsidia o trabalho de avaliação externa perante a conformidade e a consistência de ações que acontecem. (MOREIRA, 2018, p. 33)

Portanto, o processo é pautado em dois mecanismos estratégicos, a autoavaliação e a avaliação externa. A autoavaliação é um mecanismo estratégico primeiramente porque é solicitado que sua construção seja coletiva e envolva tanto os profissionais que trabalham na Ouvidoria do SUS em processo, quanto a sua rede de colaboradores e cooperação. Com isto, a formulação da própria autoavaliação se torna pedagógica, pois inclui os diversos sujeitos do serviço que, no mesmo tempo em que constroem o documento, avaliam-se no processo de qualidade da Ouvidoria do SUS e se compreendem como rede. Matos, Pinto e Nunes (2019), ao analisarem a implantação da acreditação pedagógica nos cursos *lato sensu* em Saúde Pública no Brasil, que possuem a mesma proposta, afirmam que esta fase de produção da autoavaliação funcionou como análise crítica de toda a instituição. Além disso, a autoavaliação serve para fundamentar as demais fases do processo de acreditação, tornando a acreditação de cada Ouvidoria do SUS um processo único, e sem ranqueamento (MATOS; PINTO; NUNES, 2019; MOREIRA, 2018).

Para o projeto-piloto, especificamente, foram selecionadas inicialmente sete Ouvidorias do SUS com características distintas. Nesse caso, as diferenças abarcaram a diversidade de serviços de Ouvidoria do SUS oferecidos no país, mas não havia intencionalidade de comparação entre elas. Ampliar a avaliação do campo teve por objetivo testar a aplicabilidade do processo de acreditação institucional e descobrir possíveis adequações necessárias para efetivação futura. O interesse do projeto-piloto de dar conta das diversidades do campo de Ouvidorias do SUS no Brasil dirigiu a escolha das instituições e teve o seu perfil intencionalmente definido. Dentre as selecionadas, registrou Ouvidorias do SUS nas três esferas de governo, Ouvidorias do SUS de nível central, Ouvidorias do SUS de unidades hospitalares, e Ouvidorias do SUS das cinco regiões brasileiras, a saber: Ouvidoria da Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão, Ouvidoria da Secretaria de Estado de Saúde do Pará, Ouvidoria da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná, Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN, Ouvidoria da Secretaria Municipal de

Saúde São Paulo/SP, Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Jataí/GO, Ouvidoria do Grupo Hospitalar Conceição – GHC (Porto Alegre/RS).

Todas as Ouvidorias participantes do referido projeto-piloto receberam a visita de profissionais da equipe do projeto (Ensp/Fiocruz e DOGES/SEGP/MS), ocasião em que assinaram termo de compromisso na participação e se comprometeram a formar uma equipe (grupo de trabalho) local de avaliação do caminho de qualidade da Ouvidoria para que se desse início ao processo³⁸.

A ideia motriz da Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS é avaliar o caminho de qualidade traçado pela Ouvidoria do SUS em questão, não devendo ser utilizada para comparar Ouvidorias. A proposta é que a avaliação sirva como parâmetro para que a instituição traga luz sobre a própria trajetória; trata-se de analisar seu processo de trabalho e daí questionar-se quais são as possíveis estratégias para avançar na qualidade de execução do seu serviço de Ouvidoria de forma a contribuir com a construção de um SUS cada vez mais eficaz e eficiente e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Assim, o processo de acreditação está dividido em três fases ou momentos interdependentes, descritos na Figura 1, considerando-os como ocorreram na prática, a priori, mas com a ressalva de que, por ser um projeto-piloto, os prazos e negociações se deram com certa flexibilidade (MOREIRA, 2018).

Primeira Fase ou Momento Preparatório

Nesta fase, a Ouvidoria foi selecionada e posteriormente convidada a participar do processo. O aceite foi fundamental, considerando que, em situações ideais (fora do projeto-piloto), a Ouvidoria é que deveria propor à agência acreditadora a participação no processo. O processo de convite e aceite ocorreu com uma visita formal de representantes da equipe (Ensp e DOGES) à Ouvidoria. Neste momento, a equipe de acreditação, que representa a agência, reuniu-se com o Ouvidor(a) SUS e as autoridades imediatamente superiores à Ouvidoria, para

³⁸ Para saber mais sobre alguns desses momentos, ler matérias divulgadas nos respectivos *sites* da Secretaria de Estado da Saúde de Paraná, Secretaria Municipal de Jataí, Grupo Hospitalar Conceição, nos seguintes *links*:
[http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=98717&tit=Parana-foi-selecionado-para-projeto-do-Ministerio-da-Saude-](http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=98717&tit=Parana-foi-selecionado-para-projeto-do-Ministerio-da-Saude)
<https://www.jatai.go.gov.br/secretaria-municipal-de-saude-recebe-representantes-do-ministerio-da-saude/>
<https://www.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=13235>

entregar o “Documento Referencial de Qualidade” e o “Manual de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS” (MOREIRA, 2018), além de esclarecer as questões sobre o processo de acreditação e as exigências a serem cumpridas para participação. Dentre as exigências, destacam-se quatro, a saber: assinatura do termo de participação, a construção de uma equipe de avaliação do processo de qualidade da Ouvidoria³⁹, a construção de uma autoavaliação e o encaminhamento dos documentos referentes à Ouvidoria juntamente com a autoavaliação para a equipe responsável pelo projeto-piloto.

Este é o momento de oficialização da Ouvidoria no processo de acreditação, em que as partes devem colocar-se de maneira franca e dirimir quaisquer dúvidas sobre a acreditação que será desencadeada.

Segunda Fase ou Momento de Análises e Avaliações

Para a execução da segunda fase, a Ouvidoria envolvida no processo não pode prescindir do “Documento Referencial de Qualidade” e do “Manual de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS”. Dentre outras questões explicitadas neste manual, estão as quatro dimensões que guiam todo o processo de avaliação, a partir das quais devem ser construídas a autoavaliação e a avaliação externa. As dimensões Infraestrutura, Gestão, Processos de Trabalho e Resultados desdobram-se em 14 subdimensões que, por sua vez, subdividem-se em 68 padrões de referência (ANEXO H).

Assim, a Ouvidoria seleciona os documentos pertinentes às respectivas dimensões, subdimensões e padrões de referência a serem avaliados; constrói, em conjunto com a equipe de avaliação da qualidade da Ouvidoria, a sua autoavaliação; e envia efetivamente toda a documentação. Posteriormente, em posse desse material encaminhado, os avaliadores externos fazem a primeira aproximação da Ouvidoria em processo de acreditação, analisam os documentos com base na autoavaliação elaborada pela equipe, e planejam/organizam a visita de avaliação externa *in loco*.

³⁹ De modo geral, a exemplo da Portaria/SES/MA nº 824, de 24 de agosto de 2018, e da Resolução SESA nº 464/2018, emitidas respectivamente pela Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão e da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, essas equipes foram compostas através de documentos oficiais e públicos (MOREIRA, 2018).

Para este momento, a autoavaliação é um documento fundamental, dado que a avaliação externa se propõe a atuar, dentre outras, na lógica da educação permanente em saúde, partindo das reflexões da própria equipe sobre seu fazer profissional cotidiano e as possibilidades de melhoria do processo de trabalho. No caso específico do projeto-piloto, a equipe de avaliadores externos foi composta por profissionais de nível superior, com experiência em educação, saúde e/ou avaliação e conhecimento de Ouvidoria do SUS. Em sua maioria, possuíam conhecimentos prévios relativos à avaliação, inovação, educação permanente em saúde, gestão pública, participação e controle social, princípios da Administração Pública e pesquisa social.

Paralelamente a este processo de avaliação externa, os avaliadores também cursavam a Qualificação em Avaliação Externa de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS, motivo pelo qual as avaliações, além de realizadas em duplas, foram acompanhadas de um orientador da Ensp ou do DOGES.

Terceira Fase ou Momento de Definições

A terceira fase é o momento em que se realiza (em acordo com a Ouvidoria em processo de acreditação) a visita externa dos avaliadores, a construção do relatório de avaliação externa, a devolutiva de relatório de avaliação externa à instituição avaliada e, finalmente, a emissão do parecer final. Em relação à visita externa especificamente, para a análise dos padrões de referência é utilizado um conjunto de métodos (análise documental, entrevista, grupo focal), com diferentes atores (Ouvidor, gestores, conselheiros de saúde, e outros), buscando-se a consistência das informações fornecidas na autoavaliação (ANEXO H). Esta etapa se encerra com a elaboração de um relatório pelos avaliadores externos, no intuito de subsidiar a fase ou momento seguinte.

Quarta Fase ou Momento de Emissão do Parecer Final

Em um processo de acreditação institucional de Ouvidorias dos SUS, que se espera após o projeto-piloto, esta fase seria concluída com a submissão do relatório redigido pelos avaliadores externos ao comitê acreditador da agência, que, após avaliação, emitiria o parecer final com uma das seguintes conclusões: acreditada,

acreditada com recomendações ou não acreditada. No caso do projeto-piloto, a conclusão do processo foi efetuada pela equipe de profissionais Ensp e DOGES, que equivaliam à agência acreditadora. Assim, os avaliadores externos construíram o relatório pós-visita externa e o encaminharam a essa equipe. Para finalizar o processo com as Ouvidorias do SUS que participaram do projeto-piloto e cumpriram com êxito todas as exigências, foi entregue uma placa por meio da qual a Ouvidoria-Geral do SUS do MS e o DCS da Ensp/Fiocruz reconhecem o trabalho empreendido pela respectiva Ouvidoria do SUS na experimentação-piloto do SNAIOS⁴⁰.

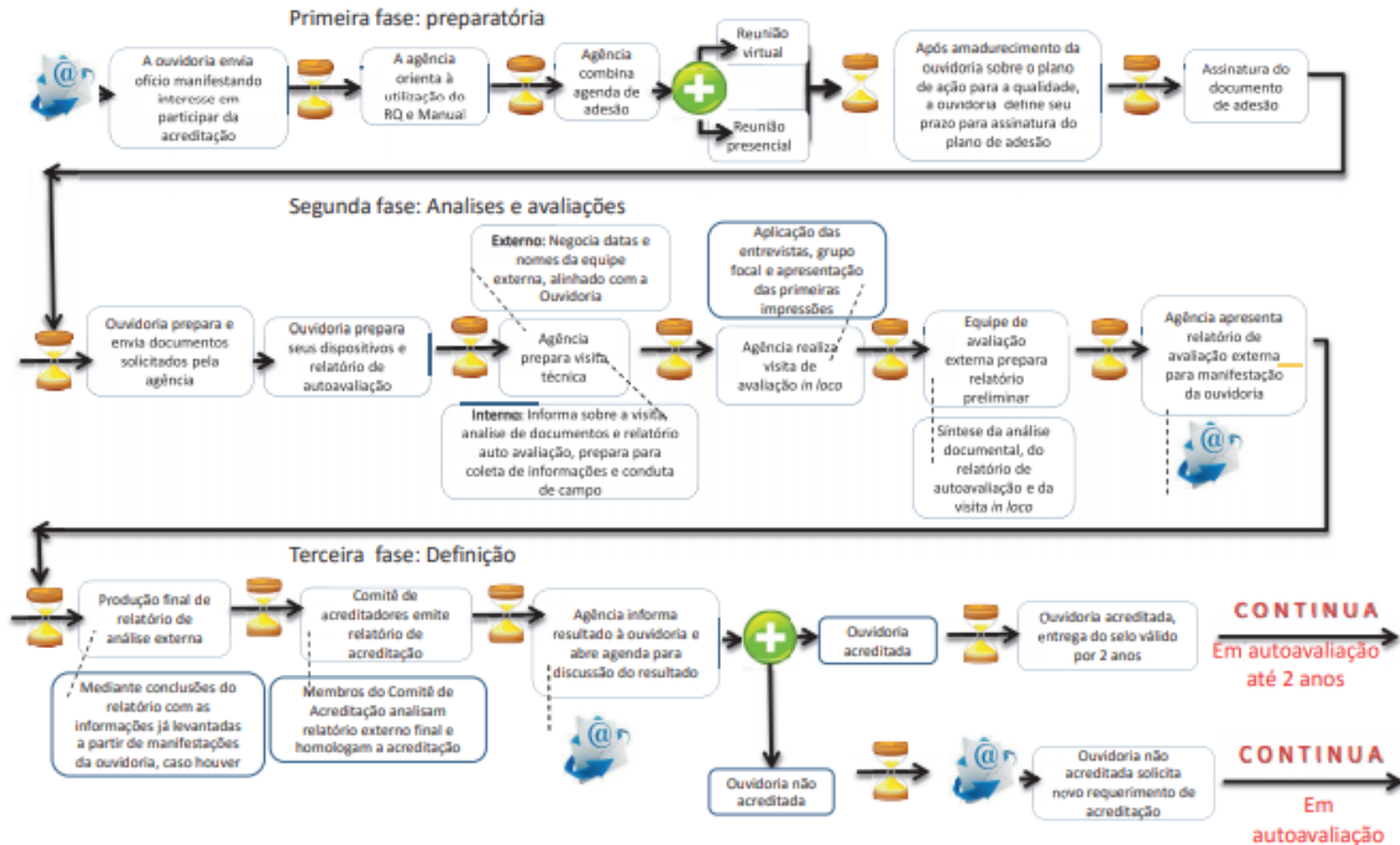
⁴⁰ Para saber mais sobre esse momento, ler matérias divulgadas nos respectivos *sites* da Secretaria de Estado da Saúde de Paraná, Secretaria Municipal de Natal, Grupo Hospitalar Conceição, conforme os seguintes *links*:

<https://www.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=15424>

<https://natal.rn.gov.br/noticia/ntc-29673.html>

<https://www.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=15424>

Figura 1 – Fluxograma do processo de acreditação institucional de Ouvidorias do SUS



Para a experiência piloto, os prazos são negociáveis.

Fonte: MOREIRA, 2018.

Conforme já mencionado, outra estratégia para pôr o SNAIOS em prática foi a oferta de um curso de aperfeiçoamento. Neste, após a teoria, os alunos realizaram suas práticas de avaliação em uma daquelas sete ouvidorias participantes do projeto-piloto de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS. Em 10 de julho de 2018, foi lançado pela Ensp/Fiocruz, em parceria com a SGEP/MS, o edital público para o processo de seleção de alunos para o curso de aperfeiçoamento em “Qualificação em Avaliação Externa de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS”. A intenção, segundo o edital, era selecionar profissionais “de nível superior, com experiência em educação, saúde e/ou avaliação e conhecimento de Ouvidoria do SUS” (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA, 2018, p. 2).

O perfil de candidato desenhado pelo edital trabalhou com a proposta de indivíduos com certa *expertise* na área de avaliação e Ouvidoria do SUS, o que, de alguma forma, aproximou profissionais que já atuavam nos serviços de Ouvidoria do SUS. Esta escolha na construção do perfil do cursista desejado trouxe uma noção de avaliação por pares⁴¹, em que o profissional que avalia está no mesmo escalão do avaliado. Ademais, permitiu que o curso se aprofundasse na discussão sobre a avaliação de Ouvidorias do SUS ou, ainda, o caminho de qualidade por elas traçado.

O processo seletivo do curso foi feito por meio de análise de *curriculum vitae* e de memorial. Para o memorial, o edital solicitava que o candidato fizesse:

Relato comprovado da experiência de atuação no Sistema Único de Saúde nos âmbitos da Gestão e/ou da Atenção em Saúde e/ou do Controle Social e/ou da formação e sua relação com as questões colocadas pelo trabalho em avaliação de ouvidorias, na intenção de participação no curso e de sua disponibilidade para realizar as atividades no curso. (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA, 2018, p. 5)

Ainda quanto à concepção pedagógica do curso, ele está fundamentado na educação permanente em saúde, apostando na construção coletiva e no processo reflexivo das ações propostas. Conforme apresentação do curso pela Ensp, o curso é:

⁴¹ Essa proposta de avaliação por pares está fortemente presente no processo de acreditação de Instituições de Direitos Humanos, tal como o *Defensor del Pueblo*, realizado pela *Global Alliance of National Human Rights Institutions* (GANHRI). Neste caso, o Subcomitê de Acreditação da GANHRI é composto por uma instituição já acreditada e com *status* “A” de cada um dos quatro grupos regionais do GANHRI (GLOBAL ALLIANCE OF NATIONAL HUMAN RIGHTS INSTITUTIONS, c2019).

[...] concebido a partir de metodologia problematizadora da prática de avaliação em geral e, em particular, de avaliação externa de acreditação institucional de ouvidorias do SUS. Nesta, reconhece-se a existência de atores diferentes, mas que concorrem a objetivos comuns. No caso, a qualidade do trabalho de ouvidorias do SUS em defesa de direitos de cidadania e de qualidade de bens e serviços de saúde. O curso busca desenvolver uma pedagogia que busque a aprendizagem no trabalho. Segundo autores do campo da Educação Permanente em Saúde, o trabalho se destaca como o eixo do processo educativo, fonte do conhecimento e objeto de transformação. A reflexividade envolve diferentes campos de conhecimento, de modo a buscar a indissociabilidade entre educação, avaliação, ética, política de saúde e prática de ouvidoria no SUS. (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA, c2016)

Esta concepção pedagógica mostra-se estritamente em acordo com as demais ações do DCS/Ensp/Fiocruz e DOGES/SGEP/MS em relação à construção do SNAIOS. Outra ação bastante relevante foi o fato de a formação em questão ter a intenção de contribuir com o fortalecimento da atual política de Ouvidoria do SUS; isto pode ser constatado especialmente no preâmbulo dos objetivos do curso, a saber:

A melhoria dos serviços de saúde prestados no SUS à população coloca o desafio de fortalecimento da gestão de qualidade dos processos de trabalho. A garantia de direitos e a incursão para melhoria das ações e serviços de saúde se colocam como centrais para a qualidade das Ouvidorias do SUS. Neste sentido, a institucionalização da acreditação de Ouvidorias do SUS, cujo objeto é o trabalho, seus meios e motivações no SUS, se apresenta como um desafio estratégico e ao mesmo tempo, um dispositivo de fortalecimento do SUS. O curso parte de conhecimentos prévios esperados dos alunos, em termos de avaliação, inovação, EPS [Educação Permanente em Saúde], gestão pública, participação e controle social, princípios da administração pública e pesquisa social, que serão avaliados no processo de inscrição e seleção do candidato. Tais conhecimentos prévios serão explorados no processo de formação, como referência teórica, como base de reflexão para que o aluno compreenda e exerça a função de avaliador externo no âmbito do Sistema Nacional de Acreditação das Ouvidorias do SUS. A presente proposta de qualificação se insere no esforço de formar profissionais de nível superior no campo da avaliação externa, com vistas à acreditação institucional de Ouvidorias do SUS, dando, através da formação, bases para a sustentabilidade e funcionamento da entidade acreditadora, no sistema de acreditação de Ouvidorias do SUS. De natureza independente, esta entidade atua na construção coletiva de padrões de referência, apoio à gestão da qualidade do trabalho de Ouvidorias e, avaliação externa e decisão de acreditação de Ouvidorias. (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA, c2016)

Diante disso, pode-se avaliar que o projeto-piloto possibilita em boa medida afirmar que a acreditação do caminho de qualidade das Ouvidorias SUS é uma estratégia com potencial para impulsionar a efetivação das Ouvidorias SUS. De modo geral, observa-se que o processo de acreditação institucional contribuiu com a

reflexão do fazer dos serviços avaliados. A construção da autoavaliação, baseada no “Documento Referencial de Qualidade” e no “Manual de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS”, possui potência para sinalizar ações que a Ouvidoria do SUS, submetida no processo, ainda não tenha operacionalizado, mesmo antes do posicionamento dos avaliadores externos. Neste sentido, o processo origina, por meio da autoavaliação, reflexões que permitem à Ouvidoria do SUS olhar para questões que tem condições de operacionalizar imediatamente.

A visita de avaliação externa *in loco* também pode ser vista como um dispositivo que capaz de ativar a melhoria da qualidade. A presença desses agentes externos no campo e as técnicas de avaliação utilizadas podem auxiliar, em diferentes momentos, no aprofundamento das reflexões dos profissionais e gestores envolvidos, no processo de trabalho da Ouvidoria, bem como aumentar as possibilidades de melhoria no caminho de qualidade da dita Ouvidoria do SUS. Estas reflexões devem partir da aproximação dos atores participantes da pesquisa com as intervenções que o próprio processo de avaliação externa costuma gerar, beneficiando, sobretudo, melhorias que não exijam necessariamente aumento de recursos, e sim a potencialização daqueles já em uso (estruturais, financeiros, cognitivos e humanos). Assim, pode-se dizer que, antes mesmo de ter os resultados do processo de acreditação, a visita dos avaliadores externos *in loco* coopera para a melhor eficiência das Ouvidorias do SUS.

Um desafio que surge nesta construção do SNAIOS, e esse parece bastante nobre por referir-se à necessidade de avaliação da qualidade, diz respeito às consequências do processo de acreditação institucional de Ouvidorias do SUS para aquelas Ouvidorias acreditadas com recomendações ou não acreditadas. Nestes casos, caberia à Ouvidoria-Geral do SUS (MS) dar continuidade a ações estratégicas de coordenação que pudessem, ainda que indiretamente (já que a responsabilidade é solidária com os outros entes federados), dar retaguarda à melhoria das condições destas Ouvidorias.

Assim, entende-se que a construção do SNAIOS traz benefícios para o SNO. Conforme apontado por Matos, Pinto e Nunes (2019), existem evidências robustas de que a acreditação pode aprimorar os serviços e ações de saúde. Inclusive em instituições que passaram por processo de acreditação, foram acreditadas e depois perderam o certificado, existe registro de ganhos permanentes. Segundo Oliveira e Matsuda (2016), ao avaliarem instituições que haviam perdido o certificado, os

princípios e as ferramentas da qualidade foram mantidos, mesmo nos casos em que a unidade de saúde perdeu a certificação. Esta permanência significou um ganho para a instituição, e os profissionais atribuem a esta permanência o fato de o trabalho de acreditação ter sido pautado na educação permanente em saúde.

A intenção de construir este segundo capítulo da tese dirigido à política pública de saúde no Brasil, especificamente a partir do governo Vargas, foi, inicialmente, restituir elementos históricos do cenário político e econômico brasileiro que estabeleceram relação direta com o modo em que o SUS foi estruturado. Acrescenta-se que é a partir desse cenário que se sustenta a defesa de que as Ouvidorias do SUS são um dos elementos constitutivos da forma como se tem pensado a participação social na política pública de saúde brasileira. Concebida por atores com destaque na Reforma Sanitária da década de 1980, que repensaram a participação social através da ideia de “reforma da reforma”, no início do governo Lula, as Ouvidoria dos SUS demonstraram ser um recurso institucional demasiado avançado para serem caracterizadas como *Defensor del Pueblo*, no tocante à política de saúde. Nesse sentido, o capítulo demonstrou uma trajetória das Ouvidorias do SUS, sob direção e coordenação da Ouvidoria-Geral do SUS, na construção de um SNO que estabeleça relações com outras redes de colaboradores e cooperação para o fortalecimento de sua atuação.

Marcam a trajetória da Ouvidoria do SUS um conjunto de ações que implantam e qualificam o SNO. Então, o que se constata neste capítulo é que, desde a criação do DOGES, atualmente denominado Ouvidoria-Geral do SUS, este órgão, do lugar de representante do MS, vem organizando, planejando e operacionalizando ações que criaram, ampliaram e qualificaram a Rede Nacional de Ouvidorias do SUS.

Assim, no capítulo 3, serão tratados os elementos desta trajetória de implantação de Ouvidorias do SUS a partir de entrevistas realizadas com Ouvidores e/ou outros profissionais que desempenham ou desempenharam atividades neste órgão.

3 A OUVIDORIA DO SUS COMO POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL: FUNDAMENTOS, AVANÇOS, DIFICULDADES E DILEMAS

3.1 A escolha das categorias

A análise documental realizada referente à trajetória do Sistema Nacional de Ouvidorias (SNO) do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentou elementos suficientes para tecer algumas afirmações. Assim, compreende-se que a Ouvidoria do SUS é um instrumento de participação social, voltada à defesa da saúde como um direito fundamental, e possui elementos potentes que podem garantir a sua autonomia e independência de atuação. Dentre estes elementos, destaca-se a orientação de constituição da rede de colaboradores e/ou cooperação. Quanto à sua autonomia e independência, colocam-se em questão a própria construção da Rede Nacional de Ouvidoria do SUS, o que fornece, especialmente aos entes subnacionais, um suporte da esfera hierárquica superior em relação ao seu gestor máximo local; e ainda a possibilidade da vinculação da Ouvidoria ao Conselho de Saúde, com eleição do Ouvidor do SUS e mandato, o que amplia a independência e a autonomia.

Diante disto, criou-se uma expectativa a respeito do processo de construção no sentido da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os embates travados pelos indivíduos que participaram e/ou ainda participam desta construção. Logo, a partir de entrevistas realizadas com Ouvidores e/ou outros profissionais que desempenham ou desempenharam atividades em Ouvidorias do SUS, este capítulo buscou aprofundar-se nas seguintes categorias de estudo: Racionalidades em disputa: a Ouvidoria do SUS como participação social; Financiamento das Ouvidorias do SUS; Descentralização dos serviços de Ouvidoria do SUS; e “A ausência da publicação da normativa desejada: o caso da Política Nacional de Ouvidoria do SUS (PNO)”.

A categoria “Racionalidades em disputa: a Ouvidoria do SUS como participação social”, enquanto categoria estudada, permite a compreensão da racionalidade organizacional que a Ouvidoria do SUS opera e a que tensões ela está submetida por conta deste fundamento.

No que concerne à categoria “Financiamento das Ouvidorias do SUS”, a intenção foi demarcar como se deu o financiamento dessa estrutura da política de saúde e, mais especificamente, da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS). Parece dispensável a discussão da importância do financiamento como eixo central na sustentação de qualquer política. Ademais, considera-se que, quanto à política de saúde:

[...] a Constituição de 1988 estabeleceu que o SUS deveria ser um sistema descentralizado e hierarquizado, cabendo ao município a responsabilidade de prestar atendimento à população, e à União e aos estados a cooperação técnica e financeira necessária ao desempenho dessa função. A Lei 8.080/90 não apenas reforçou a atribuição municipal de planejamento e execução dos serviços de saúde, como ampliou a função da União de alocação de recursos e regulação do desempenho das ações municipais e estaduais (Costa *et al.*, 1999). Em conjunto, a regra constitucional e a da Lei Orgânica da Saúde estabeleceram a distribuição de funções entre os níveis de governo no SUS. No modelo brasileiro, é o governo federal que está encarregado das funções de financiamento, formulação da política nacional de saúde e coordenação das ações intergovernamentais, sendo que os governos estaduais também estão encarregados do desempenho dessa função nos estados. (ARRETCHE, 2003a, p. 336)

Desta forma, seria no mínimo contraditório instituir um órgão, que inclusive pode ser concebido como instrumento de gestão na política de saúde, dar-lhe visibilidade em cenário nacional de maneira coordenada, e não prever para ele um financiamento regular e que coadune com sua importância estratégica para o SUS.

Ressalta-se, também, a relação direta estabelecida entre a categoria “Financiamento das Ouvidorias do SUS” e a categoria seguinte a ser tratada, “Descentralização dos serviços de Ouvidoria do SUS”. Segundo Ugá *et al.* (2003, p. 418):

Com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do início dos anos 90, o modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro perdeu sua tendência “estadualista” desenhada pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), passando a “municipalização” a se constituir o eixo condutor do processo de descentralização do sistema (UGÁ, 1997). Assim, os municípios foram assumindo o papel de atores estratégicos do SUS, dada sua competência constitucional para *prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços e atendimento à saúde da população* (BRASIL, 2000a, art., 30, VII) (UGÁ *et al.*, 2003, p. 418)

Neste sentido, os autores estão em acordo com Menicucci (2007), quando se remetem ao financiamento como recurso imprescindível para que a reforma da política de saúde (SUS) seja efetivada.

Assim, na categoria “Descentralização dos serviços de Ouvidoria do SUS”, buscou-se entender quais foram as estratégias, mormente tomadas pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES), do lugar de governo federal, e das Ouvidorias das secretarias estaduais de saúde, para dar andamento ao processo de descentralização das Ouvidorias do SUS e, conseqüentemente, implantar o SNO do SUS. Segundo Arretche (2003a):

[...] no SUS o governo federal deve “regular” as decisões dos governos locais por que controla o financiamento e os mecanismos de coordenação intergovernamental, mas, como contrapeso, estados e municípios têm direitos institucionalizados de participação na formulação das regras das políticas que lhes afetam diretamente e, no limite, têm a prerrogativa de não aderir à política federal. (ARRETCHÉ, 2003a, p. 336)

Isto posto, é possível que os estados e municípios possam ainda formular de modo complementar as ações que potencializam a política em seus respectivos âmbitos de atuação. Assim, a descentralização levará em conta a relação descendente entre os entes federativos, conforme engenharia institucional do SUS demonstrada no Anexo I.

Por fim, a categoria “A escrita da Política Nacional de Ouvidoria do SUS (PNO)” permitiu a compreensão dos mecanismos de construção da PNO, do embate travado e sua inviabilização normativa. Esta categoria encerra a tese pela qual se entende que existe uma centralidade na própria criação da Ouvidoria do SUS. O Decreto nº 4.726 (BRASIL, 2003), que criou a Secretaria de Gestão Participativa, em 2003, descreveu que, dentre as competências desta secretaria, caberia coordenar a política e as estratégias da Ouvidoria-Geral do SUS.

No que diz respeito às Conferências Nacionais de Saúde (CNS), a 12ª (BRASIL, 2004b), ocorrida em 2003, expôs, em relação à participação social, que uma de suas metas era:

Definir e implementar uma política nacional de ouvidorias do SUS para as três esferas de governo, submetendo-a aos respectivos Conselhos de Saúde, capacitando recursos humanos e disponibilizando recursos financeiros para implementação nos estados e municípios. Essa política deve ampliar os canais de relação e participação com a população, modificar o caráter, a eficiência e o funcionamento das ouvidorias. Além de

estarem voltadas para a pronta resolução dos problemas denunciados, as ouvidorias também devem ser geradoras de informações para apoio e qualificação, avaliação e planejamento da gestão em saúde e que os serviços tenham ampla e permanente divulgação à população. Para tanto, devem:

I. dispor de mecanismos interligados de escuta do cidadão usuário nas três esferas de governo;

II. implementar nos meios de comunicação de massa uma ampla divulgação da política nacional de ouvidoria no SUS ampliando esse tipo de atendimento nas esferas estaduais e municipais;

III. ser realizadas eleições para um(a) ouvidor(a) geral para a esfera estadual e para a esfera municipal, cujo nome deve ser homologado pelos respectivos Conselhos de Saúde. (BRASIL, 2004b, p. 111)

No mesmo caminho, a 13ª CNS, em 2008, em seu eixo “A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde”, manteve a proposta de implantação da política, citando:

Que o Ministério da Saúde implante uma Política Nacional de Ouvidoria no SUS, envolvendo as três esferas de governo, para criação de ouvidorias que sejam autônomas e eleitas pelos conselhos de saúde, incluindo ouvidorias populares, implantando sistema de avaliação pelo usuário do atendimento em todos os serviços públicos de saúde e rede conveniada, com apresentação sistemática de relatórios periódicos aos conselhos, informando o número, as características e a resolutividade das denúncias recebidas, tratando também de assuntos referentes ao cumprimento do Pacto pela Saúde. (BRASIL, 2009a, p. 168)

E por fim, em 2019, a 16ª CNS, em seu eixo “Saúde como direito”, manteve a proposta de:

Implantar/implementar a Política Nacional de Ouvidoria do SUS no âmbito de participação e controle social vinculada aos órgãos colegiados, CNS, CES [Conselho Estadual de Saúde] e CMS [Conselho Municipal de Saúde], que sejam autônomos e eleitos pelo pleno, implantando um sistema de avaliação das políticas públicas de saúde nas três esferas de governo em sistema de rede. (BRASIL, 2019b, p. 32)

Na análise dos Planos Nacionais de Saúde, entre as metas estipuladas para o período de 2004-2007, estava o estabelecimento da PNO em Saúde. Então, entende-se que a demarcação desta “política” em diferentes espaços e documentos – somados à cultura organizacional do SUS que costuma criar documentos específicos –, denominados “Política”, descreve o modo de operação de seus serviços, o que constitui elementos suficientes para caracterizar o quanto era necessária a escrita e a publicação de uma PNO do SUS.

3.2 Racionalidades em disputa: a Ouvidoria do SUS como participação social

Dada a concepção de que a Ouvidoria do SUS foi gestada como um dos instrumentos capazes de contribuir com a “reforma da reforma”, dentre aqueles instrumentos entendidos como participação social, defende-se nesta tese, tal como Sposati e Lobo (1992), em relação aos conselhos de saúde:

Não se trata de “vigiar uma burocracia”, ainda que, imediatamente, a relação seja a do usuário com o hospital, com a unidade básica, com a fábrica, com uma diretoria. O que está em questão é criar uma nova cultura política/democrática que, ao democratizar as decisões, traga **a alteridade** [...] A presença popular não é “estilo populista de esquerda”, ou ideário de sanitaristas ou de assistentes sociais “que adoram uma reuniãozinha”. **É direito de tornar o Estado efetivamente coisa pública. É desprivatizar interesses. É introduzir “cenas de negociação explícitas”** [...] Um dos efeitos nocivos da democracia participativa vivida na Nova República foi a doença do partipacionismo, que terminou transformando o “povo” em coisa que se põe na reunião, na assembleia, etc. O “povo” virou munição para os dirigentes conseguirem verbas nas lutas de orçamento; o “povo” é a moeda para alguns ganharem força. O espaço do controle social, ainda que institucionalizado, não é meramente administrativo; é um **espaço político** que põe em cena interesses, **imaginários, representações**. Este **espaço** é uma situação de partida, e não de chegada. (SPOSATI; LOBO, 1992, p. 372-373)

Assim, é possível avaliar que a trajetória da Ouvidoria do SUS apresenta elementos suficientes que caracterizam a participação social como sua racionalidade organizacional. A criação da Ouvidoria do SUS como estrutura da Secretaria de Gestão Participativa que, por sua vez, foi concebida em um movimento de reestruturação do Ministério da Saúde (MS), em 2003, demonstra a presença desta racionalidade. A reestruturação citada é parte de uma estratégia de atores da comunidade epistêmica da Reforma Sanitária da década de 1980, que atuavam diretamente no governo federal no início do governo Lula, e tinham por objetivo colocar em prática a “reforma da reforma” (DOWBOR, 2019). Outro importante elemento de caracterização desta racionalidade é o tratamento dado à Ouvidoria do SUS pelas CNS; nestas, todas as vezes em que é mencionada, está denominada como estrutura da participação social e, na maior parte das vezes, estabelecendo a necessidade de vinculação das Ouvidorias do SUS aos Conselho de Saúde em cada esfera de governo. Ainda em análise do financiamento federal do SNO, pode-se constatar que foi realizado sempre pelo bloco da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS).

As entrevistas realizadas reforçam estes elementos e apontam que a Ouvidoria do SUS segue ancorada na racionalidade organizacional da participação social, mas também revelam alguns desafios para sustentar tal racionalidade, bem como as estratégias assumidas para a implantação e implementação do órgão.

Para os profissionais que trabalham com ouvidoria do SUS e a admitem como participação social, esta ideia foi forjada na construção do próprio sistema de saúde brasileiro e guarda relação estrita com o movimento de reforma sanitária, conferências e conselhos de saúde.

A gente entende a Ouvidoria do SUS muito mais na participação social, diferente da perspectiva e da lógica de controle. O surgimento da Ouvidoria do SUS se deu a partir do movimento das Conferências Nacionais de Saúde, ali! As conferências de saúde não podem ser esquecidas, as pessoas pediam canais de comunicação. (Entrevistado 5)

Na mesma perspectiva, outro entrevistado, que vivenciou a construção do próprio SUS na década de 1970 e 1980 por meio de efetiva participação compondo movimentos sociais e, posteriormente, tornou-se um profissional de Ouvidoria do SUS, destaca a relação existente entre conselhos de saúde e o surgimento das Ouvidorias do SUS.

Eu participo do movimento sanitário desde a sua fundação, desde antes da 8ª Conferência, então eu tenho uma trajetória na saúde pública. Na verdade, boa parte do sistema nosso de saúde foi construído a partir dos profissionais que trabalham no SUS e das conferências de saúde. Mas os usuários, a não ser nos conselhos de saúde, não tinham muita possibilidade de reclamar diretamente das coisas. Voltando lá atrás, eu vou fazer uma revisitação, quando a gente inventou essa história de conselho de saúde e de controle social. O que acontecia? Existia uma efervescência da população reclamando da falta de assistência à saúde, reclamando do modo como era atendido, da falta de equipamentos, da falta de procedimentos, da inadequação de procedimentos, da falta de medicamentos, enfim... A população queria falar sobre o SUS! Quando a população queria falar sobre o SUS, a ideia foi criar os conselhos de saúde, criou-se os conselhos de saúde, mas assim, nos primeiros tempos, já se viu que o conselho de saúde tinha que ter um outro objeto de trabalho, não é receber pessoas para reclamar do SUS. O conselho tinha que analisar plano estadual de saúde, ele tinha que fazer propostas de funcionamento, ele tinha que pensar sobre o sistema, sobre a organização do SUS, ele tinha que ter uma vigilância sobre o financiamento, porque não ia ter sistema sem ter o financiamento do SUS. Ou seja, os conselhos é que de fato, na história desses 30 anos do SUS, contribuíram muito para a redefinição, para além da Lei 8.142, dos instrumentos de gestão do SUS. Foram os conselhos que aprofundaram isso: como é que a gente vai fiscalizar os gestores? Precisa saber onde fica o dinheiro, precisa saber do planejamento, precisa saber do Plano Nacional de Saúde, precisa saber dos Planos Municipais e dos Planos Estaduais de Saúde. Nós queremos ver esses planos, como é que eles são implementados, a gente precisa saber

como é que vai ser os repasses de recursos para o município, que é onde funciona de fato a prestação de serviço. Ou seja, o conselho foi ficando cada vez mais vinculado aos instrumentos de gestão do SUS, ao acompanhamento, aperfeiçoamento e à fiscalização da ação da gestão, do que ter que ouvir o cidadão. A ideia inicial do conselho era para ouvir o cidadão, vamos dizer assim! Não era só, mas ele tinha esse papel! Só que aí o conselho é um conselho de militantes voluntários do SUS, ninguém ganha para fazer essas coisas, e muito menos para sentar em uma cadeira, ouvir as pessoas e criar procedimentos para isso. Foi nessa concepção que o próprio Ministério da Saúde criou uma Ouvidoria, a partir da gestão, a partir da gestão do SUS e não dentro do conselho. Os conselhos até pouco tempo não tinham nem ambiente pra conversar, nem cadeira para sentar. Na medida que os conselhos foram se estruturando, ele foi se estruturando para cuidar e se aperfeiçoar nos instrumentos de gestão que facilitassem a fiscalização da organização do sistema de saúde, que ia desde o planejamento até a distribuição dos recursos e o modo de gastar esses recursos. Aí as próprias conferências de saúde, as plenárias nacionais de conselheiros de saúde começaram, até pela participação maciça de usuários nessas plenárias e nas conferências, exigir que o Estado brasileiro, que o SUS, implementassem as Ouvidorias. Os usuários, propriamente ditos, precisavam falar, a UBS [Unidade Básica de Saúde] não está funcionando, a Policlínica não está funcionando, as UAs [Unidades de Acolhimento] ou UPAs [Unidades de Pronto Atendimento] não estão funcionando, o sistema de transplante, enfim, a epidemiologia, a vigilância sanitária. (Entrevistado 13)

O relato do entrevistado 13, para além da ligação das Ouvidorias do SUS com o processo histórico de construção da participação social, também demonstra a estreita relação entre a transformação do que foi pensado inicialmente para os conselhos de saúde, sua capacidade de operação e as estratégias para alcançar os objetivos iniciais. Neste sentido, a Ouvidoria do SUS nasceu dessa incapacidade de os conselhos, por si só, não darem conta de uma maior aproximação com os usuários. O entrevistado 13 aponta o recrudescimento cada vez maior das necessidades dos conselhos para operarem na gestão dos recursos financeiros e planejamento da política de saúde e, conseqüentemente, o esvaziamento das possibilidades de escuta direta dos cidadãos individualmente.

Assim, a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, tornou-se um marco para a construção da Ouvidoria como uma política dentro do MS. O intuito era retomar algumas ações valorizadas no movimento sanitário que, até então, estavam adormecidas. Um fato que contribuiu significativamente para a retomada de alguns princípios da reforma foi a presença de Sérgio Arouca na reestruturação do MS.

Fui assessor na Câmara Federal, da bancada do PT [Partido dos Trabalhadores] para a Seguridade Social, então nessa oportunidade eu

pude participar ativamente da reformulação de toda a legislação, da reformulação não, da normatização, que na verdade foi a criação de quase toda a legislação do SUS. Eu estava na Câmara neste momento, eu fiquei lá quase 10 anos! O Arouca, na verdade, ele nem chegou a assumir o ministério. Ele adoeceu na época. Eu trabalhei com ele, tive a oportunidade de trabalhar com ele um pouco na transição do governo. Eu participei da coordenação da transição da saúde do SUS. Eu tinha o papel de organizar a participação social no processo e relatar o processo. Ele participou de muitas plenárias nossas, da transição. Ele reafirmava tudo aquilo que a gente defendeu lá na 8ª Conferência, nos anos de implantação do SUS, que já haviam desde 1988 até 2002. Essas questões foram explicitadas muitas vezes, as insuficiências de saúde, da gestão de saúde. Milhares de soluções a gente criou nessas plenárias da transição, a gente propôs, sugeriu! Essas plenárias tinham a participação dos partidos da base aliada na época, PC do B [Partido Comunista do Brasil], PMDB [Partido do Movimento Democrático Brasileiro], PT, PCB [Partido Comunista Brasileiro], todo mundo participava. A gente chamava todo mundo que tinha compromissos reais com a transformação do SUS, com as modificações que precisavam ser feitas. O SUS estava caminhando a passos largos para uma privatização muito grande, para uma gestão neoliberal muito forte e a gente fez um projeto importante de retomada disso. Eu estava na Câmara e toda a legislação que foi feita, a começar da nova estrutura do ministério, passou por mim, eu era assessora da bancada e nesse papel eu tinha que conversar com o Ministério da Saúde permanentemente. Não necessariamente com o ministro, mas com os outros órgãos e com tudo mais. Mas, por ser, vamos dizer assim, um ministro que era do meu partido, eu tinha acesso, relativo acesso ao debate, não só necessário em relação à aprovação das leis, que precisavam ser aprovadas para o aperfeiçoamento do SUS no Congresso, mas como assessor da Seguridade, não era só do SUS. [...] Eu participei enormemente nos debates, por exemplo, quando foi discutir a SGEP [Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa] e a Secretaria de Gestão do Trabalho eu participei ativamente. Em minha opinião, das principais, foram importantíssimas a reestruturação da gestão do trabalho e da gestão participativa, incluindo aí o funcionamento dos Conselhos, Auditoria, Ouvidoria, esses instrumentos que a sociedade precisa, para fazer a política funcionar. Essa organização foi muito importante! Foi muito! (Entrevistado 13)

A criação do DOGES na SGEP foi inovadora e apresentou-se como uma ação da política pública de saúde que estava à frente de seu tempo. A proposta de participação social não era nova, sobretudo na saúde, tampouco a criação de Ouvidoria no Brasil. Entretanto, até aquele momento nenhuma política pública setorial tinha estabelecido uma estrutura desse porte. Era mais uma estratégia de instituir a participação social no SUS considerando sua operacionalização pelos três entes federativos:

A Ouvidoria do SUS foi uma das primeiras Ouvidorias a serem implantadas na administração pública do país! E, a partir da sua implantação, foram surgindo interesses, os mais diversos interesses sobre o órgão. A Ouvidoria do SUS, ela foi implantada em vários municípios do país a partir do DOGES. Pra mim o SUS continua sendo o modelo de gestão mais adequado inventado até agora, pra gestão pública! Especialmente na área

de saúde! Tanto é assim que várias políticas públicas já copiaram o SUS, pra sua gestão. A própria assistência social, a própria polícia quando planejou lá em 2005 criar o SUSP, que é o Sistema Único de Segurança Pública do país, e outros, vários outros. A educação, por exemplo, que adequou do SUS para sua realidade, os colegiados de gestores. Hoje igual o SUS tem Cosems [Conselho de Secretarias Municipais de Saúde] e Conasems [Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde], a educação e a assistência social têm os colegiados de secretários idênticos aos nossos. Na verdade, todos os órgãos de Estado estruturantes, eles copiaram esse modelo do SUS. Se as políticas no país são realizadas pelos três entes federados, como é que esse povo conversa? Esse povo conversa nas comissões bipartite e tripartite e isso são modelos do SUS. (Entrevistado 13)

Essa construção da Ouvidoria do SUS obedecendo a uma racionalidade de participação social, e seu estabelecimento antes mesmo da existência de uma PNO, de modo geral lhe coloca outros desafios a serem superados. Nesse sentido, a relação estabelecida entre a Ouvidoria-Geral da União (OGU) e a Ouvidoria-Geral do SUS merece atenção, seja por conta da relação hierarquizada formalmente criada, a partir de 2014, pela OGU em direção às demais Ouvidorias Ministeriais no âmbito federal, seja por conta da relação em cascata que essa decisão da OGU gerou nos estados e municípios em termos da criação de Ouvidorias submetidas às Corregedorias, e pelos trabalhos de descentralização que o DOGES já vinha fazendo desde o fim dos anos 2000.

Ao analisar a trajetória de implantação da OGU, é possível afirmar que a sua racionalidade organizacional está fundamentada no controle, aqui referido no sentido já explicitado no capítulo 1 desta tese, em que, segundo Dagnino (2004a), a participação está reduzida à gestão, e conforme Pereira (2002), tem sua inspiração na gestão de empresas privadas. Os elementos que sustentam essa ideia reduzida de controle, e caracterizam a racionalidade operante na OGU, são: sua criação e trajetória em órgãos voltados a controle específico ou, ainda, mais legalista (Ministério da Justiça, Corregedoria-Geral da União, Controladoria-Geral da União [CGU], Ministério de Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União), seu fortalecimento a partir do discurso de combate à corrupção e lócus privilegiado para recebimento de denúncias, e sua estreita relação com o *site* “Reclame Aqui”.

Neste contexto, a OGU, como estrutura do Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União, é um exemplo claro de Ouvidoria que se estruturou a partir do conceito de controle. Por outro lado, a Ouvidoria do SUS, estruturada com base no contexto de “reforma da reforma”, pensada conjuntamente

com outras estruturas dentro de uma secretaria cuja lógica sempre foi a inclusão de populações específicas e vulneráveis, em busca de equidade, está fortemente estruturada na participação social (BEZERRA *et al.*, 2012; SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

Pode-se observar, nos escritos de Romão (2016), que o “Plano de atuação da OGU entre 2011 e 2014” apresentava estratégias para reestruturar a OGU e construir o Sistema Nacional de Ouvidorias Públicas:

Tal reestruturação foi planejada e executada em três eixos: primeiro, foram reorganizadas as atribuições (incluindo as novas competências decorrentes da Lei de Acesso à Informação) e selecionados recursos humanos especializados; depois, as atividades de ouvidoria foram conectadas com as demais funções da Controladoria-Geral da União (CGU), articulando o trabalho da OGU, especialmente, com as ações realizadas no âmbito das controladorias regionais nos estados da Federação; e, terceiro, sistematizou-se minimamente, com a edição da Instrução Normativa (IN) nº 01/2014, a atuação das quase trezentas ouvidorias públicas federais como instâncias de “controle e participação social”. (ROMÃO, 2016, p. 187)

Todavia, foi a partir de 2015 que se viu na OGU um movimento mais normativo que buscava aglutinar em seu entorno a discussão de Ouvidoria no país. A estratégia era um mecanismo de construção de um conjunto de normativas para se constituir o órgão federal indutor de ações de Ouvidorias no Brasil, pautadas na compreensão de que Ouvidoria é um instrumento essencialmente de controle das ações do Estado, ainda que nas normas fosse possível verificar um conceito de Ouvidoria como controle e participação social. Era dado até aquele momento que, apesar da existência da OGU desde 1995, nunca tinham conseguido formalmente criar uma estrutura que ligasse todas as Ouvidorias já existentes no âmbito do governo federal, tampouco uma medida de coordenação com os demais entes federativos.

O ambiente para a formulação da regulamentação em busca da centralização das ações na OGU, e sua capacidade de descentralização do serviço de Ouvidoria para estados e municípios, estavam em curso, tal como demonstrado nas estratégias do “Plano de atuação da OGU entre 2011 e 2014”. Conforme diferentes relatos, a OGU se fortalecia com o passar dos anos:

A OGU, ela tomou um espaço muito grande no Brasil! Ela assumiu um espaço muito forte! E um espaço às vezes que acaba engolindo outras Ouvidorias. Ao DOGES me pareceu faltar um pouco de espaço de

discussão das outras Ouvidorias de pautas sociais e em relação à Ouvidoria-Geral da União também. (Entrevistado 5)

Somado ao crescimento que a OGU apresentava, aparece também nos relatos da pesquisa que a compreensão do DOGES, em relação ao caminho que a Ouvidoria do SUS já havia trilhado, limitava a participação dos profissionais das Ouvidorias do SUS nos espaços promovidos pelo próprio DOGES, ou seja, havia uma orientação para que os profissionais de Ouvidorias do SUS não frequentassem eventos e ações organizados pela OGU.

A gente não participava das discussões com a OGU. Isso foi uma coisa que também prejudicava um pouco o nosso trabalho. Um dos entraves meu com o DOGES era essa questão. Eu participava muito de eventos da Associação Brasileira de Ouvidoria [ABO] e da OGU. O DOGES tinha uma ideia, e não é errada, de que as Ouvidorias do SUS estavam a anos luz das outras Ouvidorias. Pela prática! Nós não tínhamos nenhum instrumento, nada definindo em lei, mas a prática era muito efetiva, em função até de movimentos, do movimento da reforma sanitária, então a saúde ela sempre foi mais avançada que as outras áreas. Isso sem dúvida nenhuma! Daí o que começou a acontecer? O DOGES não gostava que a gente participasse dos cursos e eventos da ABO e nem na CGU. Era como se eles fossem oposição! E isso é errado! Mesmo que a gente fosse muito avançado, eles tinham mais poder, então você tinha era que mais aproveitar isso, pra você conseguir também o seu objetivo. Nosso objetivo era a Política Nacional [de Ouvidoria do SUS]! Daí o que começou a acontecer? A Ouvidoria-Geral da União começou a crescer, definiram uma política pra eles, eles definiram uma política para as Ouvidorias-Gerais, das Corregedorias, mudaram todo o organograma, nos estados veio as Corregedorias, e inclusive definiram o sistema informatizado, que é o e-Ouv [Sistema de Ouvidorias do Poder Executivo Federal], e disponibilizaram [o e-Ouv] para todos os estados e municípios. Esse trabalho no começo atrapalhou um pouco a gente, porque nós deixamos de ser Ouvidorias-Gerais do SUS, pra ser Ouvidoria Setorial da Corregedoria. (Entrevistado 12)

O entrevistado 12 expôs um movimento inicial do DOGES que estimulava o afastamento entre as Ouvidorias, e esse posicionamento, a princípio, demonstra que a racionalidade sob a qual as Ouvidorias do SUS operavam era diferente; era oposta, em certa medida, ao que a OGU praticava. Indica ainda certa onipotência do DOGES, dada a experiência prática que já possuíam após anos operando na participação social. Todavia, um primeiro problema desse movimento estava na dificuldade do DOGES de calcular o que esse afastamento poderia significar para o desdobramento do percurso das Ouvidorias do SUS. A ação do DOGES estava considerando o fator interno: eles já haviam realizado um percurso importante e, quanto à política de saúde, já estavam na construção de uma rede de Ouvidorias que envolvia as três esferas de governo; entretanto, não sabiam como desdobrariam

as relações com os demais setores de governo. Nesse sentido, o posicionamento do entrevistado 12 parece ser muito mais estratégico, quando já visualizava a OGU como um órgão de maior poder e sua possibilidade de conseguir apoio para a construção da PNO.

Em dezembro de 2015, foi realizado em Brasília o Encontro da OGU com as Ouvidorias dos Estados e Distrito Federal, já no ano seguinte criaram o evento Semana de Ouvidoria e Acesso à Informação, quando realizaram a I Reunião Ordinária da Rede de Ouvidorias. Na pauta do Encontro dos Ouvidores, em 2015, estavam o “Projeto de Lei de Defesa do Usuário de Serviços Públicos (PL 6.953-B, de 2002, do Senado Federal)” (BRASIL, 2002b) e a “Apresentação das ferramentas tecnológicas: Sala de Ouvidorias e e-Ouv”. Em relação ao projeto de lei, foi esclarecido que a “CGU participou da apreciação de substitutivo do PL proposto na Câmara dos Deputados e que o projeto contém vários dispositivos sobre o trabalho das ouvidorias e trará vários desafios para esse instituto de participação social” (BRASIL, 2015d, p. 4). Foram apresentadas ainda pelo funcionário da CGU definições, diretrizes, prazos e procedimentos que impactariam as ouvidorias. No momento da apresentação do e-Ouv, conforme descrito em ata:

Foi levantada pelo Ouvidor-Geral do Estado do Maranhão, Marcos Antônio Canário Caminha, a reflexão sobre a relação do e-Ouv com outros sistemas de ouvidorias (**como o OuvidorSUS**) e a utilidade da reclassificação das manifestações para o atendimento da demanda do cidadão. O Ouvidor-Geral da União Adjunto esclareceu que, quanto à reclassificação da manifestação, não há qualquer prejuízo para o cidadão e que o importante é dar o devido tratamento à demanda, por sua vez, **quanto à integração com o sistema OuvidorSUS, a visão é integração de dados, com o repasse de informações para o e-Ouv e o monitoramento pela sala de ouvidorias**. A Ouvidora-Geral do Estado do Piauí, Soraya Castello Branco, **ressaltou a importância da ferramenta de atalhos para o sistema OuvidorSUS**. (Grifo nosso)

A Ouvidoria-Geral do SUS, assim como as demais ouvidorias do Poder Executivo federal, não estava presente no encontro. Além de os assuntos abordados lhe serem relevantes, esta Ouvidoria já acumulava experiência de operação, desde 2007, com o Sistema informatizado OuvidorSUS, e estava envolvida em longa discussão do conceito de Ouvidoria enquanto participação social, dadas as características de construção do SUS, a partir da Reforma Sanitária.

No I Encontro da Rede de Ouvidorias promovido pela OGU, em 16 de março de 2016, também não foi observada a participação da Ouvidoria-Geral do SUS. No

entanto, ficou registrada em ata, durante a discussão a respeito da minuta do regimento interno, quando Hermenegildo Melo Coelho (Diretor de Gestão Estratégica da Controladoria-Geral do Estado de Sergipe) questionou “como se daria a relação com a Rede do SUS”, e a resposta do Ouvidor-Geral da União (Gilberto Waller Junior) foi “que a atuação da Rede de Ouvidorias é importante para articular com as redes já existentes” (BRASIL, 2016d, p. 3). Destacaram ainda Ítalo José Brígido Coelho (Coordenador de Fomento de Controle Social do Estado do Ceará), Yulo Oiticica (Ouvidor-Geral do Estado da Bahia), e Christian Pizzatto de Moura (Superintendente da Ouvidoria-Geral do Estado do Mato Grosso) que também “enfrentam dificuldades de integração com o sistema do SUS”, nos seus respectivos estados. “Marcelo Alto, Ouvidor-Geral do Estado do Espírito Santo, questionou se a CGU tem a intenção de unificar sistemas. Gilberto Waller respondeu que a necessidade é de integração, existindo diferentes formas de viabilizar tecnicamente” (BRASIL, 2016d, p. 3).

Em 18 de maio de 2016, foi realizada a I Reunião Extraordinária da Rede de Ouvidorias e, ao registrarem na ata a experiência da Ouvidoria-Geral do Estado do Maranhão com a adesão do e-Ouv, mais uma vez destacaram questões relativas à dificuldade de integração com o OuvidorSUS, no momento em que o “Coordenador de Fomento de Controle Social da Controladoria-Geral do Estado do Ceará, Ítalo José Brígido Coelho, comentou a respeito de uma nova versão do OuvidorSUS”. Em seguida, o “Ouvidor-Geral da União colocou que a Ouvidoria-Geral da União já estava em contato com o Ministério da Saúde com vista à integração entre os sistemas”. Posteriormente, a Tânia Maria de Oliveira Brito (Ouvidora-Geral do Estado da Paraíba), “questiona sobre o prazo para integração do e-Ouv com OuvidorSUS”, tendo mais uma vez como resposta do Gilberto Waller “que as equipes técnicas já estão trabalhando e há expectativa de que a próxima versão do OuvidorSUS já contemple a integração” (BRASIL, 2016e, p. 4-5).

A II Reunião Extraordinária da Rede de Ouvidorias, realizada em 8 de agosto de 2016 (BRASIL, 2016f), ampliou a participação dos atores e, dentre eles, foi registrada a presença da Conceição Aparecida Pereira Rezende (Ouvidora da Saúde do Estado de Minas Gerais), Regina Celi (Ouvidora da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba), Gorete Resende (Ouvidora do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena). Nesta reunião, mais uma vez esteve presente a discussão da integração dos sistemas e-Ouv e OuvidorSUS.

Analisando-se as atas das reuniões, encontros e assembleias acima descritas, fica explícito que a Rede Nacional de Ouvidorias do SUS gerou, nos participantes da Rede de Ouvidorias coordenada pela OGU, alguns questionamentos, dada sua existência e amplitude de serviço prestado, que precede o avanço da implantação das Ouvidorias-Gerais dos estados e da OGU, embora o ocorrido não tenha sido suficiente para garantir a participação da Ouvidoria-Geral do SUS na construção do debate em questão. Essa ausência da Ouvidoria-Geral do SUS nas reuniões, encontros, assembleias e, conseqüentemente, nos debates oficiais que constituíram a Rede Nacional de Ouvidorias e a Lei Federal nº 13.460/2017 (BRASIL, 2017a), de acordo com o relato que segue, foi intencional:

[...] existe uma questão de ego/poder [...] nós fomos à OGU, nós solicitamos participar das discussões e da construção da rede de Ouvidorias, mas foi negado pelo Gilberto. A existência da Ouvidoria do SUS significava um risco para a ideia de Ouvidoria proposta pela OGU. (Entrevistado 5)

Esse posicionamento do entrevistado 5 mostra claramente que não se trata apenas da existência de duas racionalidades diferentes, contudo, do interesse da OGU na manutenção da racionalidade de controle para as demais Ouvidorias brasileiras.

Em alguns momentos, por outras questões, os eventos organizados pela OGU contavam com a presença de profissional de ouvidoria do SUS, mas, segundo fala de um dos entrevistados, a disputa das diferentes racionalidades tencionava o silenciamento da experiência da ouvidoria do SUS:

Então, como profissional de Ouvidoria do SUS estadual, eu participei muito das reuniões nacionais da Ouvidoria, e a gente tinha o Ouvidor da Ouvidoria-Geral da União, que era o Gilberto Waller. O sonho de consumo dele era fechar a Ouvidoria do SUS! Ele não admitia eu nem citar, mas eu citava, defendia! Nas reuniões da OGE [Ouvidoria-Geral do Estado], muitas vezes eu fui responder. A Ouvidoria-Geral do Estado ficou muitas vezes sem Ouvidor, eu era indicado para participar das reuniões da OGU, porque tem uma Rede Nacional, e eu ia pela OGE participar dessas reuniões, então eu defendia, como eu penso o outro papel que a Ouvidoria do SUS tem profundamente diferente das demais. (Entrevistado 13)

O entrevistado 13 segue expondo sua preocupação em relação aos problemas que este posicionamento da OGU pode gerar no SNO. Para ele, não é questão somente de criar formas de os sistemas informatizados convergirem para

um mesmo banco, mas de como a forma burocrática de lidar com as manifestações pode inviabilizar o caminho que a Ouvidoria do SUS construiu até o momento.

Eu conversava isso no DOGES, sobre o atraso que seria isso! Enquanto eu atuava, o DOGES fez uma coisa para tentar evitar essa submissão à CGU, que era criar um link da Ouvidoria da União com o DOGES, pra OGU repassar automaticamente as manifestações de saúde que chegavam na OGU. Porque chega! Chega! Acaba chegando, chega de tudo em todo lugar! O fato é que a gente tem que saber como é que encaminha, como é que faz essas coisas. Mas quando o Gilberto Waller foi para a CGU, onde a OGU é vinculada, eu fiquei... Ele é muito capaz, eu não estou questionando a capacidade dele, eu estou questionando é qual a mão que ele vai andar, para que lado ele vai seguir. E aí eu tenho certeza que ele ia seguir esse lado de criar, de fazer da OGU as OGEs dos estados. Entendeu? Embora, se ele quiser só uma filiação com um organograma e deixar em paz o povo trabalhando... porque é um serviço monstruoso! Você não queira saber! Agora se ele resolver querer jogar tudo no mesmo sistema, no Reclame Aqui ou no não sei o quê, que eles inventam... eu temo! Temo, não que Ouvidoria vá acabar, porque o povo é capaz de fazer do limão uma limonada! Temo porque na minha opinião perde a finalidade! Perde o objeto central, que é de fato contribuir pro SUS funcionar do jeitinho que o cidadão quer, e não do jeito que um gestor de banco de dados quer fazer com os dados das manifestações. A Ouvidoria que eu defendo, e que nós fizemos aqui no estado, ela é transformadora do SUS! Pró-usuário do SUS! Pró-gestão do SUS! Não vejo outro objetivo mais dignificante da Ouvidoria do que esse! (Entrevistado 13)

Em 2018, formalizou-se, por meio do Decreto nº 9.492 (BRASIL, 2018c), o Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo Federal; e do Decreto nº 9.723/2019 (BRASIL, 2019c), a Rede Nacional de Ouvidorias, cujo embrião foi o encontro ocorrido em Brasília, em 2015.

O Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo Federal criou uma coordenação com certo grau de subordinação entre as Ouvidorias ministeriais ou órgãos equivalentes (chamadas de Ouvidorias setoriais) e a OGU. Logo, as Ouvidorias setoriais se mantiveram subordinadas administrativamente ao respectivo órgão que representa, todavia, subordinadas tecnicamente à OGU (órgão central).

No que se refere à Rede Nacional de Ouvidorias, possui a finalidade de integrar as ações de simplificação desenvolvidas pelas unidades de Ouvidoria dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Possui adesão voluntária, porém garante à OGU a coordenação.

A racionalidade de controle, com o início do governo Bolsonaro, em 2019, ganhou espaço, dentro do discurso de combate à corrupção. Cruz Olmeda (2019), Santos e Tanscheit (2019) e Almeida (2019) afirmam que a corrupção foi uma bandeira que movimentou as eleições de 2018. Para Almeida (2019):

[...] o que parece um contínuo da vida política brasileira são esses momentos de expiação ética acentuados no *tempo da política*, como resposta ao consenso de que a corrupção é o maior dos males da política ou, mais grave ainda, constitutiva da atividade política. Nessa perspectiva, a possibilidade de superação da corrupção encontra-se fora do sistema político. E, para parte da opinião pública, a corrupção é combatida mais com a ação das “pessoas de bem” do que por meio de controle social e mecanismos institucionais. “Pessoas de bem” foi um mote bastante empregado por Bolsonaro para identificar brasileiros honestos e trabalhadores que são vítimas da violência do crime e da corrupção no Estado. Apresentando-se como uma pessoa de bem, Bolsonaro buscou justificar sua retórica reacionária. (ALMEIDA, 2019, p. 201)

Tal como observado por Almeida (2019), o governo Bolsonaro reforça a ideia de que a corrupção é generalizada no poder público brasileiro e que as instituições precisam ser controladas a qualquer custo. Este cenário criou uma atmosfera que privilegia a denúncia, e a coloca no centro das ações de enfrentamento à corrupção. Assim, existe um estímulo para que o cidadão se torne um agente ativo nesse processo, e as Ouvidorias se tornem um canal bastante voltado a este fim. Diante do exposto, o meio tornou-se bastante propício para que a OGU conseguisse, cada vez mais rapidamente, institucionalizar-se e dar materialidade ao Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo Federal e à Rede Nacional de Ouvidorias. É o momento em que a OGU se fortalece na perspectiva de constituir-se órgão de relevância central, dentro do que Speck (2002) denominou em seu livro *Caminhos da transparência: análise dos componentes de um Sistema Nacional de Integridade*.

O meio apresenta-se fértil politicamente para a construção da Ouvidoria como nova estrutura de poder e, em alguma medida, a OGU captura as Ouvidorias dos demais ministérios, criando hierarquização. Justifica-se esse posicionamento uma vez que o processo foi oficializado inicialmente com a Instrução Normativa OGU/CGU nº 01/2014 (ROMÃO, 2016), revista e atualizada por meio da Instrução Normativa OGU/CGU nº 05/2018 (BRASIL, 2018d), e, posteriormente, pelo Decreto nº 9.492 (BRASIL, 2018c), que cria o Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo Federal. Todavia, em nenhum destes documentos é citada como diretriz do Sistema a “atuação coordenada, integrada e horizontal entre as unidades de ouvidoria”, tal como justificada por Romão (2016, p. 196), como proposta para reverter as críticas do documento que vinha sendo construído, no que se referia à estruturação da organização do sistema. Destaca-se que o decreto que institui o sistema sequer descreve as diretrizes.

Outro exemplo que sinaliza a escalada da proposta de controle adotada pela CGU para as Ouvidorias é a Portaria nº 1.181/2020 (BRASIL, 2020), que dispõe sobre critérios e procedimentos para a nomeação, designação, exoneração, dispensa, permanência e recondução ao cargo ou função comissionada de titular da unidade setorial de ouvidoria no âmbito do Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo federal. Nesta normativa, as nomeações, designações e reconduções passam a ser obrigatoriamente submetidas e avaliadas através da apresentação da respectiva proposta à OGU, podendo o ato ser nulo, caso não observe essa exigência. Esta obrigatoriedade reforça a hierarquização entre a OGU/CGU e os demais ministérios/órgãos federais, já criada inicialmente com a construção do Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo, por meio do Decreto nº 9.492/2018 (BRASIL, 2018c).

Quanto aos critérios criados pela Portaria nº 1.181/2020 (BRASIL, 2020), foram estabelecidas quatro possibilidades, estas relativas à experiência, formação PROFOCO, ou ainda ser integrante da carreira de Finanças e Controle. Segundo a legislação, o candidato ao referente cargo ou função gratificada fica obrigado a cumprir pelo menos um dos critérios estabelecidos. Desta maneira, a compreensão vigente reafirma o entendimento de que a Ouvidoria é um órgão específico que opera na racionalidade de controle. Segundo Waller Junior (2020), este posicionamento na CGU já existia no Sistema de Correição, no Sistema de Auditoria e agora no Sistema de Ouvidoria, o que se justifica pelo seguinte fato:

é o único órgão do Poder Executivo Federal, que é um concurso público de provas e títulos, um concurso público altamente rigoroso, com matérias específicas para a área de Ouvidoria. É alguém que passou no concurso público para desempenhar atividades de Ouvidoria! Se ele passou em um concurso público para essa área, injusto seria falar que essa pessoa não possui condições pra ocupar aquele cargo. Além dessa situação do concurso público de provas e títulos, o curso de formação dessa pessoa tem uma jornada toda voltada à Ouvidoria, que ela é mais completa até do que a questão do treinamento que a gente está trazendo ou que o Ministro da CGU colocou na portaria como condicionante para ocupar o cargo. [...] Na verdade, o que se teve, o que se colocou foi abrir a questão pra que a escolha seja técnica, a escolha seja voltada a uma demonstração de capacidade técnica, e não mais uma demonstração de que Ouvidoria é o lugar pra colocar alguém encostado, pra fazer favor pra A, fazer favor pra B, ou colocar amigos. (informação verbal)⁴²

Essa estruturação de Ouvidoria, como órgão de integridade, voltada a controle na esfera federal, possibilitou que os estados e municípios reproduzissem o

⁴² Informação proferida pelo autor Gilberto Waller Junior na palestra “Entendendo a Portaria 1.181/2020”, durante o XX Fórum Nacional de Ouvidores Universitários e de Hospitais de Ensino.

movimento. Um exemplo desta reprodução, que merece ser avaliada com mais detalhe, é a construção da Ouvidoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro. Compreende-se, desta forma, que o maior desafio posto não é a hierarquização criada, e sim a manutenção da racionalidade de participação social, que não está restrita ao controle, nas ouvidorias que já possuem sua trajetória neste sentido, a exemplo da Ouvidoria do SUS.

Quando se criou as OGEs, foi um problema, porque os gestores das OGEs não tinham, com raras exceções, a menor ideia do que é SUS. (Entrevistado 13)

A fala do entrevistado 13 faz menção indireta ao confronto das duas racionalidades (controle e participação social). O desconhecimento das especificidades do SUS pelos gestores das Ouvidorias-Gerais do Estado, somado à racionalidade de controle operada pela sua respectiva Ouvidoria-Geral, geraram uma dificuldade de compreensão da racionalidade de participação que operava nas Ouvidorias do SUS, criando certo conflito. Entretanto, as racionalidades em disputas que sustentam a Ouvidoria-Geral do SUS não eram uma novidade entre os atores que compunham a Rede de Ouvidorias do SUS. Os profissionais acompanhavam os movimentos realizados pela OGU, assim como avaliavam o próprio andamento da Ouvidoria do SUS. Essa compreensão é visível na colocação do entrevistado 5 e do entrevistado 1, se consideradas de maneira complementar:

O Leonardo [Diretor-Geral do DOGES entre 2017 e 2019] era politicamente despreparado para enfrentar a OGU. (Entrevistado 5)

Existe em curso uma mudança da estruturação do DOGES, que passa a ser uma coordenação, dentro de uma Secretaria de Controle Interno, ligada ao Ministro de Saúde. Ocorre uma aproximação da CGU/OGU. (Entrevistado 1)

As falas são relativas a um momento de transição. Estruturalmente, o MS e a Ouvidoria do SUS sofreram mudanças oficiais logo no início do governo Bolsonaro; dentre elas, tem-se a extinção da SGEP e a criação da Diretoria de Integridade (DINTEG).

É a desconstrução da participação no Sistema Único de Saúde, porque excluir a SGEP é excluir essa parte de participação de maneira veemente. Na minha opinião, você deixa de ter a Ouvidoria como instrumento de participação, você deixa de ter as políticas e programas de equidade que eram centralizados todos na gestão participativa; eles foram distribuídos em

outras áreas. Assim, aquele fomento que começou com Sérgio Arouca de ter uma gestão participativa no SUS, ela nesse governo foi desmantelada. (Entrevistado 17)

O Decreto nº 9.795/2019 (BRASIL, 2019d), que trata dessas mudanças, traz respectivamente, em seus incisos I, VIII e IX, do artigo 15, que compete à DINTEG: supervisionar as atividades de controle interno, ouvidoria, correição e ética no âmbito do Ministério da Saúde; fomentar as ações de capacitação nas áreas de controle interno, gestão de riscos, transparência, ética, integridade, ouvidoria e correição; e promover a avaliação dos serviços públicos prestados pelo SUS no que concerne às ações pertinentes à ouvidoria. Ainda em relação às mudanças, foi veiculado oficialmente na página do MS⁴³ tratar-se de decisão orientada pela CGU, pautada na perspectiva de transparência e combate à corrupção. Todavia, o decreto citado não descreve o que compete à Ouvidoria-Geral do SUS. Se comparado este decreto que cria a DINTEG com os dois anteriores, que criaram a Secretaria de Gestão Participativa (BRASIL, 2003) e, posteriormente, o que a transformou em Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (BRASIL, 2006b), fica evidente a mudança de racionalidade. A adequação que a secretaria sofreu em 2006 teve por objetivo unir um conjunto de estruturas que pudessem torná-la de fato mais eficiente no apoio à gestão estratégica e participativa. Assim:

[...] a Secretaria de Gestão Participativa, criada em 2003, foi reestruturada pelo Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, quando passou a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Naquela oportunidade, incorporou-se à SGEP o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS), foi instituído o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, transformou-se o Departamento de Acompanhamento da Reforma Sanitária em Departamento de Apoio à Gestão Participativa e, por fim, ampliou-se o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. (BRASIL, 2009b, p. 6)

Como se pode observar no Quadro 5, a racionalidade de participação social se manteve presente na normativa. Porém, o mesmo não pode ser concluído com a criação da DINTEG. Esta diretoria foi caracterizada como “órgãos de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado da Saúde”, conforme inciso I, do artigo 2º, do Decreto nº 9.795/2019 (BRASIL, 2019d). Herdou da SGEP apenas a Ouvidoria-Geral do SUS, e a ela foram incorporados o Controle Interno e a Corregedoria-Geral.

⁴³ Para ler a matéria na íntegra: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/novo-organograma-traz-mais-resolutividade-ao-sus>

A proposta de criação da diretoria foi divulgada no *site* do MS antes mesmo que o decreto com a reestruturação ministerial fosse publicado. Havia um cenário político de demarcação das mudanças de governo, com foco no combate à corrupção, que extrapolavam a saúde, e daí eram valorizadas as mudanças com esse cunho evocando a CGU. Segundo matéria⁴⁴ divulgada em 11 de abril de 2019, as ações tinham por objetivo o fortalecimento da transparência, e a criação da DINTEG era:

[...] parte de ato firmado com a Controladoria-Geral da União para fortalecimento da cultura de integridade nos órgãos e entidades do Governo Federal e ainda como ação de combate à corrupção e garantia dos princípios constitucionais da administração pública.

A intenção não era deixar dúvidas. A DINTEG, que corresponde a uma orientação direta da CGU, chegou a ser chamada, em matéria veiculada no *site* do MS, de Diretoria de Combate à Corrupção. Seguindo a expectativa, o Diário Oficial da União publicou, no dia 17 de junho de 2019, a Portaria MS nº 1.385 (BRASIL, 2019e), que nomeou toda a equipe, com a especificidade de todos serem profissionais de carreira da CGU.

Quadro 5 – Localização institucional da Ouvidoria-Geral do SUS, conforme reestruturação do Ministério da Saúde

2003 Secretaria de Gestão Participativa	2006 Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa	2019 Diretoria de Integridade
Departamento de Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária	Departamento de Apoio à Gestão Participativa	-----
Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS	Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS	Ouvidoria-Geral do SUS
-----	Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (criação)	-----
-----	Departamento Nacional de Auditoria do SUS (incorporação)	-----
-----	-----	Controle interno
-----	-----	Corregedoria-Geral

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

A mudança está cercada de desconfiança e aposta, conforme exposto pelo entrevistado 5:

⁴⁴ Para ler a matéria na íntegra: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45351-fortalecimento-da-atencao-primaria-marca-os-100-dias-de-saude-2>

[...] com a entrada do Sérgio [Akutagawa, nomeado Coordenador-Geral de Ouvidoria do SUS, em maio de 2019], a equipe ficou com medo da lógica de controle, mas ele tem demonstrado uma escuta muito grande. A chegada dele pode ajudar por ele ser da CGU. (Entrevistado 5)

É possível notar ainda que, no grupo profissional, existem aqueles que são favoráveis à mudança de racionalidade e justificam seu posicionamento a partir das dificuldades encontradas para operacionalizar a participação social de forma a ter resultados efetivos:

[...] avalio que a passagem da Ouvidoria do SUS para o controle interno pode beneficiar sua implantação. A Ouvidoria, como participação social, apenas se pôs em disputa e não foi capaz de dar conta de seu tratamento, as manifestações ficaram sem respostas e não existia empoderamento do Ouvidor. O controle interno traz isso, minha experiência com a LAI [Lei de Acesso à Informação], que trouxe a punição e o ranqueamento político, fez com que os gestores se sentissem obrigados a entregar/responder o pedido. (Entrevistado 1)

O entrevistado 1 traz em sua fala um pedido de *enforcement* claro para a Ouvidoria, entretanto o entendimento aqui defendido é de que o *enforcement*, no caso da Ouvidoria do SUS, deve estar na rede e no mandato do Ouvidor. Pode-se avaliar, também, que a fala deixa de considerar outras reflexões quanto a elementos da política não implementados até aquele momento pela SGEF. Existem fatores importantes a serem debatidos, como o próprio Sistema Nacional de Acreditação de Ouvidorias do SUS (SNAIOS) e o que fizeram os Ouvidores do SUS com os dados dessas manifestações sem respostas.

Acrescenta-se que a Ouvidoria do SUS, quando criada, já existia o objeto pungente: ela nasceu da necessidade de novos espaços de participação que pudessem contribuir estrategicamente com a inclusão do cidadão no processo de construção política da saúde pública brasileira. Em outra perspectiva, a OGU até então se encontrava esvaziada da função de participação social, e buscava afirmar-se como elemento importante em um Sistema de Integridade, de maneira que a LAI preencheu esse vazio. Não se pode perder de vista, neste sentido, que a passagem da Ouvidoria do SUS para o controle interno se dá em um momento em que o governo retroage nos princípios da democracia participativa, inclusive com a sanção do Decreto nº 9.759/19 (BRASIL, 2019a), que extingue ou limita significativamente o funcionamento de conselhos de várias políticas públicas.

A organização da Ouvidoria em uma racionalidade organizacional que privilegia o controle, em detrimento da participação social, deixa a Ouvidoria mais distante do *Defensor del Pueblo*. Na racionalidade de controle, existe uma priorização da denúncia, processo administrativo, em vez da mediação, da construção coletiva da política pública em sua integralidade. O fornecimento de uma determinada ação ou serviço público, que caracteriza a política, especialmente aquelas de proteção social, precisa ser construído e isso ocorre por meio de um processo de mediação. À Ouvidoria do SUS cabe este papel. A Ouvidoria está pensada e operacionalizada como canal de interação com o cidadão, instrumento de mediação, instrumento de gestão de qualidade do serviço prestado e, acima de tudo, como locus privilegiado de difusão e defesa dos direitos humanos. No controle, existe uma redução de seu valor político, e a Ouvidoria do SUS perderia essa ideia de qualidade incremental, diante do afastamento das pessoas que não estão restritas ao desejo de denunciar.

Vale frisar que não se trata de negar a importância do controle interno. Ele é importante, mas a participação social é mais ampla. A Ouvidoria do SUS, assim, perderia a proposta de “reforma da reforma” para tornar-se outra estrutura. A Ouvidoria do SUS, pensada no contexto da criação da Secretaria de Gestão Participativa, tem por objetivo dar continuidade ao movimento de aprofundamento da reforma sanitária. Neste sentido, está ligada a princípios que remetem ao Tribunal da Plebe e ao *Defensor del Pueblo*, tal como evidenciado por Viadel (2018) e Constenla (2014).

Na abordagem dessas diferenças, o Ouvidor, entrevistado 6, que atua em uma Ouvidoria do SUS em âmbito estadual, coloca-se da seguinte maneira:

A Ouvidoria está sendo transformada em órgão de controle, a Ouvidoria do SUS é eminentemente social, pressupõem construir conscientização da população. (Entrevistado 6)

Esse posicionamento corrobora a defesa de que a racionalidade organizacional de controle, instituída nas Ouvidorias públicas a partir da OGU, e em evidência no MS com a criação do DINTEG, tende a afastar a Ouvidoria do SUS da racionalidade de participação social.

Assim, a categoria “Racionalidades em disputa: a Ouvidoria do SUS como participação social” foi capaz de mostrar, a priori, a existência e convivência das

duas racionalidades no cenário das Ouvidorias e como podem interferir na implementação das Ouvidorias do SUS. A análise realizada nesta categoria demonstra que existe uma mudança no cenário das Ouvidorias do SUS, e tal mudança tem tido presença acentuada da racionalidade de controle. Deste modo, importa destacar que as mudanças podem interferir na forma como tem se organizado a Ouvidoria do SUS como parte da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa.

Entende-se que as etapas de implantação das políticas públicas são processos que intercalam períodos de curta e longa duração, assumindo um caráter dinâmico em que estão presentes conflitos de interesses. De acordo com Arretche (2005) e Menicucci (2007), existe permanente reformulação quando se trata de política, dado o campo de disputa onde estão colocados os partidos políticos, as instituições, as pessoas e o aparelho burocrático do Estado. “Os grupos perdedores estão permanentemente buscando oportunidades políticas para introduzir os mecanismos institucionais que mais lhes interessam, o que acarreta contínuas mudanças” (MENICUCCI, 2007, p. 285).

Soma-se a ocorrência de mudanças dos atores políticos envolvidos com a implementação da política pelo Estado, o que provoca momentos de fragilização intercalados por momentos de potencialização, contribuindo, inclusive – conforme sugerem Arretche (2005) e Menicucci (2007) –, para a existência de momentos de reformulação constante, impondo um caráter dinâmico à implementação da política. Sobretudo, as especificidades de cada instituição e dos atores envolvidos possibilitam, também, especificidades na formulação do processo de implementação da política, conferindo-lhe dinamismo em maior ou menor grau, como destacado por Arretche (2003b, 2005).

3.2.1 Ouvidoria do SUS como participação social e sua relação com o conselho de saúde

Para além das disputas entre as racionalidades abordadas anteriormente, internamente, no âmbito da própria política de saúde, a implementação de Ouvidorias do SUS enfrenta outro desafio que merece ser destacado. Em se tratando da compreensão de Ouvidoria do SUS como uma estrutura da participação social, não existe unanimidade quanto à relação que deve ser estabelecida entre a

Ouvidoria do SUS e a estrutura tradicional de participação social definida na Lei Orgânica do SUS, ou seja, os conselhos de saúde.

De modo geral, a Rede de Ouvidorias do SUS, ainda que operando como participação social, foi implantada com a adoção do modelo mais comum no Brasil. A grande maioria das Ouvidorias do SNO do SUS está ligada diretamente ao MS, secretarias estaduais e municipais. Os Ouvidores são escolhidos pelos respectivos gestores das secretarias ou órgãos equivalentes, e não possuem mandato, o que fere, de modo geral, as decisões das CNS, especialmente a 12^a, 13^a e 16^a (BRASIL, 2004b, 2009a, 2019b).

A 12^a CNS (BRASIL, 2004b) orienta que sejam realizadas eleições para um(a) Ouvidor(a)-Geral para a esfera estadual e para a esfera municipal, cujo nome deve ser homologado pelos respectivos conselhos de saúde. Nesta mesma direção, a 13^a CNS (BRASIL, 2009a) propõe que as ouvidorias sejam autônomas e eleitas pelos conselhos de saúde, a quem deve submeter sistematicamente relatórios periódicos, informando o número de manifestações, as características e a resolutividade das denúncias recebidas. E, por fim, a 16^a CNS (BRASIL, 2019b) diz que as Ouvidorias devem ser vinculadas aos respectivos órgãos colegiados, CNS, CES e CMS; sendo os Ouvidores eleitos por esses órgãos, e gozando de autonomia.

É importante ressaltar que, apesar de os termos “vinculada” ou “vinculação” aparecerem em alguns momentos do tratamento desta categoria, o que está em discussão é a autonomia e independência do órgão. Assim, os termos, quando utilizados, interessam muito mais para reforçar a forma e o processo de escolha do Ouvidor, de maneira que não se trata necessariamente de estabelecer uma relação hierárquica ou de subordinação. Aqui vale considerar o mandato tal como abordado por Lyra (2014c) e Gomes (2019), como requisito importante a se pensar como um modelo “ideal-possível” de Ouvidoria. Isso remete, inclusive, à característica comum do *Ombudsman* em suas várias apresentações, Provedor de Justiça, *Defensor del Pueblo* espanhol, e sua difusão na América Latina, conforme referido por Constenla (2010) e destacado no Quadro 1.

Nesta tese, das 21 Ouvidorias do SUS estudadas, observaram-se alguns exemplos de Ouvidorias que seguem a orientação das CNS, são elas: a Ouvidoria do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso, a Ouvidoria do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá-MT, a Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Ubá-MG, e a Ouvidoria das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios-

polos de duas macrorregiões de saúde (Juiz de Fora-MG e Barbacena-MG). Nos casos estudados, observa-se que o ponto crucial para a defesa do desenho institucional é a autonomia proporcionada ao órgão, uma vez que, por força de lei, os conselhos de saúde são deliberativos e com inquestionável autonomia.

Enquanto os Ouvidores do SUS vinculados diretamente à gestão são selecionados por livre escolha e nomeação dos secretários de saúde, nos casos em que os Ouvidores do SUS estão vinculados ao conselho de saúde as escolhas ocorreram por processo eleitoral e posse dada pelo respectivo conselho de saúde. Nesse sentido, a vinculação refere-se à reivindicação de um processo de escolha que traga ao Ouvidor uma maior autonomia e independência.

No contexto dos desenhos institucionais apresentados acima, chama atenção o caso do estado de Mato Grosso. O processo de implantação da Ouvidoria do SUS neste estado foi uma iniciativa do CES a quem o órgão está vinculado. Segundo Melo e Carvalho (2014):

A Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde de Mato Grosso surgiu em decorrência de uma reivindicação da sociedade civil, apresentada pela II Conferência Estadual de Saúde, realizada em 1991. A proposta destacava a necessidade de a Ouvidoria estar ligada hierarquicamente ao Conselho de Saúde e não ao gestor. (MELO; CARVALHO, 2014, p. 28)

Transcorrida a II Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso, o Poder Executivo sancionou a Lei Complementar nº 22/1992, que instituiu o Código Estadual de Saúde, além de dispor sobre a organização, regulamentação, fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde no estado-membro, caracterizando o SUS nos níveis estadual e municipal. Essa normatização criou a Ouvidoria-Geral do SUS da Secretaria do Estado de Saúde (SES), que iniciou seu funcionamento no ano seguinte. Em 1996, a formulação da Resolução CES nº 01 já demonstrava a capacidade da Ouvidoria do SUS para articular-se interna e externamente, com destaque para o Ministério Público, na busca da garantia do espaço como instrumento de participação e controle social na abrangência do SUS naquele estado (CARVALHO, 2012).

A Ouvidoria-Geral do SUS de Mato Grosso foi reconhecida como legítima pelo DOGES. O recebimento de recursos financeiros da ParticipaSUS/MS, por meio das Portarias nº 3.060 (BRASIL, 2007b) e nº 2.588/2008 (BRASIL, 2008), é um indicador bastante sensível desse reconhecimento. Outra demonstração foi a

colocação em 3º lugar no “Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidoria do SUS”. O objetivo do DOGES com este concurso era conhecer as boas práticas e compartilhá-las, conforme exposto por um dos entrevistados:

Em 2011 e 2012 a gente trabalhou muito esse conceito [de ouvidoria ativa] em qualificação, em fóruns, nesses encontros de planejamento com os ouvidores estaduais e aí lançamos um primeiro concurso para trazer as boas práticas de Ouvidorias. A gente passou fomentando com equipamento, dinheiro, troca de experiências nos fóruns, organização do sistema e planejamento com os ouvidores dos estados e com a disponibilização do sistema, então a gente queria conhecer essas boas práticas e compartilhar essas boas práticas. Então, nós fizemos três ações: a primeira foi esse concurso, o Cecília Donnangelo, onde a gente identificou e o foco muito era identificar boas práticas de Ouvidoria ativas que estavam acontecendo nos estados, até pra fomentar, fortalecer esse conceito de que Ouvidoria poderia também estimular o protagonismo do cidadão. A outra ação foi trazer experiências internacionais pra compartilhar com as experiências brasileiras, então a gente fez o seminário internacional, fizemos oficinas, e um laboratório de inovação em Ouvidoria com a Fiocruz [Fundação Oswaldo Cruz] e a OPAS [Organização Pan-Americana de Saúde], e uma terceira ação, além do concurso e desse laboratório, foi uma pesquisa onde a gente queria identificar nas Ouvidorias existentes o quão elas se aproximavam mais daquele conceito ideal de Ouvidoria ou não. (Entrevistado 17)

Desta maneira, o envolvimento da Ouvidoria-Geral do SUS de Mato Grosso no concurso indicava muito mais que um prêmio; sinalizava seu envolvimento em todo o processo, e o reconhecimento do DOGES. Entretanto, em 2009, a SES Mato Grosso foi reestruturada e na ocasião foi criada a Ouvidoria Setorial de Saúde vinculada à gestão, como órgão de controle interno. Desde então, os dois modelos seguem regulamentados e implantados no estado com constantes conflitos. O primeiro embate trata da concepção que fundamenta as Ouvidorias e a impossibilidade de um mesmo cidadão responder por ambas:

Entendendo que havia Ouvidoria funcionando, sistema OuvidorSUS e tudo, o secretário disse: “Não, então essa Ouvidoria pode assumir as duas funções, Ouvidoria setorial e Ouvidoria vinculada ao órgão colegiado” [...] mas quando fomos estudar os documentos, a gente viu que tinha incompatibilidade, desconformidade. Por quê? A Lei Complementar 22, ela vem de uma reivindicação de conferência, da 1ª Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso advinda da Constituição de 88 e da lei que criou o SUS, da 8.080/90. Em 91 a Conferência, em 92 a nossa Lei Complementar 22, instituindo a nossa Ouvidoria. Cumpriu na íntegra tudo o que tinha proposto a ocasião a nível de reforma sanitária, de movimentos sociais, tudo isso. Isso diferenciava, diferencia do modelo setorial do Mato Grosso e de todo o país, vamos dizer assim. Não sei no seu estado, mas aqui em Mato Grosso, como é que eu posso te dizer? A Ouvidoria, ela é vinculada à Casa Civil que é da gestão do Governador, à Corregedoria-Geral do Estado, também vinculada ao governo e também à Corregedoria-Geral da União e

com a incumbência do trabalho de controle interno. E a nossa não! A nossa é vinculada a um órgão colegiado [CES], instância máxima do SUS. Esse órgão colegiado representado por 50% de representantes de usuários, 25% de trabalhadores, 25% de governo e prestadores. (Entrevistado 19)

A fala retrata a impossibilidade de um mesmo Ouvidor representar as duas Ouvidorias, isso por conta de possuírem fundamentações legais diferentes. Neste conflito, encontra-se a dificuldade prática de se operacionalizar duas Ouvidorias que possuem um único objeto, a política de saúde estadual, entretanto, com racionalidades organizacionais distintas. Chama atenção o fato de que, na ocasião da regulamentação da Ouvidoria setorial, já existia regulamentado, no Código Estadual de Saúde (Lei Complementar nº 22/92) (MATO GROSSO, 1992), a Ouvidoria-Geral do SUS no CES, o que deveria ter sido levado em consideração para não custar a duplicidade de serviços, ainda que fosse necessário adequar o existente.

Outro conflito desdobrado a partir desta duplicidade se dá na relação intergovernamental. Ainda que as duas operem mediante orientações normativas da Ouvidoria-Geral do SUS, a gestão estadual não divide os incentivos técnicos operacionais e financeiros provenientes do MS.

Nós sempre tivemos uma boa relação com o Ministério, tanto é que todas as oficinas, seminários, encontros, eventos que tiveram nós participamos. [...] Nós só tivemos problema com o Ministério da Saúde a partir do momento que o gestor estadual de Mato Grosso, Augustinho Mouro à época, ele criou a Ouvidoria setorial de governo, então a Ouvidoria setorial de governo ele deu toda ênfase pra essa Ouvidoria. O Ministério da Saúde, no momento que ele implantou Ouvidoria no Mato Grosso, eles entenderam que esta Ouvidoria era uma Ouvidoria ligada ao órgão colegiado que não era Ouvidoria do SUS. Só que SUS começa com conferência, com conselhos de saúde, e dentro dos conselhos de saúde nós estamos, então nós somos SUS. A nossa vinculação é com conselho de saúde dentro da estrutura da Secretaria de Estado, então não deveria ter sido criada mais uma Ouvidoria, mas como houve, o que aconteceu eles acabaram por ligar essa Ouvidoria diretamente à Gestão e à Corregedoria-Geral do Estado. (Entrevistado 19)

O uso do sistema OuvidorSUS é um exemplo dessa disputa entre as Ouvidorias do SUS Estadual de Mato Grosso. Inicialmente, o sistema era utilizado pela Ouvidoria vinculada ao CES, entretanto o CES perdeu o sistema para a Ouvidoria setorial, no ano de 2010. Segundo o entrevistado 19, o Ministério não se opõe ao uso pelas duas estruturas, mas a gestão não é a favor:

A pessoa que veio do Ministério, esqueci o nome dele agora, ele disse assim: as duas Ouvidorias têm que sentar e se entender. Ele não ia deixar a Ouvidoria do controle social sem a senha pra ter o sistema de rede. Mas a gestora da setorial não concorda, eu já tentei por várias vezes, essa união. (Entrevistado 19)

Outro dilema diz respeito à função de descentralização e coordenação da esfera estadual para os municípios e regiões de saúde. Ambas as Ouvidorias realizam atividades nesse sentido e acabam, em alguma medida, alimentando o conflito na esfera local.

Nós fomos até o município, fazemos todo um trabalho de sensibilização com o conselho, de orientação, de monitoramento, de tudo isso, fica implantada. Mas aí vai de repente uma equipe da setorial no mesmo município e diz assim, “Faz uma reunião somente com o prefeito, com o secretário de saúde”, e aí fala assim: “Não, nós temos aqui um recurso que nós vamos destinar para a Ouvidoria [...] vai garantir computador, vai garantir não sei o quê [...] Então, vamos tirar a Ouvidoria que funciona no conselho de saúde, vamos colocar a Ouvidoria setorial. Simplesmente assim, nós estamos em um momento de retrocesso, que muitos, dependendo do prefeitos e secretários de saúde, como a conversa é só com eles, independente do conselho participar, eles não chegam no conselho, eles chegam na prefeitura e com o gestor já oferecendo um bônus lá do Ministério da Saúde, “olha quem implantar, você tem isso aqui, esse recurso aqui, então esse modelo aqui de Ouvidoria é o melhor pra vocês”. Aí a Ouvidoria que estava implantada, em funcionamento, deixa de funcionar. Agora nós estamos indo novamente aos municípios, tendo uma, quase que uma audiência pública com o conselho municipal, prefeito, procurador, advogado, que eles trazem lá, pra tentar entender. Tem municípios que estão aderindo, que está com as duas, município que tem condição, fica com as duas, mas aquele que não tem eles vão ficar com a setorial, essa situação muito, acho muito triste para o nosso SUS aqui. [...] Tivemos situação de prefeitos, às vezes, destituírem Ouvidorias [vinculadas ao conselho municipal], jogando Ouvidorias em... vamos dizer assim, fechando as portas da Ouvidoria e colocando lá dentro de uma sala de um PSF [Programa Saúde da Família] desativado. Só para montar um outro modelo setorial. Que foi pro Ministério Público e que foi parar até na polícia, houve situações assim aqui, infelizmente. (Entrevistado 19)

Conforme relato, o cenário desenhado na Ouvidoria do SUS no âmbito estadual repercute em muitos municípios mato-grossenses, gerando o que se poderia chamar de descentralização da disputa entre gestão e controle social. Isso fica evidente, a exemplo da Recomendação nº 12, de janeiro de 2017⁴⁵, expedida pelo Ministério Público do Estado de Mato Grosso. No documento, a Promotoria de Justiça de Paranatinga recomenda ao prefeito, secretário de saúde e presidente do

⁴⁵ O pesquisador teve acesso à Recomendação nº 12 durante as webconferências com os entrevistados mato-grossenses.

CMS do município de Paranatinga que cumpram as medidas necessárias para implantação da Ouvidoria do SUS.

Outro fator de relevância na fala do entrevistado 19 está relacionado ao financiamento da Ouvidoria. Difícil lidar como esta relação de construção de estruturas estritamente voltada a financiamento seletivo. Compreende-se que o recurso é fundamental para a manutenção das ações e serviços, todavia neste caso funcionou como estratégia para que os serviços sejam desconstruídos, especialmente em se tratando de estrutura ligada aos conselhos de saúde, garantidos por força de lei.

Adverte-se ainda que o desmantelamento de Ouvidorias vinculadas aos conselhos deve ser analisado em relação ao modo como o referido conselho cumpre seu papel de participação social. Espera-se que, naqueles cujo funcionamento reproduz o que Azevedo, Santos Jr. e Ribeiro (2004) denominam como prefeituralização, exista menor tensão. O termo refere-se à criação de conselhos em uma mentalidade restrita à burocracia, bastante voltada ao cumprimento da exigência do órgão para homologação de recursos financeiros e recebimento das verbas advindas de outras esferas de governo para a secretaria. Nesse modelo, é comum que os conselhos estejam submetidos às práticas administrativas do dia a dia das secretarias a despeito de um posicionamento mais político, de negociação da construção da política de saúde.

A existência dos conselhos, garantida por aparato legal, e sua obrigatoriedade para que as respectivas secretarias recebam recurso, lhes garante, de certa forma, a sobrevivência (AZEVEDO; CAMPOS; LIRA, 2020). Entretanto, as Ouvidorias, ainda que existam na estrutura dos conselhos, não estão vinculadas ao recebimento do recurso financeiro geral da secretaria, tampouco possuem recurso financeiro específico. Logo, apresentam-se frágeis nesse processo de deslocamento provocado pelos gestores que possuem interesse em seu fechamento.

As conferências de saúde também foram cenário deste debate entre as Ouvidorias do SUS em Mato Grosso. Esse espaço foi um lócus privilegiado para que a Ouvidoria com vinculação no CES buscasse retomar os espaços perdidos nos municípios, porém é possível perceber que a Ouvidoria vinculada à gestão também se organizou para atuar nesse espaço. Mato Grosso possui 141 municípios e segundo o entrevistado:

A gente conseguiu também muitos conselheiros, durante a Conferência [Estadual de Saúde, ocorrida em 2019] nós montamos um *stand* na Conferência, na 9ª Conferência, e lá mesmo eles aderiram um compromisso conosco. Foi aí que avançou esse pouco aí que eu estou te dizendo. Agora em 2020 a proposta nossa é que a gente consiga avançar ao máximo que pudermos, porque na legislação, em legislação eu creio que nós já tínhamos mais de 100 municípios com as leis, mas só que não fizeram o processo eleitoral deste Ouvidor. Se não houve processo eleitoral não tem Ouvidoria. Aproximadamente 90 municípios havia Ouvidorias implantadas [vinculadas aos CMS] criadas em legislação. Porque ela tem que ser criada na lei para que ela seja implantada no município. Já tinham 90, aí, de lá pra cá, eu acho que ela ficou em torno de umas 40. Quarenta municípios somente! Hoje nós já estamos em torno de 65 municípios novamente. [...] Não havia participação antes de Ouvidoria setorial em conferências. Nessa de agora eles fizeram questão de cada regional de saúde ter o Ouvidor lá, pra tentar colocar em todos os municípios da região Ouvidoria setorial e esquecer que existe Ouvidoria de conselho. Mas onde nós tivemos, a gente conseguiu demonstrar que o gestor poderia ter as duas. Ninguém vai contra a legislação, se a legislação é vigente. O que não se pode é tirar uma Ouvidoria que está em funcionamento em detrimento de outra que vai ter o recurso lá do gestor e que vai ter uma Ouvidoria de gestão. Essa Ouvidoria de gestão muitas vezes chega no município o programa grande, mas o conselho nem conhece, não sabe o que está acontecendo. (Entrevistado 19)

Os relatos demonstram que a convivência entre os modelos de Ouvidorias do SUS, vinculadas ou não ao conselho de saúde em Mato Grosso, não é amistosa e tende à judicialização. O que se observa dos gestores da Ouvidoria CES é a implementação dessa política via conferência, e estratégias de busca de diálogo com as prefeituras. Registra-se ainda que as falas indicam uma tendência à flutuação do número de ouvidorias implementadas via conselhos de saúde e um dos fatores que interferem nesse processo é a ausência de uma política de financiamento de Ouvidorias vinculadas aos conselhos de saúde. Disto, pode-se supor que a relação entre participação social e gestão ainda apresenta dicotomias importantes. Passados 30 anos de criação do SUS na Constituição Federal, ainda não foi superado este tipo de disputa na construção cotidiana do Sistema, conforme apontado por Silva e Labra (2001), quando examinaram a relação entre o CES e a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro nos anos de 1998 e 1999.

Outra questão que se coloca é a ampliação da judicialização do SUS, incluído nesse rol o próprio modelo de gerenciamento. Este fato é agravado em razão de a disputa dos desenhos institucionais em curso na SES/MT, e em grande parte das SMS mato-grossenses, ter potencial para influenciar toda a Rede Nacional de Ouvidorias do SUS. Diante disso, os atores envolvidos nesse processo estão em

busca de alternativas de sustentação do modelo e se articulam no âmbito da micropolítica para realizarem enfrentamento.

Mato Grosso regulamentou a Ouvidoria do SUS de maneira bastante excêntrica, se considerada a regulamentação das duas Ouvidorias do SUS (uma vinculada ao CES e outra à gestão). A análise aqui feita é que se trata de um equívoco sem precedentes, pois os gestores, em vez de resolverem o problema, buscam em regulamentações diversas criar caminhos que parecem cada vez mais potencializar um conflito advindo da duplicidade do serviço. Esse processo de construção de duas Ouvidorias para atuação na política de saúde não parece encontrar subsídios mínimos que o fundamente no próprio SUS. Ao retomar o inciso XIII do artigo 7º da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a), tem-se como princípio que as ações e serviços de saúde devem ser desenvolvidos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos. Desse modo, a abordagem nesta tese, a respeito dos dois modelos, não busca posicionar-se necessariamente em defesa de um dos lados, todavia tem por objetivo refletir a realidade apresentada neste estado quanto à possibilidade de existência de um modelo ideal-possível, como pensado por Gomes (2016), Lyra (2014c) e Menezes, Lima Neto e Cardoso (2016), bem como compreender a previsibilidade e a racionalidade sob as quais atua a própria Ouvidoria-Geral do SUS no que concerne à descentralização da Ouvidoria do SUS.

Quanto às consequências macropolíticas da experiência vivenciada em Mato Grosso, observa-se um movimento ascendente que reclama a vinculação das Ouvidorias do SUS aos respectivos conselhos de saúde. O CES de Mato Grosso aprovou em sua conferência estadual, em 2019, a proposta, e esta seguiu e foi também aprovada na 16ª CNS (BRASIL, 2019b), no Eixo I – Saúde como Direito. A proposta é:

Implantar/implementar a Política Nacional de Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito de participação e controle social **vinculada aos órgãos colegiados, CNS, CES e CMS, que sejam autônomos e eleitos pelo pleno**, implantando um sistema de avaliação das políticas públicas de saúde nas três esferas de governo em sistema de rede. (BRASIL, 2019b, p. 32, grifo nosso)

A intenção de implantar ouvidorias vinculadas aos conselhos de saúde não é algo novo nas conferências nacionais, mas encontra resistências, particularmente daqueles técnicos ou profissionais de ouvidorias vinculadas ao gestor:

Passou na 16ª agora! Eu acho isso um grande equívoco! Eu acho isso um grande equívoco! Eu acho que são coisas muito distintas. Não é?! Eu tenho o projeto da CGU, inclusive com o Conselho Nacional de Saúde e eu falo isso por quê? Durante todo o período que eu estive no Ministério [da Saúde], isso não passou nem nas conferências, porque a gente tinha esse entendimento. O que eu estou achando é que assim: como o controle social, nessa atual conjuntura, ele está sendo bastante sucateado, talvez tenha sido uma estratégia de garantir de alguma forma que esse instrumento de escuta do cidadão não se perca na gestão, mas eu acho que a Ouvidoria no conselho, ela vai ter o mesmo papel da Ouvidoria na gestão, mesmo papel, então imagina você ter duas Ouvidorias. E outra, o que o conselho escutar na Ouvidoria dele, pra onde ele vai ter que passar? Pra nós técnicos, elas é que darão a resposta, então é um retrabalho e um gasto de recurso que a gente não tem agora com a EC [Emenda Constitucional] 95. Eu acho é que a gente tem é que garantir as que existem e tentar fomentar a existência de outras e aí a relação da Ouvidoria com conselho é: se ele é um instrumento de gestão, o conselho é a instância máxima deliberativa do SUS, ela tem que ter acesso aos relatórios, não aos casos. Porque a questão é deturpar o papel da Ouvidoria, de querer resolver o caso individualmente. Isso foi aprovado na 16ª! Mato Grosso conseguiu, né?! Bom! Mobilizou, mobilizou, mobilizou, mobilizou e olha que eu estava na relatoria da 16ª, mas eu estava em outra frente, então essa parte aí passou batida. Eu tô em uma outra esfera de atuação, então não tive como, porque a gente antes trabalhava com os ouvidores toda prévia de conferência, a gente trabalhava com os ouvidores, pra eles saírem de delegados pra vir para a Nacional. Era uma participação maciça de ouvidores nas conferências municipais, nas conferências estaduais e nas conferências nacionais. Isso é estratégia, estratégia política! E quem não conseguia sair de delegado, a gente colocava de convidado pra poder discutir esse tema. Nunca passou, eu fui relator da 12ª, 13ª, 14ª, 15ª e 16ª Conferência Nacional, e na 16ª passou! (Entrevistado 17)

Do posicionamento do entrevistado 17, algumas questões merecem reflexão: a primeira é o fato de ele não conceber a possibilidade de a gestão retroceder ao posicionamento em que a Ouvidoria seja um órgão vinculado à gestão. Outra questão é a afirmativa de que essa vinculação nunca foi aprovada nas CNS, quando os relatórios finais registram justamente o contrário. Destas duas explicitações, surge a terceira, ainda mais grave, que é a não observação das decisões tomadas pelas CNS que antecederam a 16ª (BRASIL, 2019b), o que custou a permanência do encaminhamento do SNO em posicionamento contrário ao que propuseram, especialmente a 12ª e 13ª CNS, quanto à vinculação da Ouvidoria, eleição e ao mandato do Ouvidor.

Foi no período de 2008, 2009, quando a gente pediu para ter acesso ao OuvidorSUS nível 1, porque a gente só tinha o 2, quando eu assumi a Ouvidoria quem tinha o *login* e a senha do sistema era o pessoal da auditoria. Eu achei aquilo um desvio de atividade, aí fui lá e questionei na secretaria. Eles não gostaram! [...] Eu comecei a me entrosar com o pessoal do Ministério da Saúde, do estado, coisa que outros não fizeram, vou pedir a correção. O Ministério da Saúde me negou falando que nós éramos Ouvidoria do conselho, que nós não éramos Ouvidoria da gestão, que eles

não reconheciam que [cita o município] tinha Ouvidoria da gestão. Epa! Aí nós começamos a ter os embates, eu provei pra eles e eles aceitaram. Pararam. Hoje eu tenho acesso! [...] O Ministério da Saúde tinha um discurso, eu não sei se prevalece na atual gestão, que Ouvidoria do conselho é uma coisa e da gestão é outra. Eu nunca quis aprofundar esse entendimento, porque eu conheci realmente Ouvidorias internas de conselhos. Eu realmente conheci, lá perto de nós mesmos, uma cidadezinha de 15 mil habitantes tem uma Ouvidoria no conselho, não tem na secretaria de saúde, aí é meio que confuso porque a pessoa que está lá não tem um cargo, ele tem um cargo dentro do conselho, mas não tem um cargo na secretaria, não recebe por ele, é quase que um voluntário e as pessoas vão lá fazer denúncias, e a pessoa mistura a questão do conselho com Ouvidoria. Eu particularmente nunca misturei! Eu tenho acento no conselho, eu sou Ouvidora, eu sou conselheira, inclusive é pré-requisito pra eu ser eleita, eu preciso ser conselheira preferencialmente do seguimento de usuário. [...] A gente teve esse embate, com o Ministério, mas o Ministério, graças a Deus, entendeu, compreendeu as minhas justificativas. Eles me cansaram muito, mas eles aceitaram. (Entrevistado 20)

Ao que pese o reconhecimento que a Ouvidoria-Geral do CES de Mato Grosso recebeu do DOGES, e a relação amistosa na convivência dos diferentes desenhos institucionais de ouvidoria do SUS, isso não foi capaz de gerar no DOGES um movimento de construção do SNO em acordo com esse modelo. O entrevistado 17, referido acima, segue com seu relato e aponta para uma relação que, sob a justificativa de agregar o diferente, na realidade o tinha por perto como forma eficiente de não o deixar difundir-se para outros espaços.

A Ouvidoria-Geral do SUS de Mato Grosso vinha em todos os nossos eventos. A gente tinha diálogo com eles, mas não deixava expandir, era estratégico, entendeu?! Por quê? Porque elas não tinham voz, a gente criou toda uma estrutura de fórum que ajudava nisso. Tudo é uma questão de arquitetura política, e de estratégia política. Você traz o sujeito pra perto de você e deixa o povo falar. O povo não queria ouvidoria no conselho naquela época. Então, sempre foram voto vencido. Teve uma época que elas começaram a falar e elas foram vaiadas. Vaiadas! Então, não era eu, era a estrutura da época, que achava que não tinha que ter ouvidoria dentro de conselhos. Essas reuniões deixaram de acontecer, essas reuniões dos ouvidores deixaram de acontecer... agora que eu acho que eles vão retomar isso novamente. (Entrevistado 17)

O contexto abordado pelo entrevistado 17 chama atenção para o fato de a maioria dos participantes nos fóruns organizados pelo DOGES, segundo ele, não apresentar interesse em vincular a Ouvidoria do SUS aos conselhos de saúde. Esse posicionamento pode ser justificado em razão de a maioria dos presentes (Ouvidores de Ouvidorias do SUS) também ser vinculada às respectivas Ouvidorias do SUS por intermédio de nomeação dos gestores estaduais e municipais, ou seja, sem eleição e sem mandato, o que as conferências trazem como elementos

pensados, capazes de gerar independência e autonomia dos ouvidores. Toda essa engrenagem era estrategicamente engendrada para sustentar a permanência do desenho em curso. Esse posicionamento, tal como o achado na relação institucional entre CES e SES exposta no trabalho de Silva e Labra (2001), tende a deslegitimar a participação social enquanto instituição formalmente reconhecida, à medida que não reconhece as propostas da CNS no que se refere à vinculação da Ouvidoria aos conselhos e eleição e mandato como elementos importantes de autonomia do Ouvidor.

A compreensão de parte dos profissionais que desenvolveram seu trabalho na Ouvidoria-Geral do SUS é de que essa vinculação das ouvidorias aos conselhos não é algo que beneficia a implementação de ouvidorias resolutivas para a população:

No Brasil, a gente tem uma ligação do conselho muito forte com a Ouvidoria no estado de Mato Grosso. O estado de Mato Grosso começou uma implantação de Ouvidorias dentro do conselho de saúde e isso se perpetuou até hoje. Eles entendem que a Ouvidoria tem que estar dentro do conselho e trabalham desse jeito lá, e acaba sendo um problema de gestão, porque lá se desenvolveu de uma forma diferente, dificulta para o cidadão. É uma relação polêmica! Desde o início da gestão que eu estava no Ministério da Saúde, nunca se conseguiu efetivamente tomar uma decisão em relação ao problema. Lá no Mato Grosso tem uma lei complementar que fala sobre Ouvidoria dentro do conselho, que regula essa Ouvidoria dentro do conselho de saúde, ao mesmo tempo que dentro da Controladoria-Geral tem uma setorial, que é uma Ouvidoria da Saúde. Então, você imagine... o cidadão, que é pra quem a gente trabalha, tem duas instâncias de Ouvidoria, uma dentro do conselho de saúde e uma outra da Ouvidoria do SUS e fica lá perto da Secretaria. O cidadão procura o conselho de saúde com uma manifestação, o conselho de saúde ele não acessa o sistema informatizado [OuvidorSUS], ele gera um processo administrativo pra mandar essa manifestação pra dentro da gestão da secretaria, enquanto a outra ouvidoria faz pelo sistema OuvidorSUS, recebe a manifestação. Aí eu comentei com ele, quando eu estava lá, exatamente isso: “mas, olha só! O cidadão não sabe qual é qual, ele não precisa ter essa noção de que existem duas e qual é o papel de cada uma. Ele precisa saber que existe uma Ouvidoria do SUS pra que ele possa se comunicar com a gestão. Vocês estão dificultando a vida deles, porque ele se comunica aqui, ele se comunica na outra, ficam duas manifestações, ele não sabe a quem cobrar”. Uma manifestação gerada por um lado, vai andar por um caminho, a outra no outro lado. É a mesma manifestação! E os dados são defasados porque os dados estão gerados duas vezes. É a mesma manifestação, e às vezes estão fazendo um esforço dobrado em relação a isso. Os dados são repetidos. Mas me parece ser uma guerra muito mais política também! As pessoas que estão lá no conselho de saúde, elas têm esse embate muito grande: que a Ouvidoria do Sistema Único de Saúde tem que seguir dentro do conselho. Eu acho que não! Eu acho que o conselho de saúde tem um trabalho muito grande de fiscalização, desenvolvimento da política, de aprovação de coisas dentro do SUS, e quando você coloca uma Ouvidoria ali dentro do conselho, você acaba criando outras atribuições para aquele espaço. Uma Ouvidoria, ela é tão específica, ela é tão característica no seu

trabalho de participação social, que ela precisa estar integrada, não dentro, mas integrada sim. Trabalhando junto aos conselhos com seus relatórios, indo ao conselho fazer apresentações do seu processo de trabalho, etc. (Entrevistado 5)

Ainda que o entrevistado 5 apresente um posicionamento mais pacífico e mais flexível em relação à possibilidade da existência de uma única Ouvidoria do SUS com vistas à organização do processo de trabalho e facilitação da vida do cidadão, mesmo assim, não se apresenta literalmente como mediador deste processo. Ora, o entrevistado 5 representava ali o DOGES e não podia, nesse aspecto, renunciar à sua corresponsabilização como órgão coordenador e descentralizador da política.

Neste cenário de disputas, que revela a dificuldade de aceitação de Ouvidorias vinculadas ao conselho, uma profissional de Ouvidoria do SUS de uma secretaria municipal relata sua experiência institucional com o DOGES:

Eu tive uma discussão muito grande com o Ministério da Saúde há alguns anos atrás porque entendiam que a nossa Ouvidoria não era da gestão. Eu disse assim: “Não! Vocês estão equivocados, a Ouvidoria é da gestão, o ouvidor que não é! Vamos separar os elementos!”. Eu construí todo um parecer jurídico, mostrando pra eles que a figura do ouvidor é vinculada ao conselho por questões legais, normativas, mas a ouvidoria não. Por quê? Depois dessa lei foram criados alguns instrumentos normativos que falaram que o Poder Executivo iria montar a estrutura da Ouvidoria, por funcionário, e isso aconteceu. Então, os funcionários da Ouvidoria são ligados à gestão, a estrutura física é mantida pela gestão, ela é separada [fisicamente/prédio] do conselho, não junto do conselho, não é dentro do conselho. A diferença é que o ouvidor, que é um elemento ligado ao conselho, é eleito por este conselho. Quando você fala Ouvidoria, você fala de instituição, quando você fala ouvidor, você fala de pessoa que chefia a ouvidoria, que é o representante legal da Ouvidoria, então eu consegui mostrar para o Ministério da Saúde que havia uma diferença muito grande dessas questões e que nossa Ouvidoria não era uma Ouvidoria do conselho, era Ouvidoria da gestão com ouvidor eleito pelo conselho, o que é muito positivo. Eu conversei com muitos ouvidores, municipais, estaduais, e até com os profissionais do Ministério da Saúde, a gente tem grupos, e eu vejo o sofrimento deles por não ter autonomia, por não ter mandato, não ter plano de carreira. Tem municípios e estados que não têm nem o cargo previsto no seu plano de cargo, aí o ouvidor é um cargo técnico desviado, é um enfermeiro, é médico. Lá no município não! Nós temos um cargo previsto no plano de cargos e salários, tem uma lei que criou o cargo, tudo bonitinho, nós temos, apesar dos enfrentamentos e choques. Porque os gestores de modo geral não gostam de órgão de controle com independência e autonomia. Eles querem ter o controle, é normal! O gestor não quer ninguém colocando pedra em seu caminho, questionando, e a Ouvidoria no município é questionadora, ela é uma Ouvidoria que entra com ação civil pública sim, é uma ouvidoria que vai para a imprensa denunciar algo que é inaceitável. A gente está do lado da população, do usuário, é o nosso papel, e a luz lá do código de Hamurabi, dos fundamentos do *Ombudsman*, é o que as pessoas esperam de um ouvidor! Ouvidor não pode ser um repassador de informação, um “copiou e colou”. No outro dia eu ouvi de um

subsecretário: “Você não tem que ficar questionando, devolvendo”. Porque eu devolvo, se eu recebo uma resposta a uma manifestação que não satisfaz para o cidadão, eu como ouvidoria tenho devolvido. Aí ele veio discutir comigo qual é a prerrogativa legal que eu tinha pra questioná-lo, pra não aceitar aquilo que ele tinha respondido, que meu papel era repassar o que eles escreviam e pronto. Eu disse: “Não! Você está equivocado! O ouvidor, ainda mais o ouvidor eleito, ele está lá é pra questionar mesmo, é pra poder buscar solução para as demandas coletivas, mas também respeitar as individuais”. O ouvidor, ele não está lá sentado na cadeira atendendo, como alguns acham. (Entrevistado 20)

O posicionamento da Ouvidora, entrevistado 20, é muito esclarecedor quanto ao modelo de Ouvidoria do SUS que seu município construiu. A concepção assumida nesta tese é de que este é o modelo que melhor define o conceito de Ouvidoria do SUS, tratado nas conferências de saúde. O que está em questão é o processo de escolha do Ouvidor e seu mandato, o que, conseqüentemente, ampliará sua independência e autonomia. Estruturalmente, seu desenho institucional faz parte da secretaria de saúde, tal como o próprio conselho de saúde, entretanto possui uma vinculação ao conselho e não à gestão da dita SMS.

Esse modelo e suas especificidades é o que mais se aproxima estruturalmente do conceito de *Defensor del Pueblo*. Segundo Laguardia (2014), o *Defensor del Pueblo* é complementar aos sistemas e procedimentos legais de controle do poder público e, principalmente, da Administração. Seu objetivo é duplo: colaborar para o bom funcionamento da atividade administrativa e a proteção dos direitos das pessoas perante o aparelho burocrático. Outra relação que se pode estabelecer entre o Ouvidor do SUS eleito pelo conselho e o *Defensor del Pueblo* é a autonomia. Para Laguardia (2014), o *Defensor del Pueblo* é um delegado do Congresso, mas que age de forma autônoma, e sua nomeação por maioria qualificada lhe confere maior representação e independência. Nesse sentido, a ideia do Ouvidor do SUS eleito pelo Conselho de Saúde traria esse espectro de delegado do Conselho de Saúde, embora com atuação autônoma.

Também deve ser destacada a compreensão da Ouvidora e a defesa que ela constrói em torno de seu objeto de trabalho. Sua defesa é de que a Ouvidoria do SUS em que atua é da gestão, e isso faz todo sentido. Ela é da gestão à medida que, para além de seu posicionamento no organograma, sua estrutura, seu financiamento e demais recursos são provenientes dos cofres da SMS. Seu objeto de trabalho está voltado à melhoria da qualidade do SUS municipal. Esses elementos traduzem esta Ouvidoria muito bem como órgão da gestão, mas isso não

interfere em sua condição correspondendo, em dependência ou submissão, ao gestor da pasta, dado que sua vinculação está no conselho de saúde.

Essa relação entre as ouvidorias vinculadas ao gestor ou ao conselho de saúde e as dificuldades dessa organização de desenho institucional podem ser reflexos da dificuldade do gestor de trabalhar com os órgãos de controle. Neste contexto, as Ouvidorias do SUS devem ser compreendidas como um órgão controlador-colaborador que contribui com a Administração Pública na superação de suas disfuncionalidades, tal como enfatizado por Viadel (2018) sobre o papel do *Defensor del Pueblo*. É preciso superar essa dicotomia da gestão/participação social nas políticas públicas, sobretudo quando se trata de políticas de saúde. Como exposto por Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza, presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) na ocasião, no vídeo “Ouvidoria do SUS e Participação Social”:

A participação social é vital, aliás, como dizia a Prof.^a Cecília Donnangelo, uma das fundadoras do movimento da Reforma Sanitária, do campo da saúde coletiva, “a Reforma Sanitária se fará com a participação social ou não se fará”, ou seja, a proposta do Sistema Único de Saúde é muito mais do que a proposta de um sistema setorial vinculado à prestação do serviço de saúde; é uma proposta de transformação social de respeito à cidadania, de valorização, de promoção da cidadania, no sentido de garantir uma sociedade mais igualitária, uma sociedade em que as necessidades de saúde sejam o único critério para definir o acesso aos serviços de saúde, e não a capacidade de pagamento, a condição socioeconômica, o local de moradia, o gênero, o sexo, e assim, por diante. [...] A proposta de participação social é algo que compõe de forma inerente, de forma intrínseca, a proposta do Sistema Único de Saúde (informação verbal)⁴⁶

No mesmo vídeo, Ubiraci Matildes de Jesus, na ocasião Coordenadora da União de Negros pela Igualdade (UNEGRO), fala da relevância de as pessoas a quem se destina a política pública estarem efetivamente presentes no seu processo de construção. Não se trata de uma condição para burocratizar ou travar o andamento da gestão, todavia, de uma forma para potencializar os resultados.

Quem mora no território, e Milton Santos já falava sobre isso, precisa estar em consonância com as políticas públicas que são direcionadas para esse território. Então, por isso a importância dessas pessoas, da participação

⁴⁶ Informação fornecida por Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza no vídeo intitulado “Ouvidoria do SUS e Participação Social”. Produzido a partir do projeto “Rádio Web como estratégia de ouvidoria em saúde: comunicação e participação social”. Brasília: Rádio Web Saúde - UnB, 2003. Vídeo (15 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=KyrBIIS3dpE>. Acesso em: 2 maio 2020.

social nessa elaboração de políticas públicas, particularmente nas áreas essenciais, que é a saúde, a educação, a moradia, a questão da alimentação. Como alguém pode avaliar a questão da nutrição/desnutrição se não mora numa área de baixa condição social? Como é que nós podemos traçar um plano de política pública com ausência de quem passa fome? Então, nesse sentido, é necessário que a gestão possa objetivamente entender que o controle social não é pra inviabilizar a gestão, e sim para produzir uma gestão participativa que possa ter resultado objetivo para os problemas que a sociedade vive (informação verbal)⁴⁷.

Assim como Viadel (2018) expõe que o *Defensor del Pueblo* deve ser um ativador de consciência para que o serviço público seja oferecido com qualidade e alcance a plenitude dos direitos fundamentais garantidos na Constituição, compreende-se também na Ouvidoria do SUS a garantia do direito à saúde.

Contrariamente, a existência de mais de uma ouvidoria (setorial e do conselho de saúde) dedicada a um mesmo objeto agrava o conflito, como observado nos casos estudados das Ouvidorias do SUS em municípios e estado de Mato Grosso. Desta forma, conclui-se que as Ouvidorias do SUS sempre serão da gestão no sentido de estarem alocadas no organograma das respectivas secretarias de saúde. Todavia, podem estar vinculadas, no que se refere ao processo eleitoral, ao conselho de saúde ou ao gestor, naqueles casos de livre nomeação.

Os casos estudados também apontam ser possível uma relação respeitosa e de cooperação entre os gestores e as ouvidorias, independentemente de sua vinculação. Juiz de Fora, Natal e Ubá são exemplos de Ouvidorias do SUS vinculadas ao conselho de saúde, que, por sua vez, realiza o processo eleitoral dos seus Ouvidores, entende a Ouvidoria como órgão da estrutura de gestão e a apresenta no organograma da secretaria municipal (Figuras 2 e 3, ANEXO F). Na mesma direção, observa-se uma relação entre a Ouvidoria do SUS e o conselho de saúde, ainda que o Ouvidor seja nomeado à livre escolha do gestor. Neste sentido, um dos entrevistados com esse perfil relata:

A gente começou a trabalhar relatórios gerenciais [a gestão da informação] e apresentar nos conselhos municipais de saúde. Porque como eu já tinha a experiência de conselho, eu achei que era uma parceria muito importante. Lá estavam, bem ou mal, as entidades que representavam a comunidade, então, quando a Ouvidoria chegava no conselho e dizia que naquela comunidade pontual estava tendo um problema, aquele líder comunitário

⁴⁷ Informação fornecida por Ubiraci Matildes de Jesus no vídeo “Ouvidoria do SUS e Participação Social”. Produzido a partir do projeto “Rádio Web como estratégia de ouvidoria em saúde: comunicação e participação social”. Brasília: Rádio Web Saúde - UnB, 2003. Vídeo (15 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=KyrBIIS3dpE>. Acesso em: 2 maio 2002.

pensava: “Ele está sabendo coisas da minha comunidade, eu tenho que escutar”. (Entrevistado 12)

A experiência citada mostra que o conselho de saúde, neste caso, funciona muito mais como um instrumento de colaboração ou cooperação, constituindo parte importante da rede. É estabelecida uma relação de cooperação mútua em que ambos os órgãos nutrem seus respectivos trabalhos.

Não bastasse o desafio da Ouvidoria-Geral do SUS quanto às mudanças ocorridas no cenário nacional, e sua necessidade de sustentar o SNO do SUS como mecanismo de participação social, outro desafio apresentou-se nesta categoria, visto que a 16ª CNS (BRASIL, 2019b) retomou a necessidade de as Ouvidorias do SUS se vincularem aos Conselhos de Saúde com eleição de Ouvidores e mandato, traduzindo-se em necessidade de dar ao órgão autonomia. Neste cenário, a Ouvidoria-Geral do SUS tem como desafio posicionar-se: se manterá a postura de ignorar a proposta da CNS, tal como vem fazendo desde 2003, ou se colocará a questão em debate junto aos demais entes federativos sob sua coordenação. Esse posicionamento não tem passado despercebido pelos Ouvidores do SUS, tal como expressado abaixo:

Nunca prestaram atenção em recomendação de conferência! A gestão, ela se preocupa muito pouco, vamos falar a verdade, na hora de se fazer a política pública de saúde. Porque se você fizer uma avaliação, o que se delibera em conferências pouco se cumpre no planejamento estratégico, pouco se cumpre! Por isso não se alcança meta, por isso não se alcança indicadores! Tá provado isso! (Entrevistado 19)

As conferências, como demonstrado nesta categoria, têm funcionado como um espaço privilegiado de construção das propostas de Ouvidorias do SUS, especialmente aquelas Ouvidorias do SUS que já possuem um processo eleitoral para Ouvidor vinculado aos conselhos de saúde. Esse modo de operar dos conselheiros retoma a própria trajetória bastante específica do SUS, e a proposta de reforma sanitária, em que os atores da comunidade epistêmica “movimento sanitário” definiram ações que pudessem ser alcançadas por meio da institucionalização do SUS como política. Essa forma de condução do debate de vinculação da Ouvidoria do SUS aos conselhos de saúde, via conferência, ganha força e revela uma dimensão na qual as instituições estão atentas e funcionando.

3.3 Financiamento das Ouvidoria do SUS

O financiamento é uma importante estratégia encontrada pelo Estado para induzir a implementação de políticas públicas. Segundo Mendes (2014, p. 47), “o financiamento do SUS constitui um nó crítico que não tem sido desatado por nenhum governo, ao longo dos anos”. Mendes (2014) reconhece que existe, de forma geral, um subfinanciamento do SUS e a limitação que isto impõe à construção de um sistema de saúde universal, mas acrescenta que a organização das Redes de Atenção à Saúde não se dará necessariamente com maior investimento financeiro. É comum que as esferas municipal e estadual esperem do governo federal uma contrapartida financeira para que as políticas, principalmente aquelas de proteção social, sejam operacionalizadas, sobretudo porque essa é a organização prevista constitucionalmente, conforme discutido por Ugá *et al.* (2003). De acordo com Mendes (2014):

[...] um bom sistema de financiamento da atenção à saúde é aquele se faz de forma equitativa, que incentiva os prestadores a prover serviços de forma eficiente e com qualidade, que induz a que os serviços produzidos melhorem os níveis de saúde, gerando valor para as pessoas e que permite aumentar o valor do dinheiro empregado. (MENDES, 2014, p. 47)

No SUS, as ações e serviços são realizadas majoritariamente por intermédio de financiamento federal, em que pese a obrigatoriedade constitucional de investimento mínimo de 12% para estados e Distrito Federal e 15% para os municípios.

Em 2006, foi implementado o Pacto pela Saúde; neste, a racionalidade vigente é a sistêmica e está pautada na negociação entre os gestores na região de saúde (ANEXO D), entretanto o pacto mantém a lógica de incentivo financeiro e não interfere de forma significativa no subfinanciamento do sistema.

Os municípios, conforme inciso V do artigo 30 da Constituição Federal (BRASIL, 2000a), têm por competência “organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial”. Quanto à política de saúde, a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a) determina, em seu inciso I, artigo 18, que cabe à secretaria de saúde municipal ou órgão equivalente “planejar, organizar, controlar e

avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”.

Destaca-se que a competência municipal deve ser cumprida considerando-se todos os princípios e diretrizes constitucionais, ratificados na Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), e no Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011c), que regulamenta o SUS. Assim, a participação social, enquanto princípio e diretriz administrativa (ANEXO C), torna-se um mecanismo a ser obrigatoriamente implementado na construção da política de saúde. A criação da Secretaria de Gestão Participativa, em 2003, deu início ao que, em novembro de 2007, por meio da Portaria nº 3.027 (BRASIL, 2007c), foi aprovado como Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS). Esta política possui quatro componentes, a Gestão Participativa e o Controle Social no SUS, o Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, a Ouvidoria do SUS, e a Auditoria do SUS.

Na implementação da ParticipaSUS, uma das estratégias utilizadas foi a indução por intermédio de recurso financeiro, tal como usualmente se faz nas políticas públicas. O recurso em questão foi um método de indução considerável na implantação dos serviços de Ouvidoria nos estados e municípios:

O dinheiro das portarias foi uma forma de incentivar também pra que tivessem recurso pra fazer as ações de qualificação no estado. Para o próprio estado produzir material, produzir os cursos. Foi um período de muito investimento nessa parte, formação e estruturação de Ouvidorias. A gente estabelecia os critérios para quais os municípios iam receber: aqueles que tinham feito a adesão ao OuvidorSUS, aqueles que já tinham uma estruturação que você via que tinha uma decisão do gestor de ter a Ouvidoria. (Entrevistado 17)

Embora o objetivo fosse também a implantação de Ouvidorias, os critérios para o repasse, na fala do entrevistado 17, estavam direcionados aos municípios que já tinham realizado algum movimento para a implementação da política.

Conforme se percebe na fala do entrevistado 8, os municípios priorizaram a execução das ações e serviços a partir do financiamento:

Infelizmente, a gestão municipal trabalha a partir do recurso. Se ele tiver benefício, ele prioriza, se ele não tiver nenhum benefício, ele deixa para o fim da fila, e a Ouvidoria, ela tá nesse modo aí, do que ele deixa lá no último dia da fila dele. A gente tem um trabalho muito grande de sempre estar tentando fazer com que o gestor entenda a necessidade da Ouvidoria, a importância dela pra ele, que nós somos instrumentos de gestão. Nós temos uma lei hoje, que é a 13.460 de 2017, mas todo o país tinha que ter

feito a implementação desta lei e muitos desconhecem. Pensam que a Ouvidoria é uma coisa que ele se quiser implanta, se não quiser ele não implanta. Só que hoje a realidade mudou, hoje ele tem sim a responsabilidade de implantar o serviço, que a Ouvidoria é um critério, e hoje legalmente ela é obrigatória dentro de qualquer serviço da Administração Pública. (Entrevistado 8)

Corroborando esse posicionamento a colocação do entrevistado 5 quando traz a ideia de que o recurso é fundamental para a descentralização da política de Ouvidorias do SUS:

A gente não consegue fazer política de Ouvidoria nos estados e municípios sem recursos. Infelizmente, como eu falei, os gestores não entendem muito bem o nosso trabalho. Quando você vai pra um estado e tenta implantar Ouvidoria dos municípios, o gestor do município ele quer o quê? Saber que recurso eu recebo a partir disso. Eu não posso disponibilizar um trabalhador para cuidar só disso. Tá, eu não tenho equipamento, até porque precisa executar na atenção primária algumas coisas. (Entrevistado 5)

Considerando-se que a Ouvidoria do SUS foi formalmente instituída em 2003, através da criação do DOGES, contam-se aproximadamente 16 anos de existência formal desse serviço no SUS. Neste período, houve alguns momentos em que foram operacionalizados repasses de recursos federais que podem ter beneficiado as Ouvidorias do SUS, como ilustra o Quadro 6.

Quadro 6 – Portarias de repasses financeiros aos entes subnacionais que poderiam beneficiar as Ouvidorias

Portarias MS/GM	Entes financiados	Especificidade para Ouvidorias	Valor Nominal	Valor Real*
3.060/2007	Estados	ParticipaSUS	R\$ 23.860.000,16	R\$ 48.765.130,36
2.588/2008	Estados	ParticipaSUS	R\$ 29.084.937,48	R\$ 56.907.321,09
2.344/2009	Estados e municípios	ParticipaSUS	R\$ 29.905.500,00	R\$ 55.251.700,18
3.251/2009	Municípios	ParticipaSUS	R\$ 7.954.000,00	R\$ 14.695.357,82
3.329/2010	Estados e municípios	ParticipaSUS	R\$ 30.456.500,00	R\$ 53.943.629,97
3.997/2010	Municípios	ParticipaSUS	R\$ 16.151.000,00	R\$ 28.606.161,82
2.979/2011	Estados	ParticipaSUS	R\$ 47.971.095,00	R\$ 80.224.436,74
2.808/2012	Estados	ParticipaSUS	R\$ 29.600.000,00	R\$ 46.478.964,88
1.975/2018	Estados	Ouvidoria	R\$ 17.200.000,00	R\$ 18.697.903,28

Nota: * Deflacionado a partir do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), julho de 2020. Calculadora do cidadão, Banco Central do Brasil.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir das Portarias MS/GM n° 3.060/07 (BRASIL, 2007b), n° 2.588/08 (BRASIL, 2008), n° 2.344/09 (BRASIL, 2009c), n° 3.251/09 (BRASIL, 2009d), n° 3.329/10 (BRASIL, 2010e), n° 3.997/10 (BRASIL, 2010f), n° 2.979/11 (BRASIL, 2011d), n° 2.808/12 (BRASIL, 2012d) e n° 1.975/18 (BRASIL, 2018e).

Ao analisar as portarias emitidas entre 2007 a 2018 em conjunto com as falas dos entrevistados, é possível afirmar que o incentivo financeiro desde o início da Ouvidoria do SUS, tomando-se por referência a criação do DOGES, em 2003, nunca obedeceu a um perfil específico de investimento em Ouvidorias. O recurso não apresentou frequência fixa de repasse; os entes municipais e estaduais não foram contemplados obrigatoriamente de forma direta nas mesmas portarias; os recursos foram repassados, majoritariamente, para o bloco da ParticipaSUS; e ocorreu uma significativa variação dos valores registrados no período.

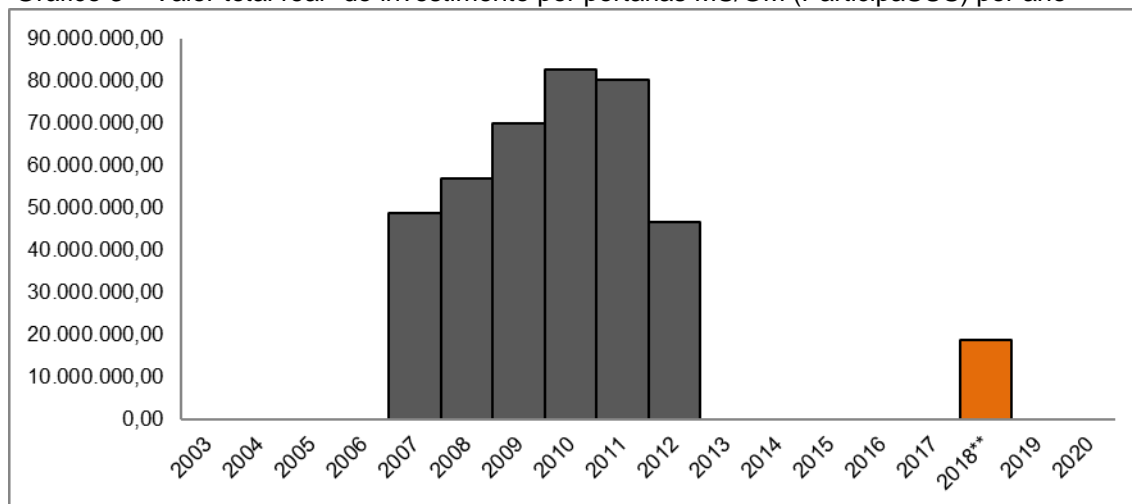
Acho que o DOGES teve um papel muito importante nesse período todo, acho que, por exemplo, no [...] a existência do convênio naquela época lá, um convênio em 2007/2008 por aí, eles fizeram com vários estados, acho que com todos, repassando recurso para a compra de equipamento, coisa das capacitações, acho que isso foi muito importante para isso desencadear. Foi o que a gente utilizou lá para desencadear também o processo de Ouvidoria. Se não tivesse esse convênio para executar e um recurso que era da política ParticipaSUS, talvez a gente não tivesse conseguido se estruturar. Embora a gente poucas vezes conseguisse acessar os recursos do ParticipaSUS, para executar alguma ação, por N razões às vezes não conseguia utilizar, já existia isso, era uma forma de você ter um espaço e de manter aquele lugar. “Não, mas tem o recurso da Ouvidoria. Tem que fazer!” Você conseguia ir articulando algumas coisas, [em] decorrência disso, então acho que isso foi muito importante e de uma forma geral, pelo que eu acompanhei de outros estados também, os que já estavam mais estruturados quando receberam o recurso do ParticipaSUS tiveram avanços na utilização dele. Ainda no Sul a gente não teve muito avanço na utilização, mas pela nossa estrutura mesmo, para executar recurso você precisa de gente, de pessoas para fazer o todo. As pessoas acham que é só ter o dinheiro, não é! (Entrevistado 1)

O entrevistado 1 demonstra que o simples fato de ter o recurso repassado por parte do DOGES significou avanço para a implementação de Ouvidorias, porém esse avanço variou dependendo do estado-membro. Nessa variação, uma questão central levantada é a necessidade da existência de equipe profissional para operacionalização do próprio recurso financeiro. Logo, uma equipe reduzida pode impactar de maneira decisiva na implementação, mesmo que exista recurso financeiro, uma vez que nestes recursos não há previsão para pagamento de pessoal.

A existência do recurso, no discurso do entrevistado 1, aponta também para o fortalecimento político dos profissionais de Ouvidoria, mesmo quando o valor não é utilizado. A presença dos valores repassados por outra esfera de governo àquela Ouvidoria estimulou o Ouvidor a questionar a gestão sobre a necessidade de seu uso. E a partir desse questionamento, outras questões eram negociadas, ou seja, a

simples chegada do recurso financeiro permitiu que o Ouvidor tivesse elementos novos para negociar a manutenção das ações e serviços de Ouvidoria do SUS.

Gráfico 3 – Valor total real* do investimento por portarias MS/GM (ParticipaSUS) por ano



Nota: * Deflacionado a partir do IPCA, julho de 2020. Calculadora do cidadão, Banco Central do Brasil.

** Valor específico para utilização restrito às Ouvidorias do SUS

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir das Portarias MS/GM n° 3.060/07 (BRASIL, 2007b), n° 2.588/08 (BRASIL, 2008), n° 2.344/09 (BRASIL, 2009c), n° 3.251/09 (BRASIL, 2009d), n° 3.329/10 (BRASIL, 2010e), n° 3.997/10 (BRASIL, 2010f), n° 2.979/11 (BRASIL, 2011d), n° 2.808/12 (BRASIL, 2012d).

O Gráfico 3 demonstra que, considerando o valor total deflacionado das portarias da ParticipaSUS, no período da análise, o MS, entre os anos de 2007 e 2010, realizou um repasse crescente aos entes subnacionais. Esse aumento crescente no período também foi observado, no trabalho de Machado, Lima e Andrade (2014), quando examinaram os gastos federais com financiamento geral de ações e serviços pelo MS. Estes autores ainda assinalam que essa ascendência no financiamento do Ministério ocorreu por conta do crescimento econômico geral do país e do tipo de alocação prevista pela EC n° 29 (BRASIL, 2000b) para gastos federais.

No Gráfico 3 também evidencia que os repasses foram interrompidos durante cinco anos consecutivos e retomados em 2018; neste último ano, especificamente para as Ouvidorias do SUS. Ainda que tenha existido uma constância do financiamento entre 2007 e 2012, Antunes (2018) chama atenção para o fato de serem percebidos nesse período três momentos:

O primeiro momento foi marcado pela divisão em quatro componentes estratégicos de ação, sendo a Ouvidoria do SUS, Auditoria do SUS,

Avaliação e Monitoramento e Controle Social; O segundo momento é marcado pelo foco dado na promoção da equidade em saúde, através da elaboração e implantação de comitês técnicos, induzindo a discussão de políticas para populações de vulnerabilidade, assim como também implementação e fortalecimento das CIR [Comissão Intergestores Regional] e do sistema de planejamento; O terceiro momento e último consistia na formalização do COAP [Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde]. (ANTUNES, 2018, p. 94)

A escolha do financiamento por bloco pode representar uma fragilidade se houver diferenciação, como objetivo, entre implantação ou manutenção do serviço de Ouvidoria. Se por um lado a estratégia de financiar em bloco tende a ampliar a possibilidade de utilização do recurso e potencializa algum componente da ParticipaSUS, especialmente nos municípios de pequeno porte, por outro lado, considerado o total de municípios que recebem o valor, este também tende a ser utilizado por aqueles componentes da política mais estruturados ou de maior valor para o gestor ou, ainda, historicamente mais reconhecidos. Deste modo, a Ouvidoria não será contemplada necessariamente com o recurso, já que não existia nenhuma obrigatoriedade, nas portarias emitidas entre 2007 e 2012, de que todos os componentes fossem beneficiados. Esse foi um dado colocado por profissionais de Ouvidorias de diferentes esferas de governo, como segue:

Vem junto! Regulação, auditoria, ele vem tudo junto, então o gestor, ele dá prioridade. A Ouvidoria não é prioridade! Nunca sobra nada pra Ouvidoria, ou eles separam algo para Ouvidoria. Todo mundo que trabalha, os Ouvidores que trabalham reclamam disso, de não acompanhar, de não ter isso identificado, que eles pudessem cobrar. (Entrevistado 3)

As áreas técnicas tinham corpo, tinham força, tinham equipe, isso fazia eles levarem os recursos. (Entrevistado 6)

As portarias, portarias ParticipaSUS, eu lembro de duas, 2.344 a 3.060, fizeram, eu não estava lá ainda, em alguma delas eu acho eu cheguei, no meio de alguma delas. Passava um recurso para os estados, passavam um recurso para os municípios, algumas elas tinham quatro vertentes, que eram as que eu falei, controle social, monitoramento e avaliação, auditoria e ouvidoria. Algumas a gente detectou alguns problemas, que era: eu passava o recurso pro município pra ele executar da forma que quisesse, em gestão participativa, e aí a Ouvidoria começou a ter algum problema. Porque o gestor pegava o recurso todo, por exemplo, e implantava, colocava o recurso no controle social, dentro do conselho de saúde, e colocava o resto do recurso todo em auditoria. Ah, algum município pode ter colocado o recurso todo em monitoramento e avaliação, então não tinha uma obrigatoriedade, em alguns momentos desses, para implantação da Ouvidoria, e isso foi um problema! (Entrevistado 5)

Em 2007, foi regulamentada a primeira transferência de recursos da ParticipaSUS para estados e municípios, por intermédio da Portaria n°. 3.060/07 (BRASIL, 2007b). A análise do anexo desta portaria especifica os “Programas de Trabalho” de onde se originou cada parte do recurso, o que poderia denotar, no plano teórico, uma intencionalidade de atingir uma determinada área ou ação da ParticipaSUS. Todavia, esta possível relação entre o “Programa de Trabalho” de onde proveio o recurso e o equivalente componente da política nunca foi uma exigência na prática. A portaria não deixa isso claro, inclusive não expondo nenhum impeditivo para uso entre os componentes. Também é possível verificar que o Programa de Trabalho que desembolsou maior recurso foi “Ouvidoria Nacional de Saúde” (dez milhões), o que significa aproximadamente 42% do total do recurso da portaria. Comparando-o aos demais programas da mesma portaria, o valor bruto do programa com o segundo maior desembolso é equivalente à metade do valor investido em “Ouvidoria Nacional de Saúde”. Entretanto, a aplicação prática deste recurso em Ouvidorias do SUS, segundo a análise dos relatos, não obedeceu a mesma proporcionalidade.

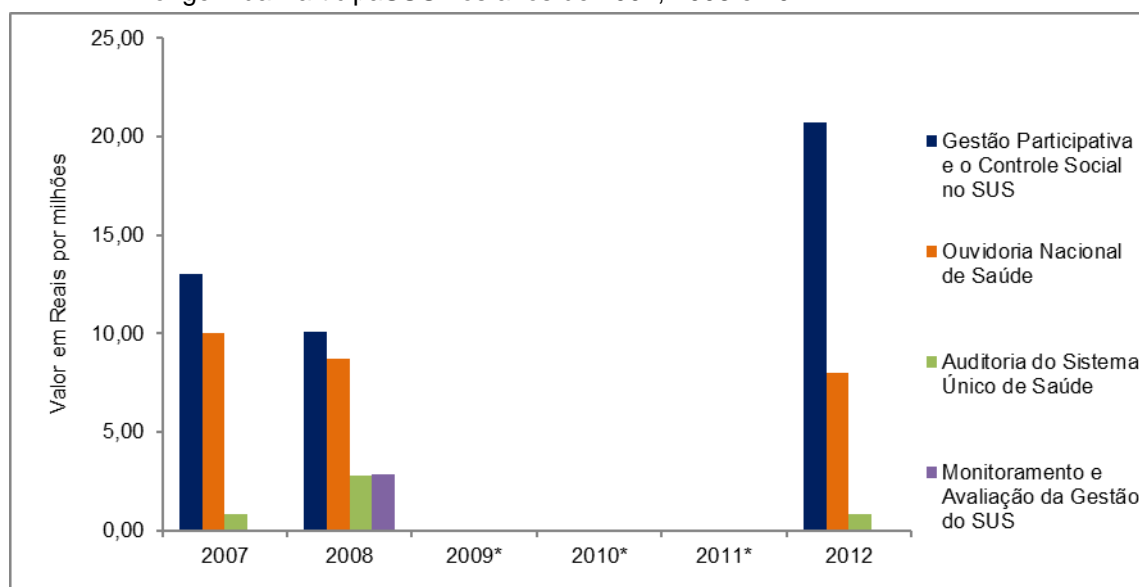
A participação do Programa de Trabalho “Ouvidoria Nacional de Saúde” na Portaria n° 2.588/08 (2008) seguiu rumo parecido. O investimento do programa correspondeu a cerca de 36% do valor total da portaria para o orçamento de 2008, enquanto o segundo programa com maior desembolso representou 53% do valor oriundo de “Ouvidoria Nacional de Saúde”.

As publicações das portarias referentes ao financiamento da ParticipaSUS entre 2009 e 2011 não discriminaram os valores de origem por programas e/ou blocos, o que inviabilizou a continuidade das análises por estes documentos. Ademais, tal mudança restringiu ainda mais a pouca referência que se tinha nas regulamentações, capazes de possibilitar aos Ouvidores elementos de negociação a partir da origem quantitativa do recurso e do peso político de cada um dos blocos.

Em 2012, foi publicada a Portaria MS/GM n° 2.808 (BRASIL, 2012d), que, na sua descrição, a exemplo das portarias emitidas em 2007 e 2008, discrimina os Programas de Trabalho e de onde o recurso foi retirado, de modo que é possível identificar que o investimento do Programa de Trabalho “Ouvidoria Nacional de Saúde” correspondeu a aproximadamente 27% do valor total da portaria para o orçamento naquele ano, enquanto o segundo programa com maior desembolso equivaleu a quase 84% do valor oriundo de “Ouvidoria Nacional de Saúde”.

Conforme já demonstrado nessa categoria de análise, o repasse financeiro, mesmo quando não utilizado diretamente, possui potencial para gerar nos profissionais de Ouvidoria do SUS ampliação da capacidade de negociação. Essa capacidade pode ser compreendida como análoga ao poder de persuasão dos *Defensores del Pueblo*, no sentido, todavia, de garantir a manutenção da qualidade do próprio serviço de Ouvidoria do SUS por meio de sua capacidade argumentativa e persuasiva. Assim, um argumento que merece destaque é o de fato que, se comparado o comportamento da origem dos recursos por blocos da ParticipaSUS nos três anos em que as portarias discriminam o recurso, pode-se inferir que quem mais investiu recursos financeiros foram a Gestão Participativa e o Controle Social no SUS, seguidos da Ouvidoria Nacional de Saúde, conforme mostra o Gráfico 4.

Gráfico 4 – Valores destinados a recursos financeiros descritos nas portarias, por bloco de origem da ParticipaSUS nos anos de 2007, 2008 e 2012



Nota: * As respectivas portarias não apresentaram as descrições dos valores da origem de cada um dos Programas de Trabalho e/ou bloco.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir das Portarias MS/GM n° 3.060/07 (BRASIL, 2007b), n° 2.588/08 (BRASIL, 2008) 8 e n° 2.808/12 (BRASIL, 2012d).

A inexistência de periodicidade na provisão dos recursos e a descontinuidade entre financiamento de municípios e seus respectivos estados apresentam-se à análise como mais uma fragilidade a ser considerada. Todas as portarias MS/GS ParticipaSUS de financiamento, emitidas entre 2007 e 2012, beneficiaram diretamente as 27 unidades federadas, mas aos municípios diretamente apenas quatro delas, tendo duas sido emitidas em 2009 e duas em 2010. Segundo Souza (2012), 817 municípios foram beneficiados diretamente com o recurso entre 2009 e

2010. Se os 5570 municípios brasileiros forem considerados, esse quantitativo não chega a representar 15% do total, e as portarias falham na descrição dos critérios específicos para a escolha desses municípios. Isto caracteriza uma certa descentralização do recurso ao nível local sem uma capacidade técnica de realizar o monitoramento do recurso financeiro e o alcance das metas.

Entre os anos de 2011 e 2012, em que pese as mudanças realizadas na forma de organizar os blocos de recurso, o repasse retomou a ideia inicial de levar os recursos aos estados-membros para que estes pudessem coordenar a chegada do recurso até os seus respectivos municípios. Porém, em relação à utilização específica de parte desse recurso pela Ouvidoria, ainda se encontrou muita dificuldade, não havendo dados precisos do percentual de Ouvidorias do SUS que de fato se beneficiaram. A dificuldade do MS e da Ouvidoria-Geral do SUS para monitorar o investimento, pelo menos no que diz respeito às Ouvidorias, é uma realidade observada pelos profissionais:

A gente tentava, como estratégia política, ligar para municípios que receberam o ParticipaSUS, pra saber o porquê que não implantou Ouvidoria [...] mas tinha essa lógica do gestor poder definir. Algumas não, algumas diziam que a Ouvidoria precisava ser implantada também a partir daquele recurso que era destinado pelo Ministério da Saúde diretamente ao município. Na minha opinião, o problema que o Ministério da Saúde tinha em relação a isso era a incapacidade de fazer o monitoramento do que foi executado realmente. Então, mesmo que você executasse alguma política, a partir da nossa central de atendimento, as informações não conseguiam... a gente não chegava a todas as informações dos 5.568, 5.570 municípios, 300 nas pesquisas que eu vivenciei, 300 e poucos são “silenciosos”, você não consegue o contato. Por seis meses eu vi pesquisa de ouvidoria lá ficar parada em relação ao município de gestão, contato gestor, a gente não conseguia acesso, então eu acho que isso é um empecilho muito grande. Você receber recurso, que é tão... ainda prefiro que passe o recurso... que o Tribunal de Contas não nos escute agora, mesmo que você passe o recurso, ele é mais importante ainda ter o recurso lá, mesmo que o cara não consiga executar uma prestação de contas, mas se ele ainda fez alguma coisa, implantou uma política, isso é mais importante pra gente, mas o monitoramento do Ministério da Saúde, ele não consegue atingir os municípios. (Entrevistado 5)

A dificuldade encontrada no monitoramento do recurso, e a consequente dificuldade para avaliar o possível impacto desses valores nos municípios, contribuiu para que os gestores da Ouvidoria-Geral do SUS, no MS, revissem as formas de repasse financeiro. Estava latente que repassar recursos diretamente aos municípios, sem que houvesse uma capacidade técnica para acompanhar a aplicação dos mesmos, era investir um recurso de um plano de trabalho específico

sem nenhuma garantia de que o plano seria alcançado, especialmente quando esse serviço era manifestamente colocado pelos próprios gestores como algo que não possuía prioridade. Na saúde, este posicionamento é agravado pela dissociação excessiva entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde. Ou seja, é comum criar um cenário de concorrência entre os serviços e ações que operam a assistência direta e aqueles da gestão, como se fosse possível existir um a despeito do outro. Para dar conta de dirimir essa dificuldade, os recursos passaram a chegar apenas aos estados para que esses pudessem coordenar tal recursos aos seus municípios:

Então, esse recurso, quando ele vem, na divisão que foi feita, na minha opinião também de forma cuidadosa, não repassou diretamente aos municípios. Uma questão de prestação de contas foi um pouquinho da discussão que eu tive lá, da dificuldade de prestação de contas que a gente tem em relação a isso. Então, perpetuou-se colocar dentro dos estados pra que os estados pudessem executar a política junto com os municípios. Isso também foi interessante de certa forma, porque trouxe o recurso mais para perto do território. Os estados junto com os municípios pensarem essa lógica. Alguns erros precisam ser consertados, na minha opinião. Exemplo: o estado do Rio de Janeiro recebeu a mesma quantidade de recursos que o estado do Espírito Santo. O estado do Rio de Janeiro tem uma quantidade de municípios muito próximo ao estado do Espírito Santo, então a gente recebe o mesmo quantitativo de recursos. Tem que ter uma perspectiva de população também, porque o estado do Rio de Janeiro no quesito populacional, ele vai trabalhar mais que o estado do Espírito Santo, então o recurso provavelmente não vai ser o mesmo. Eu preciso pensar em relação a isso também! (Entrevistado 5)

Somadas à dificuldade de monitoramento e avaliação, contribuíram também para essa mudança de postura da Ouvidoria-Geral do SUS as cobranças dos órgãos de controle externo. Primeiro porque, em alguns momentos, esses órgãos ajudam na reflexão do uso mais racional do recurso, e isso, por vezes, permite ampliar a capacidade operacional do recurso financeiro, a exemplo do ocorrido no DOGES e retratado na fala abaixo:

Nós melhoramos o projeto em relação ao Disque Saúde 136, e aí o [nome de um técnico] que estava lá, que é um técnico da Ouvidoria, ele é um cara fantástico nisso, a gente começou a estudar como melhorar, porque o Tribunal de Contas da União estava em cima em relação ao processo do Disque Saúde 136, que estava em torno de 30 milhões de reais. [...] O processo de pagamento do Disque Saúde 136, que é a central de *call center*, custava em torno de 30 milhões de reais por ano, e o Tribunal de Contas da União já tinha feito uma série de questões em relação a como foi feito esse processo dentro Ministério da Saúde, pedindo que se trocasse, não era a melhor forma, foi feito uma adesão a uma ata de registro de preço numa época emergencial. Com o novo projeto, novo processo, na licitação,

ele abaixou pra cerca de 14 milhões com mais trabalho, com mais coisas pra executar. Esse valor que sobra, esse valor que a gente consegue captar, ele virou investimento para as Ouvidorias. Então, os 16 milhões, 16.600 aproximadamente, que foram executados [e] disponibilizados para os estados, vieram a partir disso. (Entrevistado 5)

Ainda no tocante à cobrança dos órgãos de controle externo, a ideia de que os entes respondem solidariamente pelos recursos financeiros, cada um de acordo com sua responsabilidade específica, e o apontamento dos órgãos de controle nesta direção, provocaram na Ouvidoria-Geral, em âmbito federal, um sinal de alerta:

Um pouco do que eu senti dessa última gestão foi um pouco disso, um medo, eu acho, do repasse pros municípios em relação aos órgãos de controle. Porque os órgãos de controle, eles não vão cobrar somente aos municípios, perguntando: “E aí, tu executou?”. Não, ele vai perguntar ao Ministério da Saúde, ao Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, por que que ele fez o repasse e se aquele repasse que foi feito conseguiu atingir o objetivo pensado, então o Ministério da Saúde, pra fazer essa resposta, ele vai ter que entender se aquele município, se aquele estado conseguiu executar o recurso que lá estava, e a gente tem vazão “silencioso” mesmo, tá? Ainda tem município que recebeu o recurso lá, que eu não sei. Se você procurar os dados no Ministério da Saúde, a gente não vai saber se ele exatamente executou ou não. (Entrevistado 5)

Outra contribuição que a experiência dos repasses financeiros gerou foi a mudança na forma como se dá a relação entre os entes federados. Esperar que as normatizações e pactuações ocorridas no âmbito das instituições e/ou espaços burocráticos, a exemplo da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), fossem suficientes para que o incentivo financeiro e a consequente descentralização da política de ouvidoria do SUS ocorressem automaticamente seria aguardar para que aqueles entes com maiores dificuldades, ainda que estaduais, fossem excluídos na implementação da política por falta de recurso do ente federal, o que foge ao princípio da equidade do próprio SUS (ANEXO C). Ora, por equidade entende-se que é necessário tratar os diferentes de forma diferente, de modo a diminuir as iniquidades, no sentido de diferenças desnecessárias.

[...] O que eu acho que precisa ser feito também como fizemos no [...], os planos de trabalhos que foram executados, foi um pouco no desespero, na necessidade de fazer. A gente lá no Ministério da Saúde buscava estados. A gestão da época falava assim: “Olha, tem que executar, esse dinheiro não vai”, e a gente ficou com dois estados sem receber, e aquilo, assim, foi chocante pra mim. A gente ainda conseguiu, ia ficar em torno de sete estados sem receber, e à época a definição que a gente tinha da gestão era que, assim, precisa andar com o processo, então se o estado não mandou o plano de trabalho, ele vai ficar sem, mas mesmo assim a nossa equipe

parou, falou: “Vamos fazer uma ligação, projeto aqui, todo mundo faz uma força-tarefa e liga”. E aí só dois estados não mandaram o plano de trabalho, não executaram. (Entrevistado 5)

O relato traz a angústia de quem, em meio à obrigatoriedade de dar conta da burocracia processual da máquina pública, tem suas ações pautadas no princípio da equidade. Os recursos são finitos, não possuem frequência e também não são repassados sem que antes não haja um plano; isso diz da necessidade de poder acompanhar o incentivo financeiro e poder avaliar em que medida alcançará determinadas metas. Contudo, os estados brasileiros são díspares e podem variar muito em sua capacidade resolutiva para responderem à necessidade e ao tempo da burocracia estatal. No caso deste recurso, ficaram sem receber Acre e Rondônia. Nesse sentido, é fundamental que seja oferecido suporte técnico diferenciado na viabilização do cumprimento das etapas a serem cumpridas. No mais, oferecer o governo central esse suporte é dar condições para que estes estados em situação de desvantagem possam disputar internamente com outras ações a partir da captação do recurso financeiro.

Esse movimento dialógico na construção dos recursos financeiros, como indutor da descentralização da política de Ouvidoria do SUS, deve ser estimulado entre todos os entes federativos. É a capacidade de construção de diálogo entre os entes federativos que permitirá a melhor captação de recurso pelos entes subnacionais, e a potencialização do uso de maneira racional. Quanto maior a capacidade de negociação institucional, melhor a compreensão no cenário local e o impacto que um determinado recurso financeiro pode gerar em uma determinada população. Essa noção de construção coletiva a partir da realidade de cada município está presente na fala do entrevistado 5 quando diz:

Em relação ao financiamento, como eu te falei, ele muito é importante, e eu acho que precisa que os estados façam uma aproximação com os municípios. A partir de um próximo recurso que vem, entender o que esses municípios precisam na realidade deles também. Não dá para só o estado pensar e discutir, falando: “Olha, eu vou comprar 36 computadores porque eu quero implantar 36 Ouvidorias em tais municípios”. É muito mais do que isso. Se é, mais uma vez, uma rede de Ouvidorias, uma política transversal e etc., a gente precisa estar junto nessa construção também do recurso. (Entrevistado 5)

Passados seis anos do último financiamento por blocos, que permitiram as reflexões profissionais anteriormente discutidas, em de 29 de junho de 2018 foi

emitida a Portaria MS/GM nº 1.975/2018 (BRASIL, 2018e), que estabelece incentivo financeiro destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no SUS, no âmbito da ParticipaSUS, com foco na implantação, descentralização e qualificação das Ouvidorias do SUS. Cabe destacar que esse financiamento só foi possível por conta da revisão do processo de pagamento da central de *call center* 136 já citada – uma demonstração de que a revisão dos processos em execução, na lógica do uso racional dos recursos, pode beneficiar novas ações no serviço sem que exista necessidade de novos orçamentos. Outra novidade na alocação deste recurso foi a especificidade de atender às Ouvidorias do SUS exclusivamente.

Esta Portaria nº 1.795/2018 (BRASIL, 2018e), que tinha por objetivo o repasse aos estados, deixou claro em seu artigo 3º que se tratava de recursos exclusivos para “aquisição de bens e serviços necessários à execução de ações de Ouvidorias do SUS”, e elencou que os estados e Distrito Federal deveriam pactuar as ações a serem implantadas na CIB e no Colegiado Gestão da Saúde do Distrito Federal:

A última portaria foi a 1.975 [que] caiu em dezembro de 2018. Nós estamos trabalhando esse ano, foi uma transferência única, mas o novo diretor do Ministério, o Sérgio, ele deu a esperança de conseguir pro ano que vem [2020] mais um recurso. Só que é aquilo! Eles não mandam pra todo mundo, a gente tem que fazer um plano de ação dizendo o que vai desenvolver com aquele recurso, aí vai para aprovação e eles devolvem. [...] O recurso é do estado! Aí nós fizemos um plano de ação, que foi pactuado em CIB, e contemplamos 33 municípios pra fazer a disponibilização de um *kit* de informática. Nós tivemos alguns critérios de seleção. Foram alguns municípios que implantaram a Ouvidoria, que fizeram o sistema OuvidorSUS, que mandaram termo de cooperação técnica para o Ministério, houve um processo. E os outros, nós contemplamos com oficinas descentralizadas, disponibilizando hospedagem, alimentação, alguns treinamentos, e aí a gente incluiu todo mundo [na utilização do recurso]. Nós fizemos a divisão de recurso desta forma: a parte de investimento, que a gente vai comprar os *kits* de Ouvidoria, e o resto do recurso que é de custeio a gente está dando esse apoio técnico, fazendo as oficinas regionalizadas. (Entrevistado 8)

As portarias descritas no Quadro 7 demonstram que, de modo geral, os estados foram capazes de realizar o plano e apresentar na CIB. Deve-se considerar que esta não é uma atividade simples, pois existe uma diversidade significativa entre as realidades de cada um dos 25 entes federados que conseguiram aprovar a captação do recurso. As Ouvidorias do SUS estaduais se apresentam em diferentes estágios de implantação e possuem diferentes estruturas e capacidade institucional de trabalho, de forma que é possível afirmar que a existência de recurso financeiro,

oferecido especificamente para as Ouvidorias do SUS em âmbito estadual pela Ouvidoria-Geral do SUS, foi capaz de mobilizá-las, ampliando a visibilidade das mesmas nas reuniões das CIB. Apenas os estados do Acre e Rondônia não realizaram a captação do recurso por não cumprirem a construção e aprovação na CIB do plano de trabalho.

Quadro 7 – Estados e respectivas resoluções ou deliberações CIB que aprovaram o Plano de Ação para a utilização dos recursos da Portaria GM/MS nº 1.975/2018

Estado	Documento
Rio Grande do Sul	Resolução CIB nº 79/2019
Santa Catarina	Deliberação CIB nº 271/2018
São Paulo	Deliberação CIB nº 103/2018
Rio de Janeiro	Deliberação CIB nº 5.708/2019
Minas Gerais	Deliberação CIB nº 2.801/2018
Espírito Santo	Resolução CIB nº 269/2018
Mato Grosso do Sul	Resolução CIB nº 61/2019
Mato Grosso	Resolução CIB nº 34/2019
Goiás	Resolução CIB nº 228/2019
Maranhão	Resolução CIB nº 22/2019
Piauí	Resolução CIB nº 103/2018
Ceará	Resolução CIB nº 91/2019
Pernambuco	Resolução CIB nº 5197/2019
Alagoas	Resolução CIB nº 60/2019
Bahia	Resolução CIB nº 01/2019
Tocantins	Resolução CIB nº 316/2018
Pará	Resolução CIB nº 200/2018.
Roraima	Resolução CIB nº 03 e 06/2019.

Fonte: ALAGOAS (2019); BAHIA (2019); BRASIL (2018e); CEARÁ (2019); ESPÍRITO SANTO (2018); GOIÁS (2019); MARANHÃO (2019); MATO GROSSO (2019); MATO GROSSO DO SUL (2019); MINAS GERAIS (2018a); PARÁ (2018); PIAUÍ (2019); PERNAMBUCO (2019); RIO DE JANEIRO (2019); RIO GRANDE DO SUL (2019); RORAIMA (2019a, 2019b); SANTA CATARINA (2018); SÃO PAULO (2018); TOCANTINS (2018).

Durante a pesquisa das resoluções e/ou deliberações da CIB quanto à aprovação dos planos de ação para recebimento do recurso financeiro, observou-se que não é comum a ocupação das pautas da CIB com o tema Ouvidoria. Ao que parece, são poucas as Ouvidorias do SUS no âmbito estadual, a exemplo das

Ouvidorias do SUS do Paraná e do Rio de Janeiro, que possuem na CIB um espaço efetivo para pactuação deste serviço com os municípios. Assim, pode-se dizer que o recurso exclusivo para utilização com bens e serviços para execução das atividades de Ouvidoria do SUS, somado à exigência de pactuação em CIB, também funcionou para induzir a inclusão do serviço como um tema importante a ser abordado na CIB. Essa constatação reforça a ideia do recurso financeiro como indutor estratégico no fortalecimento político dos atores que atuam nos serviços de Ouvidoria.

Porém, é necessária atenção ao modo como a aplicação do recurso por intermédio dos estados impactará nos respectivos municípios. A utilização da CIB, enquanto pactuação do plano de ação, foi estratégica, mas a CIB não foi utilizada na mesma potência para pactuação do monitoramento dos recursos financeiros. Cabe ressaltar que esse mecanismo de financiamento via estados-membros foi uma estratégia para ampliar a capacidade da Ouvidoria-Geral do SUS, MS, no monitoramento dos recursos. Entretanto, essa experiência mostra que a fragilidade que possuía o Ministério no monitoramento dos recursos financeiros passados diretamente aos municípios, tal como demonstrado anteriormente, se reproduz também em alguns estados:

Nós passamos na CIB, nós pactuamos na CIB no mês passado que nós daremos um computador pra cada Secretaria Municipal de Saúde para ser utilizado na Ouvidoria [com a verba da Portaria nº 1.975/2018]. Como a realidade é muito diferente, aqui no estado, de município para município, fica um pouco complexo de fazer esse acompanhamento. Então, como que a gente acompanha o funcionamento da Ouvidoria aqui no estado? Levando em consideração a deliberação [que fala dos critérios de implantação], se tem aqueles critérios, a gente faz isso através de nossas Ouvidorias regionais que estão em contato direto com nossos ouvidores municipais. É dessa forma que a gente faz o acompanhamento das Ouvidorias. As que usam o mesmo sistema informatizado, a gente vai acompanhando também as demandas, se está entrando demanda, se não está entrando demanda, o que está acontecendo, é dessa forma que a gente acompanha. (Entrevistado 4)

A fala do entrevistado 4, que atua em uma Ouvidoria do SUS estadual, em um estado que possui inclusive regionais administrativas estruturadas, expressa essa dificuldade no monitoramento do recurso. Enquanto a Ouvidoria do SUS do estado do Rio de Janeiro – conforme será discutido nos próximos parágrafos com relação à sua experiência com o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI) – conseguiu realizar o monitoramento presencial do recurso, no estado em que atua o entrevistado 4, esse procedimento não se apresenta como uma possibilidade.

Na análise desta categoria, “Financiamento das Ouvidoria do SUS”, foi possível verificar também a experiência do estado do Rio de Janeiro na alocação de recursos financeiros próprios, o que beneficiou algumas Ouvidorias do SUS em hospitais e SMS. Não se tratava de recurso específico para Ouvidorias, mas o fato de existir entre o ente estadual e o municipal maior proximidade, comparando-se à União, somado a uma maior capacidade de monitoramento do alcance das metas, beneficiou mais a alocação do recurso nas Ouvidorias. A SES-RJ criou, em 2009, o PAHI Municipal, repassando recurso financeiro para municípios com até 115 mil habitantes. Em suas metas, entrou a implantação de Ouvidorias hospitalares e/ou municipais:

Ele era um recurso do estado para os municípios. Cada município tinha um valor que era repassado e a gente tinha que fazer visita pra monitorar esse recurso. Esse recurso era um recurso pra um ano [...] repassava metade do recurso. Antes de passar a segunda parcela, a gente fazia visita pra ver se esse repasse da primeira parcela, se ele foi utilizado ou não. A nossa obrigação, visitando os hospitais e tudo mais, quando era... quando a gente constatava que não havia implantação da Ouvidoria dentro do hospital ou estava abaixo de 50%, a gente tinha um *checklist* que a gente foi acrescentado com o tempo, modificando com o tempo, quando a gente ficava abaixo, ou quando a gente riscava que não tinha nada, era o nosso grande problema. O gestor, ele nunca quer passar pro estado que ele não fez nada, e aí era muito interessante porque a gente ia para a direção do hospital, o diretor geralmente de município pequeno, ele não quer assinar isso, e aí ia parar na sala do secretário de saúde. O secretário de saúde não queria perder o recurso, e aí era o grande embrólio do negócio. Mas eu sempre explicava meu papel ali como servidora pública, que eles tinham que assinar aquele papel, que estava ali, todo mundo sabia que eu estava ali, que eu tive um recurso pra estar ali, um carro pra me levar [...] então, eu tinha que trazer uma resposta. [...] era um momento muito complicado. A gente, do total desses municípios [que receberam o recurso], a gente tinha mais ou menos de 20 a 30% de municípios que não cumpriam, municípios muito pequenos, onde a política é completamente diferente, é um mundo completamente diferente do que a gente vive em um município maior. A política é muito... você conhece secretário de saúde, você anda com ele, fala com ele, tudo eu falo com prefeito, tudo eu falo com secretário de saúde, ele é meu vizinho. Então, eram municípios altamente políticos e com pessoas e uma população muito desinformada de seus direitos. Tinha municípios muito pequenos, eu lembro assim, principalmente na região noroeste e na serrana. Eram as duas regiões que a gente tinha mais problema, que era mais gritante! Os problemas em relação a essa verba não ser utilizada de forma correta. (Entrevistado 7)

O recurso citado beneficiou no mínimo 61 municípios do estado do Rio de Janeiro, retirando-se aquele percentual que o entrevistado 7 relata não ter cumprido a meta, de modo que são entre 43 e 49 Ouvidorias do SUS beneficiadas em um universo de 61. O cenário apresentado é um exemplo do quão potente pode ser a

indução de recursos financeiros realizada e monitorada pelo ente estadual para a política de Ouvidoria. Este olhar de coordenação e descentralização da política de Ouvidoria, quando conduzido pelo estado, contribui para que os recursos financeiros sejam distribuídos de forma mais equânime, além de tencionar o uso racional do recurso pelos municípios na medida em que inicialmente são pactuadas as metas para posteriormente serem liberados os recursos. No caso do PAHI, a Resolução SES nº 937/2014 (RIO DE JANEIRO, 2014), por exemplo, institui as seguintes metas:

1. Serviço de ouvidoria implantado e em funcionamento. O serviço de atendimento às manifestações do cidadão será considerado implantado se atender as seguintes diretrizes:

- Disponibilizar espaço físico de fácil acesso, específico para o serviço, climatizado, identificado claramente para o atendimento ao usuário, com condições de acomodar a equipe de trabalho e atender de forma personalizada e reservada o cidadão;
- Garantir infraestrutura adequada para o exercício da atividade (mobiliário, aparelho de telefone, aparelho de fax, computador, acesso à internet);
- Disponibilizar, no mínimo, três formas de acesso do cidadão à ouvidoria (atendimento pessoal, atendimento telefônico, urnas, recebimento de correspondências, correio eletrônico, estratégias de ouvidoria ativa);
- Garantir equipe profissional capacitada para atuar na ouvidoria. A equipe deverá ser dimensionada em função da demanda do serviço.

O serviço de atendimento às manifestações do cidadão será considerado em funcionamento se:

- Estabelecer fluxo de encaminhamentos das manifestações recebidas;
- Estabelecer os prazos para resposta das áreas envolvidas;
- Confeccionar relatórios mensais da produção da ouvidoria.

As unidades hospitalares deverão apresentar evidências dos seguintes itens:

- Apresentar todas as diretrizes estabelecidas para a implantação da ouvidoria;
- Fluxo de trabalho estabelecido na ouvidoria (acolhimento da manifestação, análise, encaminhamento para a área envolvida, análise da resposta recebida e encaminhamento da resposta ao cidadão);
- Relatórios consolidados dos atendimentos realizados nos primeiros seis meses do programa, com apresentação das principais melhorias implementadas na unidade;
- Capacitação da equipe de trabalho;
- Formas de divulgação da ouvidoria;
- Participação em fóruns (internos e/ou externos) para divulgar o relatório periódico.

As unidades hospitalares que implantaram ou mantiveram o Serviço de Atendimento às manifestações do cidadão receberão o repasse do Bônus I por 6 (seis) meses, sendo avaliadas nesse período. Qualquer não conformidade acarretará no cancelamento do repasse até que sejam cumpridas as exigências.

As unidades que não possuem o serviço implantado e que aderiram em 2012 ao Programa de Apoio aos Hospitais do Interior não receberão o recurso referente a este bônus até que este serviço esteja implantado e em funcionamento.

As unidades que aderirem ao PAHI/2014 e que não receberam o recurso para implantação em 2011, 2012 ou 2013, receberão 6 (seis) meses de repasse, porém, caso não seja implantado o serviço de ouvidoria, não serão realizados os repasses subsequentes.

A avaliação será realizada através do instrumento denominado “Lista de Verificação”, onde estarão descritos itens essenciais para a implantação e funcionamento do Serviço de Ouvidoria. (RIO DE JANEIRO, 2014)

Entretanto, este cenário de financiamento estadual não é uma realidade para a maioria dos municípios do país. A realidade é que os estados, pelo menos no que diz respeito às Ouvidorias, tal como os municípios, aguardam do ente federal o recurso financeiro para que possam implementar as Ouvidorias do SUS, e quando o recebem, não possuem autorização para que este recurso seja repassado em espécie. A fala do entrevistado 4, abaixo descrita, demonstra que o recurso financeiro em espécie dos estados para as Ouvidorias municipais não é uma realidade:

Nós não temos recurso financeiro do estado que possa ser repassado para as Ouvidorias municipais. Como que a gente repassa? A gente repassa através de material de divulgação, que a gente faz e manda para os municípios, dando hospedagens para os municípios nas capacitações, alimentação. Então, é dessa forma que a gente repassa por enquanto. (Entrevistado 4)

A estratégia de repasse material, que funciona bem para a implantação de Ouvidorias e ampliação da capacidade de estrutura das mesmas, em algum momento precisará ser repensada. Existem necessidades na provisão do serviço que extrapolam o mobiliário, os equipamentos, as passagens e a hospedagem para a realização de formação. Outra questão que se coloca é a identidade visual (logomarca) que identifica as Ouvidorias dentro de uma política de saúde com referências visuais do próprio município. Essa identidade visual configura uma forma de comunicação entre o município e a sua população e, por vezes, o repasse de material de divulgação não leva essa questão em consideração. No mais, é necessário pensar em que momento, de fato, poderão contribuir o estado e a União com a autonomia do ente local e sua capacidade de planejar o recurso através de suas especificidades:

O Ministério da Saúde agora, recentemente, fez um repasse de 1 milhão de reais para a Ouvidoria do estado. Eu estou lá em cima da nova Ouvidora, eu quero e tal, mas ela me convenceu que realmente não é toda Ouvidoria que é igual à nossa, que ela não pode ser injusta, mandar dinheiro pra uma e não mandar pra outra. Eu entendi! A gente teve uma conversa muito legal, muito transparente, isso é muito legal. Mas quando a [citou a Ouvidora anterior] estava saindo e esse dinheiro estava pra chegar, eu falei: “Pelo amor de Deus, eu não tenho nem lugar para colocar móvel lá mais”. Ela riu. Eu não quero móvel, não quero, eu doe, eu ganhei muito computador, do Ministério da Saúde, da ParticipaSUS, eu ganhei oito computadores, eu preciso de quatro. O que eu fiz? Olha que legal que eu fiz! Eu fiz o levantamento de setores pontos de respostas que não tinham computador e fiz um empréstimo, um comodato e doe. Depois eu ganhei mais dois computadores, ganhei computadores pra caramba, emprestei pro conselho, pro HPS [Hospital de Pronto Socorro], para a Regulação, setor lá que estava sem. Eu tenho tudo isso em termo lá, até foi o ano passado um fiscal do Ministério, de Patrimônio, ele ficou muito assim... “Nossa, que legal”. Ele viu tudo, xerocou. Eu falei: “O Sr. quer ir nos lugares?”. “Não, não precisa não.” Eu fiz uma doação mesmo, mas eu fiz os termos, eu tomei cuidado. Ele falou: “Não. Está legal”. E agora ano retrasado nós recebemos um computador, uma impressora com escâner, que ajudou muito, impressora era um problema que eu tinha lá, uma mesa, um armário, uma longarina e quatro cadeiras de escritório. Recurso do estado mesmo. O estado nunca fez repasse pra gente, pra financiar nossas atividades, só a União. O estado sempre optou por comprar, eu falei pra ela, eu e algumas Ouvidorias já instituídas, já resolvidas na vida, o que quer, não queremos mais isso. Nós queremos financiamento, nós queremos ter dinheiro. (Entrevistado 20)

Verifica-se ainda que neste estado a lógica de operacionalização do recurso financeiro foi a mesma, não diferenciando, inclusive, as Ouvidorias municipais do SUS de Ouvidorias de hospitais estaduais. Na busca da utilização justa dos valores, foi oferecido material padronizado, conforme observado no relato de um dos Ouvidores da rede hospitalar, que segue:

Nós tivemos o recebimento, inclusive até isso foi padronizado também. Hoje o mobiliário que compõe todas as Ouvidorias [...] o mobiliário é padronizado. Então, nós recebemos mesas, cadeiras, armários, longarina. Então, assim, é tudo padronizado e isso aí foi pago tudo, computador também nós recebemos e impressoras. Isso tudo foi pago com recurso da Ouvidoria-Geral [da Saúde] do Estado. O que a gente buscou na [cita a unidade de saúde] foi a disponibilização do espaço para que as Ouvidorias funcionem, mas o mobiliário que compõe foi todo comprado e doado pra [cita a unidade de saúde] através da Ouvidoria-Geral [da Saúde] do Estado. (Entrevistado 11)

No contexto apresentado pelo entrevistado 20 e o entrevistado 11, percebe-se que o ente estadual manteve a forma de investir o recurso financeiro que já havia realizado quando se tratava de recurso advindo da União. Caracteriza-se, desta maneira, um certo padrão (ou modelo de investimento) da aplicação de recursos em Ouvidorias do SUS, independentemente se originários da União ou do estado. O

órgão estadual não considerou as diferentes realidades das Ouvidorias municipais, a diferenciação do cenário de uma mesma Ouvidoria municipal no primeiro e no segundo momento de chegada do recurso, tampouco as especificidades das Ouvidorias do SUS na esfera municipal e na esfera estadual sob sua responsabilidade.

Importante apontar que a justiça, evocada como justificativa para manter o padrão de utilização dos recursos financeiros adotados pelo estado em direção às Ouvidorias do SUS nos municípios em questão, não está necessariamente na igualdade da distribuição defendida. Avaliamos que falar de equidade no financiamento parece mais propício e, neste sentido, aponta-se a equidade de financiamento horizontal e de financiamento vertical. No primeiro, propõe-se tratar igualmente os iguais, enquanto o segundo diz respeito ao tratamento desigual para os desiguais (SCHENKMAN, BOUSQUAT, 2019; VARGAS; VAZQUEZ; JANE; 2002).

A pesquisa também explicitou que a capacidade de articulação e planejamento de algumas Ouvidorias do SUS em seu próprio âmbito de governo tem possibilitado às mesmas maior captação de recursos ou, ao menos, maiores condições de disputá-los. Quando a gestão da Ouvidoria do SUS é realizada por alguém tecnicamente capaz de planejar as ações, a arrecadação e o uso do recurso, são maiores as chances de implementação do órgão. Assim, as ações de descentralização da política de Ouvidoria do SUS devem considerar um conjunto de formações que estão além daquelas relativas à ação direta do Ouvidor com o cidadão. O Ouvidor do SUS é também um gestor deste órgão, e a sobrevivência desta estrutura depende em grande medida de sua desenvoltura com as ferramentas de gerenciamento do SUS e da ocupação dos espaços do SUS destinados à construção dos elementos gerenciais da política de saúde:

Bom, eu vou falar assim, primeiro como a gente trabalha, durante o normal a gente trabalha... a gente está na PPA [Plano Plurianual], a gente já trabalhou esse ano de 2020 a 2023, a gente já está se enxergando, porque aconteceu um problema, em 2017 tiraram a Ouvidoria da saúde. Aí a gente ficou sem ter, a gente ficou atrelado à regulação, depois que foi nomeado o Ouvidor-Geral do estado, ele conseguiu trazer de volta. [...] Agora a gente se enxerga no PPA como Ouvidoria mesmo, serviço. A gente sempre teve essa preocupação de acompanhar o que era programado e a gente acompanha o valor que vem anual, faz o planejamento por quadrimestre e acompanha o que é do Estado que é destinado ao serviço que a gente faz, material, programa visitas. Quanto ao recurso que vem do Ministério da Saúde, a gente nunca recebeu diretamente pra Regional, sempre vem pro

estado e elas determinam o que vai ser feito. Recentemente com esse do PROMOVUSUS⁴⁸, vai ser comprado equipamentos que foi o que a gente estava precisando, que era para as palestras. Elas fizeram o levantamento do que tinha que comprar, porque desde 2010 que a gente tem o equipamento, que foi dado no início e depois nunca mais foi dado nada e projetor dá problemas, e aí agora a gente está na esperança. O que eu vejo, assim, falando da experiência de acompanhar, é que também essa questão de recurso ela exige do profissional que está à frente tenha, vá em busca de conhecimento, de conhecer um pouco de orçamento, não ficar só lá reclamando, e eu vejo que são poucos que vão atrás. A experiência que a gente tem lá na regional é que como os cargos de chefia lá são todos de indicações políticas, tem anos que são muitos difíceis pra gente, mas a gente por conta de estar em cima: “Olha, o recurso é esse. Eu quero saber”, teve uma situação assim que foram priorizadas outras coisas e a gente teve que acionar mesmo, de ligar e falar com ela, Ouvidora-Geral do SUS do estado, pra ela intervir que não estavam deixando a gente conseguir fazer o trabalho, mas isso porque a gente estava em cima conhecendo. Aí eu vejo que tem situações que os Ouvidores acabam se acomodando e aí como eu falei, a Ouvidoria é muito de se reinventar, de enfrentar as dificuldades diárias, essa questão do orçamento. (Entrevistado 3)

Quando o Ouvidor/Gestor está capacitado, ele não só arrecada, mas também compreende quando e como deve usar esse recurso. Ele possui estratégia que lhe possibilita o uso racional. E no caso das Ouvidorias do SUS que até então não possuem repasses financeiros regulares das esferas federal e estadual, ter um gestor capacitado em gestão pública de saúde é um fator que contribui em grande medida com o desempenho das ações da Ouvidoria.

A partir de 2008, eu acho, o Ministério da Saúde liberou para os estados umas portarias de recurso, não só para os estados, mas também para alguns municípios com mais de 100 mil habitantes. Esse recurso, ele veio pra que a gente pudesse fazer essas ações, o Ministério da Saúde fazia o deslocamento fundo a fundo para os estados [...], onde a gente podia utilizar pra isso, pra implantação dos serviços, fazer visita técnica, pagamento de diária e fazer material gráfico. Só não poderia comprar as coisas, era financiamento de custeio e não de investimento, aí a gente conseguia fazer todo esse processo utilizando esses recursos. Além desses, a gente também tinha o recurso da rubrica estadual, que a gente conseguia através do PPA com as nossas ações. A gente não teve muita dificuldade em relação a isso não! O PPA, ele é a cada quatro anos, agora a gente está fazendo a construção do PPA 2020-2023. Nós já planejamos as ações, quanto é que vai ser gasto pra cada ano, e eles distribuem esse valor pelo ano. Nós orçamos para quatro anos e aí divide por quatro. Cada ano a gente pode usar aquele recurso. Na realidade, a gente utiliza mais o do Ministério da Saúde, que é um pouco mais fácil, só utiliza o do estado para complementar alguma coisa. Aí nosso financeiro também faz uma dancinha, tem hora que tira do estado, tem hora que ele tira do federal, e vai fazendo assim. (Entrevistado 8)

⁴⁸ Programa de Modernização das Ouvidorias do SUS - PROMOVUSUS/DOGES/MS. O Programa de Modernização das Ouvidorias do SUS visa ampliar, aprimorar e inovar as atividades de Ouvidoria nos órgãos e entidades dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Essa estratégia busca a qualificação dos profissionais e dos serviços de Ouvidoria, além do fortalecimento da Rede Nacional de Ouvidorias do SUS (BRASIL, 2019, p. 33).

Essa postura apresentada pelo entrevistado 8, de considerar as dificuldades de utilização do recurso, as necessidades do serviço e os momentos para se optar pela utilização de uma ou outra fonte conforme a esfera de origem, é uma estratégia que contribui para a implantação da política de Ouvidoria do SUS, pois são ações que viabilizam a implantação e manutenção da Ouvidoria do SUS em um cenário de financiamento inconstante que, por si só, tende à inviabilização do serviço. Segundo Menicucci (2007), referindo-se ao financiamento do SUS de modo geral, a instabilidade do volume e forma de repasse do financiamento são fatores, dentre outros, responsáveis pela queda da qualidade dos serviços de saúde. Mas foi também a confiança dos gestores locais na chegada dos recursos advindos do governo federal que possibilitou ganhos incrementais ao processo de descentralização do próprio SUS, visto que, em alguns momentos, a indução do órgão federal se deu com base nesta confiança. No caso específico das Ouvidorias do SUS, os atores envolvidos no cenário têm admitido que o financiamento é instável e que precisam ser tomadas medidas para corrigir isto, tal como relata um dos entrevistados do governo federal:

Em relação ao financiamento, eu concordo! Eh... foram, foram pontuais os financiamentos, nunca de forma perene, e é preciso pensar sim, eh... o financiamento pra política de ouvidoria, e da esfera federal mesmo, que é quem tem mais recurso, pros estados e pros municípios também. E aí em contrapartida do, todo mundo tem que ter contrapartida, o ente, né?! O estado acho que tem sua contrapartida, tanto em execução, pra dentro do estado, quanto pra disponibilização dos recursos para os municípios, da mesma forma o município ter parte daquele recurso que ele executa, que ele recebe, mas qual é a contrapartida dele pra executar isso? Eh.... uma política de Ouvidoria que pense o financiamento, e isso é muito difícil, tá?! Lá a nível federal, discutir isso em Tripartite, na CIT [Comissão Intergestores Tripartite], é extremamente complexo. Porque tu falou de recurso pros gestores eles vão arrepiar, eh... em um momento com Ricardo Barros, que eu tive no evento que a gente fez [...] eu tava com Ricardo Barros quando a gente falou sobre a necessidade de passar a lógica da ouvidoria dentro da CIT, eh... a gente tava falando da Política Nacional de Ouvidoria, os Ouvidores sempre quiseram, eh... ele bateu o pé na hora e falou assim comigo: "Mas isso daqui vai onerar os municípios, de jeito nenhum!". E estava certo! Ele não estava errado. Uma coisa que eu vou onerar recurso, eu tenho que pensar antes qual vai ser o impacto disso ali na frente. Eu acho que isso é um dificultador, mas é preciso defender que o Ministério da Saúde, que a esfera federal disponibilize sempre recurso aos estados e municípios [...] a gente já falava isso, é preciso ter recurso perene, sempre! Por lei, por portaria, por não sei, mas é preciso ter financiamento disso! (Entrevistado 5)

A fala anterior destaca a necessidade de refletir o gasto financeiro de maneira responsável, e admite a necessidade de estabilidade e regularidade de repasse de

financiamento, especialmente de repasse do governo federal. Mas traz também, em certa medida, a Ouvidoria para um segundo plano quando associa seu debate na CIT especificamente à possibilidade de onerar os municípios. Ora, a Ouvidoria corresponde a um princípio e a uma diretriz administrativa do SUS; sua atuação pode inclusive contribuir para o melhor uso do recurso público. Acrescenta-se que apresentá-la como um tema a ser debatido na CIT é no mínimo esperado, uma vez que possui elementos suficientes para caracterizar-se como pauta. A CIT é um fórum cuja função é discutir e elaborar as propostas para operacionalização do SUS, incluindo as questões de gerenciamento e financiamento. É o espaço de negociação e pactuação entre os gestores, instrumento que possui função fundamental e, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, dão materialidade às questões relevantes do SUS. Não pautar a PNO na CIT é no mínimo contraditório, pois trata-se de um pilar estrutural da ParticipaSUS.

Deste modo, garantir recurso financeiro de maneira estável e regular, com contrapartida de estados e municípios para a política de Ouvidoria do SUS, passa obrigatoriamente pela capacidade de a Ouvidoria-Geral do SUS pautar a discussão desta política nos diversos espaços de negociação na esfera federal. Nesta compreensão, a CIT é um espaço essencial para este debate, e indispensável para um assunto que se propõe à política nacional. Essa discussão será retomada na categoria “A escrita da Política Nacional de Ouvidoria do SUS (PNO)” que encerra esta tese.

Por fim, discutir financiamento das Ouvidoria do SUS é também debater o seu grau de autonomia. Segundo Gomes (2016), quando estudou modelos de Ouvidorias públicas brasileiras, o quesito financiamento foi capaz de interferir significativamente em sua autonomia para atuação, articulando dois conjuntos de critérios, os estruturais e os funcionais, que consideraram, dentre eles, a dependência administrativa e financeira.

3.4 Descentralização dos serviços de Ouvidoria do SUS

A saúde brasileira é dever do Estado garantido na Constituição Federal. Sua operacionalização possui responsabilidade solidária entre os três entes federativos e devem obedecer, dentre outros, a três diretrizes organizativas. Segundo o artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/88) (BRASIL, 2000a):

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.

O desenho macropolítico citado traz aos entes federativos responsabilidades específicas, as quais não podem abrir mão de cumprir. Assim, a promoção de atendimento integral em saúde, de maneira eficiente e sem sobreposição das ações e serviços prestados, deve ser descentralizada entre entes. Ou seja, parte-se do princípio de que o governo federal, por intermédio do MS, e os estados, Distrito Federal e municípios, por meio de suas respectivas Secretarias de Saúde, ou órgãos afins, possuem obrigações de fazer específicas que se organizam em forma de SUS. Destaca-se que esse processo de construção e operacionalização deve estar fundamentado na participação da comunidade.

Apostou-se na descentralização como estratégia para que a política de saúde alcançasse a universalização. Segundo Arretche (1997), essa foi uma estratégia utilizada por inúmeros países na década de 1980, e a política de saúde no Brasil é o melhor exemplo de avanço no que refere à reforma de tipo descentralizador. A mesma autora acrescenta que foram várias as estratégias empregadas para pôr a reforma em curso; dentre elas, a desconcentração, delegação, transferência de atribuições, e privatização ou desregulação. Assim:

Por desconcentração, entende-se a transferência da responsabilidade de execução dos serviços para unidades fisicamente descentralizadas, no interior das agências do governo central; por delegação, entende-se a transferência da responsabilidade na gestão dos serviços para agências não vinculadas ao governo central, mantido o controle dos recursos pelo governo central; por transferência de atribuições, entende-se a transferência de recursos e funções de gestão para agências não vinculadas institucionalmente ao governo central e, finalmente, por privatização ou desregulação, entende-se a transferência da prestação de serviços sociais para organizações privadas. (ARRETCHE, 1997, p. 128)

Em que pese a conceituação de Arretche (1997) para as estratégias adotadas pelos diversos países para consubstanciar as reformas de tipo descentralizador, deve-se atentar para o conceito de Abrúcio e Soares (2001) quanto à descentralização. Para os autores, descentralização caracteriza-se por:

[...] um processo, nitidamente político, que resulta em transferência e/ou conquista de autonomia em termos de poder decisório, sendo diferente, portanto, da mera delegação de funções administrativas. Como processo político, a descentralização envolve a obtenção de autonomia por parte dos governos subnacionais. Os seus defensores advogam, basicamente, três tipos de qualidades associadas à descentralização: a democratização do poder local, o aumento da eficácia e da eficiência da ação governamental e o incentivo a inovações administrativas. (ABRÚCIO; SOARES, 2001, p. 26)

Abrúcio e Soares (2001) responsabilizam o próprio avanço de ações de bem-estar social realizadas pelo Estado como uma das circunstâncias que determinam a descentralização. Para eles, à medida que os governos centrais operacionalizavam uma determinada estrutura em nível local para a oferta do serviço, isso resultava, nas unidades federativas locais, na construção de novas estruturas administrativas:

Com a crise fiscal, a complexificação das atividades governamentais – que tornou mais difícil a assunção exclusiva da maioria das políticas pelo plano nacional – e o crescimento das demandas por participação no âmbito local, houve forte mobilização a favor da descentralização das tarefas do *Welfare State*. (ABRÚCIO; SOARES, 2001, p. 23)

Contribuiu ainda para o avanço da descentralização o fato de as correntes políticas de direita e esquerda defenderem essa necessidade. Ambas apresentavam interesses que, apesar das divergências, apontavam para uma mesma perspectiva. Ao passo que a direita vislumbrava na descentralização um caminho para a diminuição do Estado e, conseqüentemente, dos custos que um governo central possui com a manutenção das políticas públicas (em especial as de proteção social), a esquerda compreendia a descentralização como uma estratégia de ampliação da democracia, à medida que aproximava a população dos governantes (ABRÚCIO; SOARES, 2001; ARRETCHE, 1997).

Neste sentido, foram abordadas anteriormente nesta tese a descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde do SUS compreendidas como diretrizes administrativas (ANEXO C) da política de saúde, de forma que, para sua operacionalização, foi necessário um conjunto de regulamentações. Tais documentos, conforme Anexo D, apresentam diferentes racionalidades, formas de financiamento do governo federal em direção aos entes subnacionais, modelos de atenção à saúde e acordos federativos. Embora o Anexo D enumere alguns dos mais importantes documentos operacionalizadores desta descentralização emitidos até 2006, o processo formulador não ficou limitado ao

Pacto da Saúde, último documento citado. Todavia, esse documento possui importância ímpar para as Ouvidorias do SUS, pois foi o primeiro documento a ocupar-se da descentralização do SUS de forma geral e da Ouvidoria do SUS de modo específico.

As diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS foram aprovadas por meio da Portaria MS/GM nº 399 (BRASIL, 2006c), divididas em três componentes, Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Em cada um dos componentes, buscou-se definir objetivos e metas que deveriam ser pactuadas, assinadas e executadas pelos três entes federativos. Nesse sentido, o Pacto de Gestão, no item 7, “Diretrizes para a gestão do SUS”, descreve o apoio à implantação e implementação de Ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, como uma das ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social. Em continuidade, o documento aborda ainda a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS no que diz respeito às Ouvidorias do SUS (BRASIL, 2006d), de modo que possuem, respectivamente, os municípios, estados, Distrito Federal e União, as seguintes responsabilidades:

Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais. [...]
Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais. [...]
Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais. [...]
Formular e pactuar a Política Nacional de Ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS (BRASIL, 2006d, p. 63-64).

Assim, a descentralização da PNO para estados, Distrito Federal e municípios passa a constar de forma clara na normatização do SUS. Até então, a descrição da mesma limitava-se ao decreto que criou a SGEP e aos documentos específicos da Ouvidoria do SUS.

Um fator fundamental que favoreceu o processo de descentralização foi a criação do Sistema Informatizado OuvidorSUS. O sistema trouxe a possibilidade de interligar as Ouvidorias ao respectivo estado e ao MS, contribuindo para a descentralização de maneira coordenada. O exemplo do entrevistado 10, demonstrado abaixo, aponta inclusive para a implantação de forma incremental, podendo partir de um ponto focal a uma Ouvidoria de fato:

Eu tenho 37 municípios com Ouvidorias implantadas, tenho dois hospitais com Ouvidorias implantadas também, e a Ouvidoria estadual. Então, hoje em Ouvidorias mesmo, eu tenho 39 Ouvidorias. Aí eu tenho 34 municípios que têm ponto focal, não é Ouvidoria, mas é um ponto focal, é um ponto de interlocução com o sistema OuvidorSUS. E tenho três hospitais que também estão como ponto focal nosso, como subrede da Ouvidoria Estadual. Totalizando, eu tenho 71 municípios com acesso ao OuvidorSUS. O que a gente chama de Ouvidoria é onde tem uma Ouvidoria, tem um Ouvidor, que recebe as manifestações, que responde as manifestações, que trata essas manifestações, que faz a disseminação dessas manifestações. É uma Ouvidoria! Tem um Ouvidor lá pra receber essas manifestações. O ponto focal, que a gente chama de interlocução, ela não é uma Ouvidoria, mas eu tenho um técnico, que tem uma senha, um *login* e uma senha, pra acessar o Sistema OuvidorSUS e responder as manifestações que chegam para a Secretaria Municipal de Saúde deles. Ele não é uma Ouvidoria, ele não registra uma manifestação, então quando o cidadão quer fazer uma manifestação, tem que entrar em contato com a Ouvidoria Estadual [do SUS] ou com o 136, que é do Ministério [da Saúde] pra poder registrar a manifestação. Aí a manifestação vem pra cá, e ele responde, a gente encaminha pra ele, ele responde, mas ele não gera novas manifestações. (Entrevistado 10)

A existência do OuvidorSUS possibilita que os municípios se organizem aos poucos para implantarem suas respectivas Ouvidorias. Esse processo permite que o gestor possa experimentar inicialmente o sistema informatizado sem de fato ter um serviço de Ouvidoria funcionando. Isso pode ser compreendido como uma oportunidade para conhecer o órgão e aos poucos se organizar e estruturar uma Ouvidoria do SUS propriamente dita. Essa experiência prévia também proporciona aos estados elementos estruturantes para que façam a descentralização de maneira cuidadosa, negociando com os gestores municipais.

O OuvidorSUS permitiu, desde seu início, que os órgãos fossem cadastrados por níveis e isso colaborou com essa necessidade de coordenação do serviço, fosse criando uma rede de Ouvidorias ou departamentos em seu âmbito, o que chamam de subrede ou, ainda, descentralizando para outra esfera de governo. Os documentos *Falando de Ouvidoria: experiências e reflexões* (BRASIL, 2010a) e *Guia de orientações básicas para implantação de Ouvidorias do SUS* (BRASIL, 2014d), tal como a portaria de criação do OuvidorSUS, falam em dois níveis possíveis para o cadastramento do gestor no sistema. O *site* do MS atualmente aponta três níveis:

- a) Acesso Nível I - inclui, encaminha, recebe e responde as manifestações, bem como permite a criação de sua própria subrede;
- b) Acesso Nível II - permite o recebimento e resposta das manifestações, assegurando a todos os gestores cadastrados nesse Nível fazerem parte de uma subrede;

c) Acesso Nível III - permite o recebimento, encaminhamento e resposta das manifestações, assegurando a todos os gestores cadastrados nesse nível fazerem parte de uma rede. (BRASIL, 2017i)

Entretanto, o Nível III, na prática, não foi utilizado de maneira significativa. O próprio Ministério não estimula a utilização desse nível, motivo pelo qual, na orientação da forma de solicitação do sistema, no *site* do MS⁴⁹, não consta informação a respeito do referido nível.

O Sistema OuvidorSUS permite também que os Ouvidores construam relatórios rápidos e com especificidade, caracterizando-se como uma ferramenta de apoio à gestão das próprias Ouvidorias e da secretaria ou unidade de saúde da qual a Ouvidoria é parte:

Eu consigo fazer relatórios gerenciais rapidinhos dentro do sistema OuvidorSUS, que eu não consigo em outro sistema. Então, eu gosto muito dos relatórios gerenciais pelos assuntos, pela tipificação que a gente faz, além de... Ele não tem um assunto! Ele, em cada assunto, tem três, quatro subassuntos, isso me gera relatórios gerenciais fantásticos, de qualquer assunto. Tem não sei quantas mil demandas, eu consigo chegar naquilo que eu quero rapidinho, porque o sistema me proporciona isso. (Entrevistado 10)

Uma nova versão do sistema informatizado OuvidorSUS está prevista. A intenção da Ouvidoria-Geral do SUS era disponibilizá-lo para as Ouvidorias em 2019, no entanto isto ainda não ocorreu. A promessa é que a atualização da versão atual permita maior interatividade e resolva a atual incapacidade de conversa entre o OuvidorSUS e o e-Ouv. A impossibilidade técnica que existe até o momento de migração de manifestações entre os dois sistemas é um debate importante, que ocupou, inclusive, boa parte das reuniões da Rede Nacional de Ouvidorias, conforme discutido nesta tese na categoria “Racionalidades em disputa: a Ouvidoria do SUS como participação social”.

E a gente agora está esperando vir a terceira versão do sistema OuvidorSUS. Deve sair parece que fevereiro, a terceira versão do sistema OuvidorSUS que deve vir aí, parece que está prometida para fevereiro, com novos aplicativos. Eu tô apaixonado pelo novo sistema, louco pra ele entrar no ar. Acho que ele vai ter uma conexão com o e-Ouv, então parece que todas as manifestações que caírem no sistema e-Ouv, ela vai vir direto para o sistema OuvidorSUS, a gente já vai ter uma conexão direta com esse sistema que eu gosto muito. Eu sou um defensor do sistema OuvidorSUS, eu sou apaixonado por ele, eu não abro mão dele por nada desse mundo.

⁴⁹ <https://antigo.saude.gov.br/artigos/806-ouvidoria/40767-sistema-ouvidorsus>

Eu sempre falo, se tiver que passar pro e-Ouv, eu tô fora! Eu gosto muito, defendo o OuvidorSUS em todas as reuniões. Eu participo da Rede de Ouvidorias do estado e toda vez que a gente vai, todo mundo é e-Ouv e eu sou OuvidorSUS. Defendo o OuvidorSUS assim com unhas e dentes, eles nem se atrevem a falar de outro sistema comigo. Porque eu gosto muito do OuvidorSUS, mesmo! Defendo, acho que para a saúde não tem sistema melhor que o Sistema OuvidorSUS, só precisa que ele cresça e todo mundo saiba usar. Os relatórios gerenciais são fantásticos, e essa nova versão vem com painéis, com relatórios gerenciais muito melhores, pelo pouquinho que eu vi lá em Brasília, uma pequena apresentação dele, acho que a gente vai crescer bastante para 2020. (Entrevistado 10)

Outro equipamento técnico operacional que contribuiu com esse processo de descentralização foram as centrais telefônicas utilizadas no âmbito dos estados. Cada estado organizou suas respectivas formas de recepção de manifestação de Ouvidoria, alguns deles com central de atendimento por telefone. No caso específico, o estado possui um sistema já programado para que cada ligação seja direcionada à Ouvidoria da regional da qual o município é parte:

Quando a gente implantou o 0800 na nossa Ouvidoria estadual [Central], a gente implantou em todas as Ouvidorias Regionais de Saúde. Como funcionava esse sistema? Era um sistema inteligente, então, digamos assim, um município da regional de saúde X, ele ligava pro número da Ouvidoria, automaticamente a ligação dele caía na regional que ele pertencia. Isso nos facilitou muito também. (Entrevistado 12)

Em se tratando da implementação da política de Ouvidoria do SUS, outra questão relevante é a especificidade que as Ouvidorias estaduais e do MS deveriam considerar quanto à forma como o SUS foi organizado. De modo geral, as responsabilidades para cumprir a política de saúde estão divididas em: alta complexidade, média complexidade e atenção básica. Assim, referindo-se à prestação da assistência, cabe ao MS a realização da alta complexidade, aos estados e Distrito Federal a alta e média complexidade, e aos municípios a atenção básica. Em continuidade a essas pactuações bastante evidenciadas no Pacto pelo SUS, seguiu-se com o COAP. O Pacto pelo SUS parte da lógica da regionalização, discutindo a necessidade de as ações de saúde serem pactuadas nas regionais entre os gestores das três esferas. Posteriormente, a Lei Orgânica do SUS foi regulamentada no Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011c), que criou o COAP com a função de firmar formalmente entre os entes federados as responsabilidades específicas em uma determinada região de saúde.

Segundo Carvalho, Santana e Santana (2009):

As ouvidorias devem ser organizadas de modo a obedecerem aos princípios do SUS. Esses princípios seriam os seguintes:

[...] d) **descentralização**: implantar as ouvidorias nas secretárias estaduais, municipais e nos serviços de saúde, com a definição das competências de cada uma. (CARVALHO; SANTANA; SANTANA, 2009, p. 177)

Dito isto, compreende-se que às instâncias de Ouvidoria do SUS das esferas de governo federal e estadual, para além da descentralização, caberia a execução em suas unidades de saúde, tal como nos municípios. Assim, à Ouvidoria-Geral do SUS, no âmbito federal, caberia responsabilizar-se pela execução direta dos serviços e ações de Ouvidoria na sua rede própria de unidades de alta complexidade (a exemplo do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Instituto Nacional do Câncer, Hospital da Lagoa/RJ, Hospital de Bonsucesso/RJ, e outros), e nos hospitais universitários que integram o SUS, além da descentralização para os estados-membros. Às Ouvidorias-Gerais do SUS nos estados, por sua vez, caberia a implantação dos serviços e ações de ouvidoria nas suas unidades de saúde próprias, assim como a descentralização para os municípios:

O Sistema da Ouvidoria do SUS, ele é um Sistema Nacional de Ouvidorias. Ele abrange todas as esferas, federal, estadual e municipal. Hoje a secretaria do estado, ela tem essa competência de descentralizar o serviço para os municípios, pra que o Sistema se fortaleça. A contribuição hoje do estado é ramificar essas Ouvidorias para o Ministério da Saúde. O Ministério não teria pés para vir aqui no estado, em cada município, implantar Ouvidoria, se a Ouvidoria do estado não tivesse todo esse movimento, esse trabalho. Eles não iriam conseguir! Então, todas as Ouvidorias dos estados têm esse papel, de descentralizar os serviços de Ouvidoria para fortalecer o Ministério da Saúde. A partir do momento que eu tenho um município lá do interior do estado que tem Ouvidoria e que tem acesso ao sistema, se o usuário liga lá para o 136 e ele consegue o acesso de uma forma mais rápida e mais resolutiva. O nosso papel hoje é fortalecer o Sistema Nacional. Eu fazendo isso aqui dentro do estado, eu não fortaleço só a secretaria de estado, eu fortaleço todo o Sistema Nacional, nesse sentido que a gente contribui. A gente tem algumas ações, assessoramento e apoio técnico, porque as Ouvidorias de secretarias de estado elas têm um perfil diferenciado, a gente tem como competência, além de tudo que a Ouvidoria faz, a gente tem que fazer a implantação nos municípios, a gestão municipal é a nossa meta também de implantação, por conta do Ministério da Saúde, e por conta do Sistema Nacional, então a gente também tem essa meta. Todo mundo [central e regional] trabalha em função disso também. (Entrevistado 8)

No âmbito estadual, essa compreensão está bastante clara, sendo comum encontrar tais ações, inclusive pactuadas nos Planos Estaduais de Saúde. Aliás, existem Ouvidorias estaduais do SUS que iniciaram suas atividades voltadas aos

seus próprios serviços de assistência e só depois partiram para as ações de coordenação e descentralização junto aos municípios. Isto aparece na fala de um dos entrevistados:

Em 2008 eu fui com projeto inicialmente de montar a Ouvidoria [do SUS no estado]. Como toda minha história era hospitalar e por desconhecer qual é o papel do estado, a proposta era fazer uma rede de Ouvidorias hospitalares. Já que tinham 30 unidades hospitalares, então vamos fazer isso! Então, a gente começou a fazer esse trabalho, percorremos todos os hospitais. A gente trabalhou com essa proposta todo o ano de 2009, 2010, até organizar a rede, e a partir daí a gente começou a pensar e entender mais o papel do estado e começou a pensar nos municípios. (Entrevistado 15)

O entrevistado 15 traz a construção do órgão a partir de sua experiência profissional prévia, que prescindia da função do estado como coordenador e descentralizador de política de saúde. Isso lhe possibilitou, a princípio, focar suas ações na construção de uma rede de Ouvidorias dos hospitais estaduais sob seu âmbito. Por outro lado, a partir de sua inclusão naquele cenário, pôde ter acesso às funções de descentralização e coordenação da esfera estadual.

Ainda em âmbito estadual, deve ser considerada, também, a capacidade do serviço de Ouvidoria, como parte de um princípio do SUS, de integrar as unidades contratadas ou conveniadas. O trabalho demonstra que existem estratégias em curso para responder a essa necessidade:

Como a média e alta complexidade é uma competência do estado, e nós temos prestadores de serviço pra isso, que são os hospitais contratualizados [...] em todos os nossos hospitais tem Ouvidorias nossas, que estão ligadas a nós, temos um ouvidor lá dentro, que utiliza o nosso sistema informatizado, que nós capacitamos. Aqueles hospitais contratualizados, nós estamos alterando todos os contratos pro próximo ano, pra que tenham Ouvidorias. Hoje nós temos na grande maioria já Ouvidoria, e pra que contem ponto também, na pontuação lá de... referente ao recurso financeiro, dependendo de quantas manifestações chegaram, se foram respondidas ou não. A Ouvidoria vai começar a participar do comitê que avaliza estas questões, se tiram ponto ou não. Então, quando é hospital que é contratualizado ou que é unidade própria nossa, o encaminhamento ele vai ocorrer. (Entrevistado 4)

A experiência relatada pelo entrevistado 4 demonstra que a Ouvidoria do SUS estadual, para além de se fazer presente nas unidades contratadas, busca pautar elementos que demonstrem sua importância já no processo de contratualização. Essa estratégia aponta para possibilidades mais robustas de monitoramento e avaliação do funcionamento do próprio serviço de Ouvidoria nestas unidades. Este

pode ser um recurso avaliativo significativo, dado que é comum que a Ouvidoria seja vista como ameaça para alguns gestores.

Quanto à função do estado de descentralização e coordenação das políticas de saúde para os municípios, pode-se dizer que algumas Ouvidorias do SUS no estado se utilizam da CIB e do CES para disparar esse processo:

A gente levou essa questão da importância de criação de Ouvidoria [do SUS] para a CIB, a Comissão Intergestores Bipartite, e foi aprovada. [...] Criamos quatro critérios pra que uma Ouvidoria dos SUS, no município, fosse criada, que é: a criação da ouvidoria através de instrumento, seja uma lei, decreto, resolução, criando a Ouvidoria; outro instrumento nomeando o ouvidor, eh... um telefone exclusivo de atendimento pra Ouvidoria, e também a elaboração de um relatório quadrimestral, tendo em vista a lei [...] onde determina que a gente elabore relatórios quadrimestrais. Aí nós começamos a correr atrás para a implantação das ouvidorias municipais [do SUS], irmos direto falar com os gestores ou secretários municipais, com os prefeitos, através dos nossos Ouvidores regionais; apresentamos no Conselho Estadual de Saúde, pra que os conselheiros municipais pudessem cobrar também a implantação das Ouvidorias municipais. (Entrevistado 4)

A ação de levar a discussão da implantação de Ouvidorias municipais para a CIB indica existir, por parte do profissional de Ouvidoria, um reconhecimento da CIB como um órgão eminentemente político. Para Silva e Labra (2001) e Lima (2001), a CIB é uma arena onde os gestores dos entes municipais e estadual articulam, negociam e pactuam para dar conta da necessidade de disparar os processos de descentralização. Desta maneira, pautar a descentralização das Ouvidorias na CIB é ocupar os espaços formais de construção política do SUS, obedecendo ao caminho instituído para a sua operacionalização.

Em uma atitude de reforço das ações ora pactuadas na CIB, a apresentação no CES se coloca como uma ação que busca fortalecer a possibilidade de sucesso da pauta. Assim, o conselho, como órgão fiscalizador, possui a capacidade de contribuir no monitoramento e controle da descentralização dos serviços de Ouvidoria pactuados.

As Ouvidorias estaduais do SUS, de modo geral, entenderam também que utilizar as estruturas estaduais já existentes nas suas regionais de saúde era uma estratégia bastante viável para potencializar esse suporte da Ouvidoria do SUS central do estado aos municípios. Tratava-se de desconcentrar, conforme assinalado por Arretche (1997), esse poder central para as regionais, que são representações do poder central mais próximas do município. Neste sentido, o movimento de

desconcentração na Ouvidoria do SUS nos estados apresentou especificidades em três das cinco regiões estudadas:

Para estruturar a rede dentro do estado, para começar a apoiar os municípios, para montar as capacitações, para fazer a regulamentação estadual, escrever decreto; uma coisa que eu não imaginava que ia fazer, mas fiz, enfermeira de posto de saúde escrevendo um decreto, governador assinou. E é o que está vigente hoje, é o que mantém a estrutura da Ouvidoria do SUS lá no [estado]. Tem sido esse decreto. Não é perfeito, hoje eu leio ele e eu fico louca, nossa, como eu coloquei isso desse jeito, mas são coisas do processo, a gente avança, e era o que era possível fazer naquele momento. Precisava sair naquele formato, mas ele tem coisas bem importantes assim, como a descentralização. A gente sabia que montar uma estrutura grande dentro da secretaria estadual, na escassez de pessoas, na escassez de recursos é muito difícil, e normalmente em um estado como é o nosso que tem muitos municípios, a gente tem coordenadorias regionais de saúde. São como se fossem sedes do estado descentralizadas, e sempre essas coordenações estão sempre à margem daquilo que acontece no nível central. Como eu tinha trabalhado no planejamento, eu já tinha um pouco dessa noção, e a visão de Ouvidoria ela tem que estar perto do usuário dentro do território, então a gente optou por implantar as Ouvidorias regionais ao invés de montar uma equipe central, montar uma equipe descentralizada, com 19 Ouvidores regionais, são 19 coordenadorias de saúde, um em cada uma, e algumas Ouvidoras que a gente chamou de Ouvidores internos. Mas, na verdade, são pontos de respostas um pouco, com um pouco mais de atribuições do que os outros pontos. Pontos de respostas com volume muito grande de demandas e com atribuição de repensar processos de trabalho, formatar relatório, de estar presente na capacitação, de capacitar a própria Ouvidoria. Como uma troca um pouco diferente do que simplesmente responder demanda, que são nos departamentos principais, que daí são cinco departamentos. A gente não tem uma equipe grande no nível central, mas tem umas descentralizadas grandes. (Entrevistado 1)

A especificidade do processo de desconcentração da Ouvidoria do SUS deste estado é a prioridade da estrutura de pessoal da Ouvidoria Regional em detrimento do nível central. Com intuito de fortalecer o funcionamento das Ouvidorias Regionais do estado, o Ouvidor-Geral do SUS no estado priorizou a construção da estrutura física e de equipe nas regionais, enquanto no nível central trabalhava com uma equipe reduzida.

Esse posicionamento pode estar ligado à noção de que no nível central não cabe, de modo geral, o atendimento ao público, ao passo que nas regionais esse serviço de atendimento pode ser apresentado como uma necessidade da região. Nesse caso, por conta da presença de estruturas de assistência direta à saúde no âmbito estadual ou, ainda, de demandas da população residente em municípios da região de saúde que ainda não possuem Ouvidoria do SUS implantada ou a possuam em funcionamento precário:

Como a gente tem as regionais de saúde, eu entendi que o papel da Ouvidoria estadual [Central] seria mais de coordenação, de definição de uma política, da definição do trabalho, como ia ser, dos instrumentos normativos, enfim, de todo material que saísse. Então, a gente não recebia demanda na nossa Ouvidoria [central], a gente não fazia atendimento. Porque a gente tinha as regionais e as regionais representavam a gente. Só que às vezes aparecia algum desavisado, e a gente não deixava perder a viagem! A gente acolhia, registrava a manifestação, mas encaminhava via sistema para a regional do município que ele pertencia. (Entrevistado 12)

Visto que não se dedicam ao atendimento ao público, são focadas efetivamente nas ações das quais depende a manutenção do serviço de Ouvidoria do SUS no estado. Existe um grau elevado de maturidade nas ações de organização do serviço, o que favorece o próprio processo de descentralização e qualificação dos serviços prestados por esta Ouvidoria.

O COAP também constituiu um potente indutor do que se desenhou como política de Ouvidoria do SUS para os municípios em alguns estados. Ouverney, Ribeiro e Moreira (2017) ressaltam que o COAP produziu nos estados um diálogo com o que estava proposto para ser implementado e disso surgiram diversos padrões de evolução. Somente Ceará e Mato Grosso do Sul assinaram o Termo de Compromisso de Gestão, contudo o trabalho dos autores demonstra que foi positiva a ampliação do debate sobre o COAP entre gestores municipais e gestor estadual, e na região Nordeste e Centro-Oeste o debate com os conselhos de saúde:

Nós temos x macrorregiões de saúde. Dentro dessas macros tem várias microrregiões também. A gente tenta trabalhar com região de saúde pra trabalho como descentralização da saúde do estado, e cada microrregião tem um núcleo de saúde com a coordenadoria para regionalizar essa saúde. [...] A princípio em 2014, 2013, acho que 2014 foi colocado paulatinamente pelo COAP! O início das Ouvidorias começou com metas do COAP de colocar, tipo, municípios com tantos habitantes implantaria Ouvidoria, ou ponto focal, alguma coisa assim. Então, eram metas do COAP. Depois parou com COAP e hoje a gente tem uma portaria que destinou verba agora, final de 2018, pra implantação e qualificação de Ouvidorias. Então, nossa meta para 2019, 2020 é estar fazendo a implantação de Ouvidorias em todos os municípios atendendo à Lei 13.460. Todas essas Ouvidorias foram implantadas através do COAP, e aí depois acho que acabou a questão das metas do COAP, acho que o COAP não tem mais. [...] Agora a gente tenta fazer assim, através da sensibilização de gestores mesmo, agora acredito que com a lei, com a Lei 13.460 eu acho que foi um ganho muito grande. Na verdade, a Ouvidoria começa a existir mesmo através dessa lei, dentro do estado. Eu acredito que agora, agora que já todos os municípios já estão dentro da lei, já passou o prazo de 720 dias que a lei permitia, eu acho que a gente vai começar. Este ano eu estive em algumas CIR, que são nas macrorregiões, discutindo com alguns, sensibilizando alguns gestores até o final do ano. Na verdade, foi tanto na CIB, nas reuniões da CIB, como nas reuniões da CIR das macrorregiões, conversando com os gestores através da lei. Justificando, tentando passar

pra eles pelo menos esses 34 municípios, que têm pontos focais, da necessidade do próximo 2020 a gente migrar para Ouvidoria. Minha meta nesse final de ano era isso! Conversar com os gestores falando pra eles o que é Ouvidoria, falando sobre a lei, e mostrando pra eles quem tem ponto focal, quem tem Ouvidoria e a necessidade de migrar pra 2020. Iniciando já 2020, janeiro, fevereiro, já encaminhando a documentação pra eles pra ver se a gente consegue migrar esses pontos focais pra Ouvidoria. Isso eu já fiz! Esse ano! Tentei descer pra algumas micros, algumas... desci pra algumas micros para conversar com alguns pontos focais e tentando já colocar alguns hospitais regionais também, os hospitais com os municípios pra poder a gente implantar as Ouvidorias em 2020. (Entrevistado 10)

O que se percebe é que o COAP impulsionou a implementação de Ouvidoria do SUS nos municípios do estado citado, e ainda que COAP não tenha se sustentado enquanto instrumento de construção permanente da política de saúde, deixou como legado naquele Ouvidor o mecanismo de atuação a partir da CIB e CIR.

O que se constata é que a organização das Ouvidorias do SUS estaduais a partir das regionais foi intensa na maioria dos estados brasileiros. Essa lógica de atuação dos entes federados chega a registrar regulamentação destas Ouvidorias Regionais, conferindo-lhes legitimidades no organograma da SES:

No momento que eu cheguei à secretaria [estadual de saúde], me foi colocada a missão de implantar a Ouvidoria na secretaria. Desde então, eu estou aqui no serviço, desde 2005 até hoje. Eu comecei o processo! Primeiro eu criei a Rede Estadual de Ouvidoria [do SUS]. O estado é muito extenso, e administrativamente a secretaria, ela tem 13 polos regionais. Eu descentralizei o serviço pra esses 13 polos, que a gente chama de Centro Regional de Saúde e cada polo desses tem uma Ouvidoria lá, que atende aos municípios daquela área de região. Foi feito uma portaria, nós temos uma portaria de 2009 que fez essa descentralização pras nossas regionais de saúde internamente, e a partir daí, todo o processo interno da secretaria, nós fazemos para o nível central e mais as 13 regionais. Em relação a plano de ação, à programação anual de saúde, nós trabalhamos na forma de equipe pra ir atrás dos nossos objetivos e nossas metas anuais. Tudo que o nível central faz, a regional também faz. A mesma competência que a Ouvidoria Central tem, as regionais têm também! Eles fazem a ação direta no município, faz visita técnica, faz treinamento do sistema, elas são independentes, nós somos parceiros, mas elas também podem fazer sozinhas. (Entrevistado 8)

O entrevistado 8 atua na Ouvidoria Central, e a apresentação que realiza do processo de normatização da Ouvidoria da Regional do SUS de sua esfera deixa visível a autonomia ofertada para atuação da mesma. Esta autonomia se constitui de maneira bastante harmônica e contribui para que a Ouvidoria Regional também acione a Ouvidoria Central em ocasiões em que necessita de suporte político-estrutural junto aos demais gestores de sua regional:

[...] nós trabalhamos com cinco municípios e aí a gente começou a fazer esse trabalho. A dificuldade era conseguir causar no gestor, principalmente nos gestores dos municípios, eh... aceitar esse serviço como parte da secretaria de saúde, no caso. Porque eles tinham aquela mentalidade que a Ouvidoria só ia atrapalhar, era mais um problema, porque só vão reclamar, só vão denunciar, isso vai estar me atrapalhando. Muitos nem recebiam a gente mesmo, quando a gente descia até o município para conversar, eles não recebiam, ignoravam! Mas a gente sempre contou muito com apoio da nossa Coordenadora Estadual [de Ouvidoria]. [...] a gente conseguiu que esses municípios tivessem uma portaria implantando o serviço, uma portaria determinando os responsáveis, isso já é um ganho porque quando troca, a gente diz: "Olha aqui, tem uma portaria. Você tem que seguir essa portaria!" Já tem uma regulamentação que já nos garante que não vai voltar tudo do zero, da estaca zero. Nós trabalhamos cobrando deles um plano, a gente pede todo ano, um plano de ação do ano, pra gente saber o que essas Ouvidorias pretendem fazer e tenta apoiá-los. [...] como a política é muito forte, teve situações, anos, assim, que eles não acolhiam essas manifestações, acabavam escondendo a Ouvidoria, aí então nós como Ouvidoria Regional registramos, e tem muita coisa assim, que até hoje a gente costuma registrar. Registra e encaminha pra eles! Aí que a gente vai cobrar. Porque como eu falei, como essa questão é partidária, aqui no município eles acabam querendo esconder a Ouvidoria, colocando ela na última sala ou nem identifica a sala, que é pra não ter. Essa é nossa batalha maior! Quando a gente identifica, sempre quando a gente tem oportunidade de participar de ações junto, como eu falei, com parceria da vigilância sanitária, a gente vai pro público pra falar da Ouvidoria, e ele diz: "A gente aqui tem? Eu não sabia!" Aí que a gente está vendo que realmente... aí é quando a gente também consegue divulgar, dar *folder*, recebe a manifestação, porque a gente está verificando, constatando mesmo, *in loco*, que de fato a Ouvidoria está escondida, já que o cidadão reside no município e não sabe que tem Ouvidoria lá, na secretaria. Então, normalmente em todos funciona na secretaria, no prédio da secretaria. (Entrevistado 3)

O fato de a Ouvidoria Regional trabalhar com municípios com um perfil parecido também possibilita que as experiências sejam compartilhadas. Essa troca de experiências exitosas na região de saúde contribui para a potencialização das Ouvidorias do SUS nos respectivos municípios, considerado aquele perfil de rede de atenção à saúde. Nesta perspectiva, percebe-se que a Ouvidoria Regional, por meio de ações de educação permanente em saúde, busca qualificar o serviço oferecido pelas Ouvidorias presentes na região. A proposta é encontrar respostas locais para os problemas, assim como a construção das respostas, em certa medida, busca valorizar os profissionais que estão no cotidiano dos serviços de Ouvidorias e que compartilham das mesmas características regionais. Esse mecanismo tende a suscitar saídas criativas, o fortalecimento dos vínculos entre os profissionais e a sustentação da rede local que contribui com o trabalho das Ouvidorias:

Na nossa região a gente faz um encontro uma vez no ano, que é o encontro dos Ouvidores SUS da nossa região, onde a gente troca experiências

exitosas, apresenta, confraterniza também. É quando a gente consegue estar todo mundo, aí convida hospitais, outras experiências que são exemplos que a gente viu, uma estratégia de trabalho que dá pra gente adotar para nossa realidade. É bem legal! Também aqui no estado tem um fórum dos Ouvidores públicos, não só da Ouvidoria do SUS, aí fortalece. Eles promovem eventos que a gente tenta participar sempre, pra estar conhecendo, de certa forma ajuda. (Entrevistado 3)

Na pesquisa, identificou-se também a existência de estado que não possui sedes administrativas nas suas regionais de saúde, o que requer, da Ouvidoria do SUS estadual, estratégias de atuação diferentes das citadas até este momento. A ausência das sedes na região exige que o Ouvidor do SUS estadual se relacione diretamente com as Ouvidorias do SUS municipais ou SMS. O Rio de Janeiro é um desses estados que, por não possuir estruturas de desconcentração em regionais, levou a Ouvidoria do SUS SES-RJ a criar outras estratégias:

Nós não temos instâncias regionais do estado! Simples assim! Temos regiões de saúde com suas CIR, que não são instâncias administrativas. Você não consegue colocar uma Ouvidoria numa CIR, porque é uma instância política. Outros estados como Paraná, Espírito Santo, Rio Grande do Sul, enfim, Minas, eles têm instâncias regionais da Secretaria de Saúde. Então, você tem a Secretaria de Saúde no nível central e você tem lá uma Secretaria naquela região de saúde. Lá você tem funcionários da Secretaria que estão lá, aí você pode botar um Ouvidor Regional, o Rio de Janeiro não tem isso. Tem as instâncias políticas do SUS, que são as CIR, que têm uma secretária executiva e que têm o coordenador, a pessoa que é responsável naquela região com representante estadual e secretários [municipais]. Então, você tem uma organização política que tem uma administração, geralmente funciona dentro dos NDVS [Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde], os NDVS são uma instância. Então, por esse argumento, a gestão da Secretaria nunca quis que tivéssemos uma Ouvidoria Regional. Se isso ocorresse seria maravilhoso, porque por muito tempo a gente acompanhou, e o alcance da Ouvidoria do estado na Região Noroeste, que é mais distante, não chegava a 5%. Era tudo na Metropolitana, a não ser depois que começou a ampliar as Ouvidorias, aí sim! A gente consegue, por exemplo, na Noroeste, que era 0% [em 2012] de Ouvidoria, a gente chega lá a 70% de Ouvidorias na Noroeste. Por esse motivo não houve essa aposta, mesmo tentando, conversando... Vamos botar na CIR, vamos botar uma pessoa, mas quem paga essa pessoa? Como se paga? É o recurso da CIR, que era 20 mil reais na ocasião? Não paga! Esse recurso é pra comprar papel, caneta, não é pra pagar pessoal. Agora, se tivesse um espaço do estado, um espaço administrativo do estado, aí podia colocar alguém. (Entrevistado 15)

A inexistência de uma sede administrativa a princípio custou à Ouvidoria do SUS no estado a limitação de seu trabalho de descentralização, especialmente nos municípios da Região Metropolitana. Destaca-se que o Rio de Janeiro possui 92 municípios divididos por nove regiões de saúde. Dados do Plano Estadual de Saúde 2020-2023 (RIO DE JANEIRO, [2020?]) indicam que, em 2009, aproximadamente

11% dos municípios possuíam Ouvidorias do SUS, tendo este número saltado para cerca de 76% em 2016. A mudança foi possível por um conjunto de fatores que se iniciaram com pactuações em CIB, investimento financeiro realizado pelo estado (conforme exposto na categoria “Financiamento das Ouvidoria do SUS” desta tese), passando por uma série de ações de capacitação, fóruns regionais, e se fortalecendo com as ações de monitoramento *in loco*.

A primeira estratégia foi fazer capacitação. Nós começamos a fazer capacitações regionais. Foram realizadas duas ou três capacitações mostrando a Ouvidoria para as pessoas, o processo de trabalho, foi chamando gente, foi agregando. Um outro movimento importante foi o político, em termos de política do SUS mesmo, a gente pactuou em CIB a criação de Ouvidorias nos municípios. Outro movimento foi o recurso do Programa de Apoio aos Hospitais do Interior, que a princípio era só para os hospitais e depois, acho que na segunda versão dele, entra o indicador das Secretarias Municipais. Também para municípios abaixo de 120 mil habitantes. Então tudo isso fortaleceu, a gente tinha recurso financeiro, a gente tinha pactuação, e depois nós começamos a fazer os ciclos de fóruns regionais. Nesse período de 2012 até 2018, nós fizemos 12 ciclos. O que eu chamo de ciclo? Ciclo é realmente fazer o fórum da região, um ciclo significa que nós percorremos as nove regiões. Não um fórum regional, é um ciclo de fóruns, então em cada ciclo nós fizemos nove reuniões, sendo uma em cada região de saúde, com a mesma pauta, a mesma temática, levando coisas novas, levando recurso financeiro do PAHI, entendendo a necessidade deles, se precisava visitar o gestor, entendendo o processo, discutindo relatório. Fizemos isso 12 vezes, 12 ciclos. Quando o estado estava numa crise muito grande, a gente não conseguiu ir! Teve um ou dois que nós chamamos de fóruns, mas não foi ciclo, foi só o fórum, nós chamamos as pessoas pra virem pro Rio [capital], aí nem todo mundo consegue vir. Mas quando a gente chama ciclo, são ciclos realmente de visitas, de idas aos municípios. Fora as visitas técnicas do próprio Programa de Apoio [PAHI], que além dos hospitais, a gente visitava também as secretarias, mas eram coisas específicas. Isso ajudou a conversar com os técnicos das secretarias, então existem pessoas que fizeram os cursos, mas estão em outras áreas nas Secretarias Municipais, e que entendem o processo da Ouvidoria. (Entrevistado 15)

Diante das experiências estudadas, constata-se que os estados, de modo geral, realizaram importante processo de descentralização e coordenação da política de Ouvidorias do SUS, fosse esta em relação às suas unidades de saúde, ou em direção aos municípios. Dentre os fatores que contribuíram para a eficácia dessas ações, encontram-se as sedes regionais dos estados nas respectivas regiões de saúde. Pode-se afirmar, ainda, que a ausência dessas sedes no estado do Rio de Janeiro foi compensada por forte indução financeira e pactuação político-normativa na CIB. Esses achados da importância dos estados no processo de descentralização dos serviços de Ouvidoria do SUS andam na mesma direção já

mencionada por Arretche (1999b) quanto ao papel central dos estados-membros na descentralização regional.

É também possível observar que um desafio a ser superado é a implementação de Ouvidorias do SUS em municípios de pequeno porte. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), aproximadamente 22% dos municípios brasileiros possuem população abaixo de cinco mil habitantes. Nas palavras de Arretche (1999b):

O Brasil é estruturalmente um país caracterizado pela existência de uma esmagadora maioria de municípios fracos, com pequeno porte populacional, densidade econômica pouco expressiva e significativa dependência de transferências fiscais. Neste caso, a ação dos governos estaduais contribui decisivamente para compensar adversidades à possibilidade técnica de gestão destas políticas, obstáculos estes de ordem econômica ou fiscal ou, ainda, derivados das políticas prévias. (ARRETCHÉ, 1999b, p. 133)

Para além dos estados, este perfil, no caso das Ouvidorias do SUS, também chama à responsabilidade o ente federal perante a necessidade de formular uma política que possa prever a diminuição dessas adversidades:

Uma dificuldade pra mim [...] é que não existe hoje uma lógica e a gente não consegue entender qual é a necessidade de determinados municípios muito pequenos em relação à Ouvidoria do SUS. Será que o município que tem cinco mil habitantes precisa ter uma Ouvidoria do SUS ou Ouvidoria-Geral muito bem estruturada, com uma setorial de saúde, que as pessoas entendam esse trabalho que é preciso ter? Agora, a 13.460, que é a lei que cuida dessa participação social, o código, que eles chamam de código de defesa do usuário, ela fala que a gente, enquanto espaços e serviços públicos, a gente precisa ter alguém para receber, então, mesmo que eu seja um município de cinco mil habitantes, se eu tiver uma secretaria de saúde, eu preciso estar habilitado a receber manifestação ali dentro. Não precisa ter uma Ouvidoria, na minha interpretação, eu não preciso ter uma Ouvidoria, mas alguém precisa receber aquela manifestação ali dentro. Se você vai treinar alguém para receber uma manifestação dentro de um serviço público, isso é muito próximo a uma Ouvidoria, já poderia dizer que ali é o embrião muito desenvolvido de uma Ouvidoria, uma pessoa escutando e recebendo uma manifestação, encaminhando isso para uma área para receber resposta e encaminhar isso de volta pro cidadão, isso é a gênese mesmo de uma Ouvidoria. (Entrevistado 5)

Desta maneira, faz-se necessário diferenciar a Ouvidoria Regional do SUS, entendida como um instrumento de desconcentração do poder do âmbito estadual, da Ouvidoria Regional do SUS criada para atender à população de uma determinada região de saúde. O termo “Ouvidoria Regional do SUS”, neste sentido, está

relacionado a duas estruturas diferentes. O público-alvo a quem se destina é diferente e, por consequência, o objetivo a ser alcançado também difere.

Como discutido anteriormente, é comum que as Ouvidorias Estaduais do SUS façam um movimento de desconcentração de poder e criem estes órgãos regionais. Trata-se de estrutura da Ouvidoria da SES nas regiões de saúde⁵⁰. Neste sentido, é uma estrutura de Ouvidoria do ente estadual em uma determinada região, cuja intencionalidade é dar suporte técnico-gerencial aos municípios e/ou Ouvidorias do SUS da região de saúde em questão, para que operacionalizem os serviços e ações de Ouvidoria para o seu município.

Porém, o termo Ouvidoria Regional do SUS também pode ser utilizado para aquelas Ouvidorias que possuem como público-alvo um grupo de pessoas de diferentes municípios. Em tese, seria uma alternativa aos municípios de pequeno porte, caso em que a Ouvidoria Regional se configura como uma proposta de compartilhamento de uma única estrutura entre um conjunto de municípios de determinada área, podendo ou não corresponder a uma região de saúde específica, conforme o conceito do Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011c). Este segundo conceito de Ouvidoria Regional pode ser contemplado, por exemplo, nas Ouvidorias do SUS nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI):

Em relação às regionais, a gente tem uma experiência muito legal que é no estado de Minas Gerais. Olha que interessante! Lá pensou primeiro região de saúde. Então, vou fazer uma região de saúde, vou implantar uma Ouvidoria na região de saúde com município-polo. O município-polo era, por exemplo, Patos de Minas, o município recebia 10 mil reais para desenvolver naquela região de saúde uma Ouvidoria. Vários problemas! Vários problemas! Não foi legal, porque parecia ser uma lógica muito do SUS, região de saúde, serviço, mas aquela região de saúde não foi pensada no contexto político, porque aquele gestor que estava lá em Patos de Minas, por exemplo, tinha uma dificuldade política com gestor do município lateral e ele não aceitaria que aquele município de Patos de Minas recebesse as manifestações. E outra, sem um instrumento legal, que regulamentasse muito bem isso, o que Patos de Minas recebesse do município A, B ou C, às vezes não recebia de volta a resposta, ou não conseguiria executar aquela Ouvidoria como um todo. (Entrevistado 5)

A alternativa de aglutinação para responder à questão da implantação das Ouvidorias do SUS em municípios de pequeno porte é limitada quando se fala de

⁵⁰ Segundo o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011a), “é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”.

autonomia política e administrativa dos entes locais. Essa saída pode significar uma sucessão de consequências jurídicas que, por si só, inviabilizam a construção na prática, de modo que, para esses municípios, a alternativa seria estruturar a Ouvidoria do SUS no âmbito das Ouvidorias-Gerais:

Ela [Portaria nº 2.416/14] traz o conceito e as atribuições de Ouvidoria, e a gente, considerando a realidade do país, colocou que poderia ter no município uma Ouvidoria geral com atendimento também para Ouvidoria do SUS. Temos municípios muito pequenos, então tem lógica você exigir de um gestor que mal tem condição, que não tem nem arrecadação suficiente pra manter unidade básica de saúde, depende muito de recurso estadual e federal, e você exigir que tenha lá uma ouvidoria específica do SUS? Então, a gente trabalhou com todos os cenários que existem. (Entrevistado 17)

Segundo o entrevistado 17, essa é uma alternativa fundamentada na Portaria MS/GM nº 2.416/2014 (BRASIL, 2014f). Contudo, este documento não dá conta de garantir que a Ouvidoria do SUS, que se encontra nesta situação, tenha condições mínimas de construir uma atuação mantendo-se a lógica de participação social, além de afastar o indivíduo desse convívio mais direto com o serviço de saúde, uma vez que, por natureza, a Ouvidoria-Geral não se localiza nas dependências da secretaria de saúde.

Debatidos o processo de construção da rede de Ouvidorias do SUS em âmbito estadual, a descentralização das Ouvidorias do SUS, sobretudo do âmbito estadual para os municípios, e o desafio na implementação das Ouvidorias do SUS em municípios de pequenos porte, será aqui retomado, então, um desafio que está posto para a Ouvidoria-Geral do SUS com relação às unidades federais de assistência à saúde: a Rede de Ouvidorias do SUS no âmbito federal.

Diferente da postura dos estados que, de forma geral, entenderam seu papel na descentralização e coordenação das ações e serviços de Ouvidoria do SUS para municípios, sem deixarem de construir e coordenar uma rede de Ouvidorias para as unidades de saúde sob sua gestão, observa-se que, no âmbito federal, a Ouvidoria-Geral do SUS continua implementando ações de descentralização, entretanto tem dificuldade em avançar a discussão na rede de assistência federal. Assim, a Ouvidoria-Geral do SUS no MS sempre esteve voltada para o seu papel de formuladora de política e pautou sua preocupação na descentralização dos serviços e ações de Ouvidoria para estados e municípios. As unidades de saúde federais, por

sua vez, foram implantando o serviço de forma autônoma e sem uma diretriz clara do DOGES; portanto, em sua maioria, seguem nesse movimento autônomo.

A exemplo dessa situação, quando analisadas as ouvidorias de hospitais federais no estado do Rio de Janeiro, pode-se afirmar que não existe, até o momento, uma ação efetiva do DOGES. As unidades de saúde desta esfera implementaram suas ouvidorias hospitalares em diferentes momentos e de forma autônoma:

De 2003 até 2004 o HTO [Hospital de Traumatologia e Ortopedia], agora INTO [Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia], que já estava em um movimento anterior, começou a se envolver com o processo de acreditação hospitalar, através da *Joint Commission*. Era necessário nesse movimento todo ter uma Ouvidoria. A gente começou a organizar junto com a direção esta Ouvidoria hospitalar. Na ocasião, eu consegui logo ir para o Encontro Nacional de Ouvidores, que foi em Gramado, se não me engano foi em 2004, aí comecei a ter algumas informações e, na mesma ocasião, começa a Ouvidoria do Ministério da Saúde, que era o Dr. Carlos Saraiva e Saraiva. Nós já tínhamos no Rio a Ouvidoria do Hospital da Lagoa, já tinha a Ouvidoria do Hospital de Bonsucesso, e do Hospital do Fundão [Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro]. (Entrevistado 15)

As ouvidorias dos institutos (Instituto Nacional de Câncer e INTO) se mantiveram independentes no decorrer dos anos, enquanto as Ouvidorias dos hospitais do Andaraí, de Bonsucesso, Cardoso Fontes, de Ipanema, da Lagoa e dos Servidores do Estado foram submetidas à Ouvidoria-Geral do Departamento de Gestão Hospitalar (DGH). O DGH foi criado em 2005, na estrutura da Secretaria de Atenção à Saúde, do MS. Naquele momento, o governo federal havia decretado estado de calamidade pública nos hospitais da rede pública de saúde do município do Rio de Janeiro, e as unidades que estavam municipalizadas (Andaraí, Cardoso Fontes, Ipanema e Lagoa) retornaram à gestão do MS pelo DGH (BRASIL, c2016).

Em 2019, as alterações realizadas no MS com o Decreto nº 9.795 (BRASIL, 2019d) trouxeram novas mudanças. O DGH foi extinto e criou-se a Superintendência Estadual do Ministério da Saúde, sem se estruturar nela uma Ouvidoria-Geral; assim, as Ouvidorias destas unidades hospitalares voltaram a atuar de maneira independente sem que houvesse essa coordenação mais próxima. Essas transições de estrutura na rede de saúde impactaram diretamente as Ouvidorias hospitalares que, sem uma diretriz específica da Ouvidoria-Geral do SUS, ficam à mercê das decisões dos novos gestores:

A Ouvidoria [do Departamento de Gestão Hospitalar do Estado do Rio de Janeiro – DGHMS-RJ], ela já existia desde 2005. Quem foi a primeira Ouvidora do DGH foi a Claudia Le Cocq. Ela desenvolveu um trabalho muito bom. [...] A nova estrutura do Ministério da Saúde não tem Ouvidoria [...]. O DGH foi extinto, o antigo NERJ [Núcleo Estadual no Rio de Janeiro] também, e aí foi criada a Superintendência Estadual do Ministério da Saúde. Dentro dessa Superintendência, que ainda está se formalizando a estrutura, nessa reestruturação foi enviado para Brasília a estrutura. Na ocasião Dr. Marcelo falou que existia nesse quadro a Ouvidoria, mas que ele tinha que manter a formalização dos setores e da forma que estava era informal. Não tinha uma gratificação, não tinha um DAS [Direção e Assessoramento Superior], era informal. Apesar de que tinha uma portaria que regulamentava a Ouvidoria em Boletim Interno, então assim, ela era regulamentada na percepção do gestor anterior, pra gestão atual, por conta que teve também várias reduções das portarias, criou-se a nova portaria da nova estrutura do Ministério da Saúde, então ela acaba anulando a portaria anterior. Tinha portaria para regulamentar as atividades. Portaria [DGHMS-RJ] nº 01, de 24 de janeiro de 2017, Boletim de Serviço ano 32, nº 06 do Ministério da Saúde. Nessa portaria tinha todas as competências, as atribuições, a interface com as seis Ouvidorias [hospitalares], a metodologia de trabalho estava nessa portaria. Na percepção do novo diretor, ele queria formalizar todos os cargos, e eu acho justo. (Entrevistado 14)

O relato fala de uma fragilização da normatização da Ouvidoria do DGHMS-RJ, já em seu início. Oficialmente, a Ouvidoria foi regulamentada em 2012, mas, desde então, apenas por instrumento interno do Diretor do DGHMS-RJ, a Portaria DGHMS-RJ nº 100, de 02 de outubro de 2012, publicada no Boletim de Serviço ano 27, nº 43 (BRASIL, 2012e). Por sua vez, parece nunca ter existido um posicionamento claro da Ouvidoria-Geral do SUS, no MS, em relação à sua rede de Ouvidoria do SUS no âmbito federal. Este caso, que demonstra o que acontece no estado do Rio de Janeiro com as Ouvidorias do SUS de unidades de saúde federais, é um exemplo do que é reproduzido em todo o território nacional.

Situação parecida verificou-se com a implantação das Ouvidorias nos hospitais universitários. Essas unidades de saúde, ainda que estejam ligadas diretamente ao Ministério da Educação, e, por consequência, gozem de autonomia administrativa, integram o SUS. Em algumas regiões do país, essas unidades respondem exclusivamente pelo serviço de alta complexidade, mas isso não foi suficiente para que os convênios operacionalizados com o SUS contemplassem diretrizes para a implantação de ouvidorias.

Em 2011, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com o intuito de gerenciar os hospitais universitários e, assim, novos desafios surgiram para as ouvidorias destas unidades. Atualmente, 40 hospitais universitários estão sob a gestão da EBSERH, cujo organograma (ANEXO G)

registra a existência de uma Ouvidoria-Geral. Deste modo, as ouvidorias dos hospitais universitários sob a gestão da EBSE RH estão tecnicamente ligadas à Ouvidoria-Geral da EBSE RH, que não possui nenhuma ligação formal ou institucional com a Ouvidoria-Geral do SUS (DINTEG). Um dos entrevistados, que pertencente à rede de Ouvidorias da EBSE RH, explica essa questão da seguinte forma:

A gente não usa o sistema das Ouvidorias do SUS, as Ouvidorias, a maioria delas usa o sistema OuvidorSUS. Eles têm toda integração estadual, municipal! A gente não usa! Como nós somos partes do Executivo Federal, a gente, por força do Decreto 9.492, usa o e-Ouv que está dentro do Fala BR. Nós temos uma excelente relação com o Dr. Sérgio Akutagawa, que é o Ouvidor-Geral do Ministério da Saúde. Ele já tentou convencer a levar os Ouvidores [ligados à EBSE RH] para o OuvidorSUS, mas é outra tônica, é outra lógica. A gente já é bem treinado em certa medida, tem um grau de maturação interessante dentro do e-Ouv! A gente não pretende fazer essa mudança não! Hoje, pela nossa natureza, a gente não consegue entender, eu pelo menos, não consigo entender que seria possível que essa relação institucional das Ouvidorias passasse a ser talvez mais imbricada. Porque o que o Sérgio gostaria, e aí eu acho que é bastante legítimo, é dos nossos dados. É muito importante para ele, para fazer diagnósticos, ter a nossa contrapartida de informação. E aí faz muito sentido que ele ache interessante que nós utilizássemos o mesmo sistema, mas isso está bem sacramentado entre a gente, acho que a gente não vai conseguir chegar nesse ponto não! (Entrevistado 18)

O posicionamento do entrevistado 18, ao diferenciar as Ouvidorias da EBSE RH das Ouvidorias ligadas diretamente à Ouvidoria-Geral do SUS, expõe o desinteresse de ligar as Ouvidorias estaduais, ainda que tecnicamente, à Ouvidoria-Geral do SUS, e ainda explicita o desejo de atuação mais próxima da OGU, com a lógica de utilização do e-Ouv, a despeito da existência do OuvidorSUS. Possui uma compreensão de que são parte do Executivo Federal, não reconhecendo na Ouvidoria-Geral do SUS a liderança na temática Ouvidoria de Saúde no Poder Executivo Federal.

Atualmente, o momento é de construção normativa da Ouvidoria-Geral da EBSE RH. O órgão, implementado na prática em 2012, tem seu funcionamento regulado pelo Decreto nº 9.492/2018 (BRASIL, 2018c), que instituiu o e-Ouv, e pela Resolução nº 21/2018 (BRASIL, 2018f), emitida pela Comissão Interministerial de Governança Corporativa e de Administração de Participações Societárias da União (CGPAR), que instituiu o cargo de Ouvidor nas empresas estatais federais. Considerado, então, o atual cenário de construção de normativas específicas, bem como a especificidade da atuação da EBSE RH, seria legítimo incluir no debate a

Ouvidora-Geral do SUS como órgão que constrói as diretrizes nacionais para as Ouvidorias de saúde.

A situação apresentada das Ouvidorias de unidades de saúde federais e DGHMS-RJ e das Ouvidorias dos hospitais universitários gerenciadas pela Ouvidoria-Geral da EBSEH chama atenção para a baixa atuação da Ouvidoria-Geral do SUS no que diz respeito à coordenação da rede de Ouvidorias de unidades federais. Na análise dos documentos (Relatórios gerenciais, Planos Nacionais de Saúde, Resoluções CIT, Portarias MS/GM voltadas ao financiamento da ParticipaSUS), observa-se que, exceto pela implantação da “Carta do SUS”, não existem informações sobre a atuação da Ouvidoria-Geral do SUS nessa área. Isso reforça a avaliação de que a OGU tem avançado na sua função de formular e descentralizar a política de Ouvidoria, porém não progride na coordenação dos serviços de Ouvidoria em seu âmbito de atuação.

3.4.1 A contribuição dos órgãos de controle na descentralização das Ouvidorias do SUS

Tal como abordado no capítulo 2 desta tese, a Ouvidoria do SUS deve constituir relações com um conjunto de órgãos ou instituições de modo a configurar sua rede de parceiros ou colaboradores. É na operação em rede que essas Ouvidorias são fortalecidas, caracterizando-se órgão de *accountability* horizontal. Os casos aqui estudados apontam que vários órgãos externos ao Poder Executivo contribuem com as Ouvidorias do SUS, como o Tribunal de Contas dos Municípios (TCM), Tribunal de Contas do Estado, CGU e o Ministério Público (MP):

A gente trabalha também em parceria com TCM, que é o Tribunal de Contas dos Municípios, o pessoal do TCE [Tribunal de Contas do Estado], Ministério Público, CGU. Aqui dentro do estado a gente tenta se organizar pra ir encurralando os gestores, pra que eles implantem Ouvidoria. Essa parceria é muito importante! [...]. (Entrevistado 8)

A relação entre esses órgãos externos e a Ouvidoria do SUS ocorre em duplo sentido, podendo partir do órgão externo para a Ouvidoria do SUS e vice-versa. É o cenário e o momento vivido por essas estruturas que definirá quem iniciará o movimento pelo parceiro ou colaborador:

[...] levamos para o Ministério Público Estadual a importância da criação das ouvidorias municipais [do SUS] e eles também cobravam aos prefeitos, então a gente meio que cercou os gestores municipais pra implantação da ouvidoria [do SUS]. (Entrevistado 4)

A forma retratada pelo entrevistado 4 traz duas características que merecem atenção. A primeira diz respeito à ideia de processo organizacional, pois sugere que o órgão de controle externo não é a única, tampouco a primeira alternativa para que os gestores municipais assumam a responsabilidade de implantação da Ouvidoria do SUS em seu território. A segunda é a noção de utilização do órgão como um instrumento de *enforcement*. O termo encurralar sugere retirar, de maneira incremental, as possibilidades de o gestor municipal negar a necessidade de se ter uma Ouvidoria do SUS, não lhe restando saída que não seja a implantação, caso contrário contará também com significativo ônus.

Existe uma dinâmica que, à medida que cumpre as formalidades do processo burocrático administrativo entre as instituições, também constrange o município ao cumprimento da política de Ouvidoria do SUS. Nesse processo, têm os Ouvidores se utilizado, inclusive, da interpretação da Lei nº 13.460/2017 (BRASIL, 2017a) em benefícios específicos para a Ouvidoria do SUS, posto que a lei não trata desse objeto, Ouvidoria do SUS, especificamente:

Aqui no estado, o Tribunal de Contas dos Municípios fez um TAG, Termo de Ajustamento de Gestão, há dois anos, em relação à Lei da Transparência. Na realidade, ele obrigou as prefeituras a se adequarem à Lei da Transparência. Esse ano, eles estão fazendo um novo TAG com as prefeituras, para que eles se adéquam à Lei 13.460. Então, a Ouvidora Estadual da Saúde participou de um evento do Ministério Público, porque nós temos um fórum aqui no estado, e a Ouvidora Estadual da Saúde é coordenadora e o vice é o TCM, e aí a eles fizeram essa parceria. A Ouvidora Estadual da Saúde foi participar de um evento do Ministério Público onde eles chamaram os prefeitos, porque é assim, a Ouvidoria, infelizmente, tem que ir onde está quem manda mais. Então, eles chamaram os prefeitos junto com o TCM e falaram da exigência da lei, da 13.460, que eles iriam fazer um novo TAG. A Ouvidora Estadual da Saúde participou de uma mesa, e não perdeu a oportunidade de dizer que eles tinham que fortalecer a Ouvidoria setorial da saúde. Porque na realidade eles estão tentando fortalecer junto com a CGU, as Ouvidorias das prefeituras, que são as gerais, não é a da saúde. Todo esse movimento é para fortalecer as Ouvidorias-Gerais da prefeitura, mas como a Ouvidora Estadual da Saúde está junto, ela também não perde a oportunidade de dizer que a mais importante setorial é a saúde, então eles não podem só implantar só na prefeitura e deixar a saúde de lado. Eles têm que fazer as duas! Ela está seguindo esse caminho! Junto deles, com a exigência legal, mas também está dizendo que a saúde é a mais importante. Já que o município tem as setoriais dentro da prefeitura, a saúde é a mais importante. Está dando certo! Eles vão bloquear o recurso financeiro do município! Aí eles se adéquam! (Entrevistado 8)

O percurso da experiência relatada pelo entrevistado 8 tem o seu limite no bloqueio do recurso financeiro do município realizado pelo TCM, expressão final do *enforcement*. Diante disso, torna-se clara a noção de *accountability* intraestatal trabalhada por Mainwaring (2003), dado que a capacidade de punir da Ouvidoria do SUS ocorreu de maneira indireta.

Outra importante instituição externa ao Poder Executivo que aparece com frequência na estratégia de descentralização dos serviços de Ouvidoria do SUS de estado em direção aos municípios é o MP. No Paraná, por exemplo, estado atualmente com 100% de municípios com Ouvidorias do SUS implantadas, o MP foi fundamental. Segundo os Informes (688/2011, 702/2011, 884/2015, 901/2016, 941/2017, 953/2017, 1049/2019, veiculados no *site* do órgão (<http://www.saude.mppr.mp.br/pagina-976.html>), o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça (CAOP) de Proteção à Saúde Pública, do MP do estado do Paraná, foi um grande parceiro no processo de implantação.

Por meio do “Programa 399 Ouvidorias SUS”, as Promotorias de Proteção à Saúde Pública enviavam ofícios aos municípios. Nestes documentos, faziam considerações técnicas a respeito da necessidade de implantação do serviço e orientavam como intervir junto aos gestores locais. O processo era acompanhado e novas comunicações eram realizadas àqueles municípios que não seguiam a orientação.

Os relatos dos profissionais de Ouvidorias do SUS que participaram desta pesquisa não deixa dúvidas de que o MP é o órgão externo com maior proatividade em relação às Ouvidorias do SUS. Geralmente, o órgão contribui tanto para o fortalecimento da descentralização das Ouvidorias do SUS dos estados aos municípios, quanto para a cobrança de cumprimento da política de saúde pelas diferentes esferas de poder. Mas essa relação MP e Ouvidoria do SUS varia conforme a compreensão de cada um desses órgãos e seus respectivos gestores. Isto sugere que a construção da rede está muito mais pautada nas pessoas desses gestores do que na instituição propriamente dita:

É através de ofício, na verdade, eu tive aqui uma microrregião com um Ministério Público bem atuante. Ele fez reunião com todos os setores da educação e chamou a Ouvidoria pra conversar com a região. Ele me chamou, eu tive várias reuniões junto lá ao Ministério Público trabalhando com a implantação de Ouvidorias. Dessa micro são todas implantadas, estão todas trabalhando. Não só Ouvidoria, ele chamou acho que quase

todos os setores da secretaria pra trabalhar, pra conversar, pra verificar quais as dificuldades, ele foi muito atuante, mas é uma micro, uma microrregião que ele foi muito participante. Aqui também alguns municípios mandam oficialmente dizendo: “Olha, eu gostaria de saber quantas consultas, quantas cirurgias foram solicitadas na Ouvidoria”, então eles são muito participativos, eles ouvem muito a Ouvidoria. Eu recebo muito, muito ofício mesmo pedindo quantas demandas têm na macrorregião tal, no município tal, em relação às cirurgias eletivas, em relação a consultas, então eles estão sempre consultando a Ouvidoria. (Entrevistado 10)

O MP, no caso apresentado, fortalece a ação de descentralização em direção ao cumprimento da política de Ouvidoria do SUS e também a utilização dos dados produzidos pela Ouvidoria do SUS como instrumento de gestão para fundamentar sua tomada de decisão na garantia do direito à saúde.

A gente tem muito trabalho com Ministério Público, o Ministério Público está sempre pedindo relatórios para a Ouvidoria, algumas coisas para a Ouvidoria, e o OuvidorSUS me proporciona isso. Sabe?! Fazer um relatório rápido, porque o prazo deles é 10 dias e acabou, você responde ou não responde, e eu consigo, através do OuvidorSUS, dentro dessas tipificações, que são assuntos específicos da saúde, elas trazem assuntos bem específicos da saúde. (Entrevistado 10)

Essa relação MP – Ouvidoria do SUS pode beneficiar não apenas a implantação, mas a qualificação deste serviço, acelerando ou incrementando processos já em curso entre as Ouvidorias SUS dos diferentes entes federados.

Já existia Ouvidoria, metade acho que já existia e tinha pontos focais, ele [Ministério Público] só conversou em relação aos pontos focais. Tentando sensibilizar os gestores, dizer: “Olha, por que o cidadão tem que ligar para a Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde para poder fazer uma manifestação, pra vir pra cá? Ponto focal não recebe o cidadão”. Ele só questionou assim! E aí todo mundo entendeu a necessidade de migrar e já migraram. Realmente, por que ele [cidadão] vai ligar lá pro Ministério da Saúde em Brasília, ou vai ligar para a Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde para registrar uma manifestação, apesar de ser ligação gratuita, sendo que a Secretaria Municipal de Saúde pode abrir? Em alguns municípios pequenos realmente eu trabalho com ponto focal com muita tranquilidade, a gente até entende a situação da saúde, os gastos de se manter uma Ouvidoria. Município pequeno às vezes não tem tanta necessidade! Eu acho que até o ponto focal em alguns municípios é suficiente, desde que as pessoas respondam com rapidez, mas ele [MP] colocou e os Secretários aceitaram, está tudo tranquilo. Mas já tinha um caminho andado ali, graças a Deus! Foi uma região que já estava mais ou menos estruturada, metade, e aí hoje todo mundo tem Ouvidoria. [...] Esse Promotor foi muito legal, porque ele tentou trabalhar com quase todos os setores da saúde, e a Ouvidoria foi um dos primeiros que ele chamou, bem interessante! (Entrevistado 10)

Esse processo de reconhecimento da Ouvidoria do SUS pelo MP reclama a necessidade de maior proximidade e autonomia na construção da Ouvidoria do SUS como órgão de participação social. O MP reconhece a possibilidade de relação com a Ouvidoria sem que se tenha a obrigatoriedade de passar cada manifestação individualmente pelo Secretário da pasta:

Ontem eu estava em uma reunião muito importante no Ministério Público, sobre a regulação e o Promotor da saúde tem uma relação muito boa com a Ouvidoria, fez a proposta que a gente poderia encaminhar as demandas direto pra eles ao invés de ter que ter o secretário. A reunião durou a tarde toda, foi muito importante. A gente já tem o assento, a gente já tem assento em muitos lugares do estado já, garantindo esse assento de Ouvidoria. (Entrevistado 16)

É possível avaliar que esta relação da Ouvidoria do SUS com os órgãos de controle externo apresentam potencial para aumentar a autonomia das Ouvidorias do SUS. À medida que esses órgãos se aproximam, amplia-se a visibilidade das Ouvidorias e sua capacidade política de construir enfrentamentos na sua rede de colaboradores internos à secretaria de saúde, fato que pode fortalecer a capacidade das Ouvidorias do SUS de responderem aos manifestantes.

3.4.2 As relações entre as Ouvidorias do SUS nas diferentes esferas de governo

Segundo Arretche (2004), no que concerne à saúde, o governo federal possui a função de formular a política nacional, financiá-la e coordená-la aos entes subnacionais. A partir disto, a autora ainda chama atenção para o fato de o ente federal possuir elementos bastante estratégicos para persuadir os governos locais a executarem ou não uma determinada política. Este processo de descentralização, para Arretche (1999b), será marcado por fatores de diferentes naturezas, a saber: estrutural, institucional e de ação política. Destaca a autora que, no caso das políticas sociais brasileiras, o fator de ação política foi decisivo naqueles locais em que a descentralização aconteceu de modo eficiente.

Considerada a relação de forças existente no modelo tripartite da federação brasileira para execução de uma determinada política, vale destacar algumas observações suscitadas, durante a avaliação da descentralização da política de Ouvidoria do SUS, quanto aos sentimentos de cooperação e/ou competição que, em alguma medida, estiveram presentes nos discursos dos entrevistados.

Por mais que pareça muito bem definido que à União cabe a coordenação nacional e aos estados-membros a coordenação regional do processo de descentralização das ações e serviços de saúde, na prática esse movimento se apresentou neste estudo como uma ação concorrente entre a Ouvidoria-Geral do SUS no MS e a Ouvidoria-Geral do SUS das SES:

O DOGES teria que unir os estados, e não era a todo momento que fazia isso. Vou dar um exemplo, ele ia fazer um Encontro Nacional de Ouvidores, você tinha lá uma Ouvidora Estadual do estado X, quando ela chegava lá, ela dava de cara com municípios dela, que tinham sido convidados e ela não sabia. Eles ficavam meio perdidos, como eram municípios que estavam implantando Ouvidoria dentro de um processo de trabalho que aquele estado X tinha estabelecido, aí dava aquele confronto. Isso era queixa de vários estados que tinham Ouvidores [estaduais] atuantes e que queriam tomar uma satisfação em relação ao seu estado, porque isso pegava muito mal. Às vezes, eles [ouvidores municipais] ligavam pra Ouvidoria estadual e diziam: “Olha, eu fui convidado para uma reunião no DOGES, você está sabendo de alguma coisa?” Aí a gente ia lá, ligava pro DOGES e dizia assim: “Escuta, não é um Encontro Nacional?” Eles respondiam: “Ah, não! É um Encontro Nacional, mas a gente incluiu as capitais”. Aí no outro, falavam: “Ah, é um Encontro com os Ouvidores estaduais, mas a gente incluiu alguns municípios com população alta ou população baixa”. Sempre tinha essas coisas! (Entrevistado 12)

Na análise, o entrevistado 12 chama atenção para a função do DOGES enquanto ente federal na coordenação dos estados e reclama a atuação direta da União em relação aos municípios. Entretanto, trata-se de competência concorrente, uma vez que ambos os entes possuem responsabilidades de indução da política sobre o governo local.

De outra forma, verificou-se que o discurso de maior cooperação estava justamente no único estado em que a Ouvidoria Central do SUS publicou normatização dando à Ouvidoria Regional do SUS, sob seu território, ampla autonomia:

[...] eram 12 meses para monitorar a adequação [...] dentro disso esse ano a gente acompanhou, a gente criou um instrumentozinho que a gente ia no município, como a gente trabalha com quadrimestre, uma vez no quadrimestre olhar como é que esse município está, o que foi que ele conseguiu avançar. Dentro disso a gente conseguiu ver que alguns de fato avançaram, pensaram, identificaram, conseguiram telefonezinho, aumentaram o número de manifestações com resolutividade, e outros que a gente teve essa dificuldade ainda, dos cinco são dois que a gente viu que realmente não conseguiu avançar. E aí a gente já dá um olhar técnico, é a falta do apoio mesmo da gestão e também do comprometimento da pessoa que está na frente do serviço. Mas aí a gente conseguiu... que a gente faz muito, que eu acho que é o diferencial da nossa Ouvidoria é que as coordenadoras estaduais [refere-se à Ouvidoria-Geral do SUS no estado e à

sua Assessora técnica], elas sempre estão atentas aos nossos sinais. [...] Esse a gente pediu que elas viessem até nossa região, na nossa regional, pra dar um apoio maior, porque a gente estava sentindo, principalmente no... a gente tem um hospital regional que funciona na nossa região que é na sede da região, e lá a gente não conseguia que avançasse em nada. Elas vieram, reuniram com a gente, com a nossa direção, chegamos até lá, chegamos a conversar, e elas até doaram um equipamento, porque a desculpa era que não tinham equipamento para funcionar. Doaram o equipamento pra funcionar esse serviço, então elas estão sempre disponíveis. Às vezes a gente não tem a disponibilidade orçamentária, financeira, elas conseguem pra gente destaque, pra gente poder fazer um evento, pra poder fazer uma capacitação, elas são super presentes. (Entrevistado 3)

Ainda que seja do interesse da Ouvidoria Central do SUS estadual a descentralização para os municípios, existe uma relação de respeito mútuo e a atuação da mesma junto ao município ocorre com a solicitação da Ouvidoria Regional e em conjunto. Pode-se dizer que é um movimento de fortalecimento político da Ouvidoria Regional em direção aos municípios.

Também foi possível verificar, por parte das Ouvidorias do SUS em âmbito estadual, o reconhecimento de que, resguardadas as obrigações assistenciais em saúde de cada ente federativo, está nas Ouvidorias locais do SUS o maior desafio na operacionalização do serviço:

Como a saúde, ela é municipalizada, o grande peso das Ouvidorias fica para os municípios, são eles que atendem as redes, as UBS, os postos. São todos os municípios. A gente fica aqui mesmo pra fazer esse apoio. Atendemos também as manifestações, porque através do 0800 a gente atende as manifestações do cidadão, a gente tem um teleatendimento aqui pra atender as manifestações, e ao ouvidor mesmo cabe mais é fazer esse treinamento, essa capacitação, abertura de Ouvidorias, sensibilização de gestores, e manter essas Ouvidorias, mais na parte educacional mesmo, de estar conversando, abrindo, mantendo, trabalhando [...]. (Entrevistado 10)

Entretanto, as Ouvidorias do SUS no município, por vezes, apontam para outras possibilidades de suporte. Reclamam uma postura mais proativa, mais política das Ouvidorias do SUS nos estados e no governo federal. Esperam mais que o reconhecimento do bom trabalho em Ouvidoria; esperam tensionamento político das obrigações de fazer das demais estruturas da saúde do município:

Eu gostaria que o Ministério da Saúde e governo do estado fossem mais proativos também, como a gente é no município, porque é muito fácil: "Ah! O cidadão mora lá no município!" Realmente, a assistência acontece lá no município, mas eles têm que dar mais força pra gente. Você imagina, se você tem um braço do Ministério e do estado ali com você, com o gestor. Igual o que eu te falei, que eu tenho problemas com o gestor atual lá porque

ele está com raiva que fui lá e fiz. Você imagina se o Ministério fala assim: “Nossa, a Ouvidoria de [cita o município] está com 500 reclamações de colono, a gente tem que fazer um documento, uma notificação, alguma coisa a gente tem que fazer. Não vai interferir na autonomia do município, não vai. Ele também está recebendo! Porque as pessoas estão ligando para Brasília, para o estado e falando também. Aí eles vão copiando e colando texto pra gente? Ah, essa gente tem que dar resposta e pronto! Eu vejo muito isso, eu não me conformo com isso. Eu acho que a Ouvidoria tem que ser proativa mesmo. Ela tem que ver que alguma coisa está muito séria e intervir, senão não tem justificativa dela existir. Se ela fosse só um órgão de passar a informação e tal, não precisa ser Ouvidoria, pode ser só uma assessoria de comunicação. (Entrevistado 20)

O posicionamento do entrevistado 20 traz uma perspectiva de visualizar nas Ouvidorias do SUS em estados e governo federal órgãos importantes como constituintes da rede de colaboradores. Entende que as Ouvidorias citadas, do lugar que ocupam, também devem articular-se com as demais estruturas de seu âmbito para exercer certa governabilidade naquelas áreas críticas do SUS. Seria uma forma de as demais esferas de Poder retroalimentarem os apontamentos que muitas vezes a Ouvidoria do SUS local já fez para o seu gestor, mas não obteve escuta.

É claro, a compreensão dos Ouvidores do SUS, especialmente daqueles que ocupam Ouvidorias das SES, é de que é necessário estar junto para fortalecer a política de Ouvidoria do SUS no território nacional. Esse fortalecimento da política passa obrigatoriamente pelo fortalecimento do órgão nacional, da Ouvidoria-Geral no MS:

O DOGES, ele sempre foi muito forte na relação com os estados. Foram feitos alguns repasses financeiros, tiveram algumas ações muito importantes que conduziram o trabalho do DOGES na perspectiva de implantar a Ouvidoria no Brasil inteiro. Então, o DOGES me parecia antigamente ser muito mais imponente, importante, enquanto coordenador da política de Ouvidoria do SUS no Brasil inteiro. Foi passando o tempo e, por questões políticas, acredito também por questões de recurso, o DOGES foi perdendo um pouco aquela relação que ele tinha de força, de importância no cenário nacional. Os cursos que ele realizava foram ficando menores, a possibilidade de viajar para os estados foram diminuindo, a relação DOGES, estados e municípios, ela se perde em alguns momentos de alguns gestores que lá entraram. Nós tivemos gestores que conversavam diretamente com os municípios sem passar pelos estados, então existe essa relação que a gente sabe que é tripartite. O SUS, eu gosto de conversar, não tenho problema nenhum com os municípios, mas se você tem a questão solidária de uma Ouvidoria ou de uma Rede Nacional, é importante que você tenha esse contato político também. Então, acho que o DOGES foi perdendo esses espaços ao longo do tempo, espaço de importância política para a execução das atividades. A gente começou, enquanto Ouvidores de estado, um grupo de discussão mesmo da política, montando um fórum, uma associação, a gente fez o primeiro Encontro no Estado do Espírito Santo exatamente para isso. Pra reforçar a importância dos Ouvidores do SUS, não somente para receber manifestações, mas

muito mais que isso, se eu quero trabalhar com a cidadania, com o cidadão, eu preciso que o Sistema Único como um todo esteja trabalhando a Ouvidoria de forma legal. Então, a gente precisa estar junto, precisa que o DOGES esteja junto. Eu acho que esse movimento foi interessante num reforço ao DOGES como coordenador da política nacional. (Entrevistado 5)

Esse posicionamento demonstra o reconhecimento dos Ouvidores da saúde em relação aos diversos fatores que contribuíram para a mudança do cenário da Ouvidoria do SUS em âmbito nacional. Porém, mais que reconhecer esse cenário, aponta também para a disponibilidade de se articularem politicamente na busca de fortalecer a Ouvidoria-Geral do SUS como órgão estratégico na manutenção nacional da política de Ouvidoria do SUS.

Assim, incluir a “Descentralização dos serviços de Ouvidoria do SUS” como categoria permitiu notar que, embora não tenha sido fácil percorrer o caminho de descentralização da política de Ouvidoria do SUS até esse momento, tampouco o movimento tenha ocorrido de forma linear, é necessário reconhecer a existência de uma Rede Nacional de Ouvidorias do SUS. Esta rede encontra-se capilarizada pelas cinco regiões do Brasil, e em cada uma delas é possível identificar especificidades no processo de implantação. Merecem destaque, ainda, a utilização das sedes das regionais de saúde e o debate na CIB e na CIR como mecanismos estruturantes da descentralização e do trabalho de coordenação que tem sido realizado.

3.5 A ausência da publicação da normativa desejada: o caso da Política Nacional de Ouvidoria do SUS (PNO)

Para Arretche (2004), a formulação e a coordenação da política nacional de saúde, de modo geral, são realizadas pela União, por intermédio do MS. Conforme discutido no capítulo 2 desta tese, a implementação do SUS ocorreu de forma extremamente normatizada. A partir das Normas Operacionais Básicas (NOB), Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), e de um sem-número de portarias, foram construídas as especificidades operacionais que cabem a cada ente federativo, na implantação e funcionamento da saúde pública no país. Nesse sentido, para a implementação dos serviços e ações de saúde, tem ocorrido uma segmentação da formulação das ações e programas que, em conjunto, caracterizam a política nacional de saúde. Ou seja, no setor saúde é extremamente comum que sejam formuladas normas legais, denominadas “políticas”, a partir das quais são

descritos os conceitos, os objetivos (geral e específicos), as diretrizes, as competências e/ou atribuições dos entes (MS, SES, SMS) na implementação, e outros, para programas ou ações específicas.

No SUS, tornou-se comum reconhecer a existência de uma determinada atuação a partir da construção de um documento robusto que fundamenta determinada ação ou serviço. A ParticipaSUS descreve especificamente o compromisso da SGEP com a formulação de duas políticas específicas: a Política de Promoção da Saúde com a Promoção da Equidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniquidade; e a Política Nacional de Ouvidorias do SUS. A primeira refere-se às populações negras e quilombolas, populações do campo e da floresta, população de gays, lésbicas, bissexuais, transgêneros e travestis (GLBTT), ciganos, e população em situação de rua. Assim, o MS publicou:

- a) a Portaria MS/GM nº 992/2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2009e);
- b) a Portaria MS/GM nº 2.866/2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) (BRASIL, 2011e);
- c) a Portaria MS/GM nº 2.836/2011 (BRASIL, 2011f), que institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT);
- d) a Portaria nº 4.384/2018 (BRASIL, 2018g), que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani.

Quanto à população em situação de rua, foi assinado o Decreto nº 7.053/2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Internacional de Acompanhamento e Monitoramento (BRASIL, 2014d).

Após suas respectivas formulações, todas foram amplamente divulgadas, inclusive em formato de revistas, como pode ser observado no Anexo K. Essa prática se tornou bastante comum no MS, inclusive com outras “políticas” específicas, para que se tornassem conhecidas nos diversos espaços dos serviços de saúde. Foi uma estratégia adotada para que, após o reconhecimento formal enquanto “política”, o tema fosse amplamente difundido, por mídia impressa e digital, entre gestores e usuários dos serviços de saúde.

Entretanto, diferente do que estava previsto na ParticipaSUS, a PNO foi a única que não alçou este *status* de ato normativo instituído e amplamente divulgado, embora várias normativas a coloquem em *status* de uma política nacional coordenada.

Segundo Bezerra *et al.* (2012), a Ouvidoria-Geral do SUS é um componente da ParticipaSUS, e a PNO é um subcomponente. Os autores identificaram em seu trabalho, a partir da criação de modelo lógico, critérios e indicadores que pudessem orientar a implementação da PNO. Logo, para além da abordagem conceitual da ParticipaSUS, reafirmada na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017c), existe um conjunto de documentos que apontam para a necessidade de criação e execução de uma PNO.

Entre os entrevistados nesta pesquisa, evidenciou-se a expectativa que se tinha em torno desta formulação e do impacto esperado que ela causasse:

Duas coisas que ao longo do tempo se perdeu um pouco: foi a questão do nosso sistema, do sistema informatizado, enquanto instrumento de trabalho. Gastou-se um dinheiro enorme com isso e até hoje não tem um sistema adequado! E a questão da regulamentação mesmo da Ouvidoria do SUS. A gente teve um período muito importante que era quando o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa, era o Antônio Alves Souza. Nós discutimos toda a “política”, fizemos todo o texto, chamaram a Dra. Lenir Santos, que é uma *expert* nas questões jurídicas do SUS para avaliar o documento e tal, e a “política” não saiu! Então, hoje a gente vê que a Ouvidoria pública tem um outro perfil total, e eu vejo a Ouvidoria do SUS um pouco apêndice de algumas coisas, e ela que tem um papel que é muito *sui generis* na forma dela atuar. (Entrevistado 15)

O entrevistado 15 representa uma parcela importante de gestores do SUS, e especificamente de Ouvidorias do SUS, que compreende que a caracterização por meio de um documento específico denominado “política” é algo fundamental na demarcação dos serviços e isso não foi formulado no caso das Ouvidorias do SUS. A ausência da PNO relega o serviço a um lugar secundário, quando possui, na prática, um lugar peculiar que deveria dar-lhe notoriedade. Esse posicionamento merece reflexão, dada a singularidade de fato que apresenta a Ouvidoria do SUS a partir da ideia de “reforma da reforma”. É essa lógica de participação social, de cidadania, de elemento de construção cotidiana da própria política de saúde e, por consequência, de defesa da saúde como direito fundamental que a liga ao *Defensor del Pueblo*. Neste sentido, existe uma condição *sui generis* da Ouvidoria do SUS que precisa ser preservada. A formulação da PNO, a partir de articulação nos

espaços de negociação tripartite da política de saúde brasileira, pode favorecer a manutenção das Ouvidorias do SUS e a perpetuação de suas características de origem, tal como a autonomia, o poder moral, o poder negativo e a magistratura de persuasão.

Talvez seja importante pensar que o processo como um todo, e a possibilidade de ter essa “política” formulada, não está de todo perdido. O processo de construção de políticas é dinâmico, e a disputa entre os grupos de interesse tende a manter-se constante, daí a defesa de que os grupos perdedores sempre buscam meios para incluir seus interesses em diferentes momentos da política (ARRETCHE, 2005; MENICUCCI, 2007). Por este ângulo, a política nunca está fechada, mas em mudança contínua. Pensados os desafios de um processo de construção de política pública, talvez fosse estratégico refletir que a fase atual é de estagnação. O período impõe uma necessidade de analisar o processo que foi trilhado até este momento e, a partir de então, traçar estratégias que sejam possíveis de serem realizadas, considerado o cenário do MS e o cenário de regressão das políticas de proteção social no âmbito geral, e de participação social, no caso específico:

Muito lenta! A “política” até hoje não saiu, na verdade. Tem uma “política” que a gente foi... eu achei interessante que essa “política”, ela foi trabalhada com o grupo de Ouvidores. Eu lembro que não estava ainda na Ouvidoria, mas acho que 2014, final de 2014, se eu não me engano, houve uma reunião em Brasília com todos os Ouvidores, que eles na verdade escreveram esse documento. Achei bem legal porque foi assim: os Ouvidores sentaram, escreveram essa “política”, todos os estados sentaram e escreveram essa “política”. Aí houve uma troca do governo, saiu, trocou e aquilo, eu acho que foi esquecido. Em 2017, acho que foi retomada essa “política”, acho, não sei se foi 2017 ou 2016, essa “política” foi retomada e parece que ela estava no Senado... não sei o que... E ela está parada! Não saiu ainda! E nem sei se tem interesse em sair, porque acho que de lá pra cá já mudou tanto. Nem sei... (Entrevistado 10)

Compreende-se, a partir dos dados analisados até este momento do trabalho, que a política de Ouvidorias do SUS, enquanto serviço implantado pelo Estado no território brasileiro, é uma realidade. Todavia, ainda não existe a PNO formulada; o que se conseguiu foi a formulação da Portaria 2.416/2014 (BRASIL, 2014f), que estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de Ouvidoria do SUS e suas atribuições em âmbito nacional. Mas este documento deixa muitas lacunas referentes à construção das Ouvidorias do SUS e não corresponde a todo o

esforço de construção que foi realizado, mobilizando não apenas a Ouvidoria-Geral do SUS como os Ouvidores do SUS nas esferas estadual e de alguns municípios:

Esse processo de desenvolver a “política” pras Ouvidorias sempre foi um processo muito participativo. O DOGES sempre promoveu muitos eventos de reunião com Ouvidores. Então, eles participaram bastante da elaboração da “política”, que, na verdade, não é uma política com esse nome, ainda não existe uma política que ... por exemplo, uma normativa que diga assim: “Está instituída a Política para as Ouvidorias do SUS”. Existem portarias regulamentadoras, que instituem um Sistema Nacional de Ouvidorias, mas enfim... existe uma, toda uma orientação que ajudou a construir alguns conceitos da Ouvidoria do SUS. (Entrevistado 2)

O entrevistado 2 reconhece os esforços envidados de maneira coletiva para a construção da PNO e, ao mesmo tempo, sua inexistência. Comenta ainda o conjunto de formulações que cria o SNO do SUS, elemento subjacente à defesa da existência de uma política.

Neste processo de disputas sobre a necessidade de formulação da Ouvidoria do SUS por meio de uma “política”, há quem argumente sua existência através de outras “políticas” que defendem a importância do serviço. Então, surge a seguinte pergunta: qual é, afinal, o interesse na construção de um documento denominado Política Nacional de Ouvidoria do SUS?

A gente precisaria da “política” da Ouvidoria pra melhorar o nosso trabalho. Hoje a gente não tem muito o processo de trabalho definido. Outra coisa, fortalecimento do SUS, ele se dá com a “política”, mas isso não me atrapalha muito. Como a Ouvidoria é uma política transversal, o que eu falo? Porque a gente tem que ter o discurso pra chamar. Ela faz parte da Política Nacional de Humanização, como um dispositivo da Humanização, nós fazemos parte da Política Nacional de Regulação, onde a Ouvidoria é um dispositivo, é uma regulação de sistemas. Junto com a auditoria, a Ouvidoria ela faz parte da Política Nacional de Atenção Hospitalar, que tem a Portaria 3.390 que fala da gestão hospitalar e a Ouvidoria faz parte, a gente tem a Portaria 1.820 que fala dos direitos dos usuários da saúde. Então, assim, a Ouvidoria está ali dentro, mesmo não tendo uma política específica, mas se eu pegar a da regulação eu digo que eu sou necessária, se eu pegar da Humanização eu sou necessária. Então, eu tenho alguma outra estratégia pra falar que eu sou importante, mesmo não tendo uma política específica. Eu posso utilizar esses outros instrumentos. A gente trabalha em cima disso, das outras “políticas”, já que a gente não tem uma, e em cima da lei, da 13.460, que é obrigatório hoje, a utilização da Ouvidoria como canal. (Entrevistado 8)

Ainda que o entrevistado 8 apresente um conjunto de “políticas” que dão suporte à sua existência enquanto estrutura de Ouvidoria, também externa a necessidade da PNO como condição para a melhoria do processo de trabalho.

Finaliza com a observação de que utiliza de outras “políticas” (específicas) do SUS em razão da inexistência da PNO e recorre à Lei nº 13.460 (BRASIL, 2017a) para garantir a existência da Ouvidoria. A ausência da formulação e publicação da PNO também justifica a utilização desta lei pela própria Ouvidoria-Geral da União, por intermédio do PROMOVUSUS, para induzir a implementação de Ouvidorias a desde 2017. Conforme descrito no Relatório de Gestão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019f), no ano de 2018:

O Programa proporciona espaços para discussão sobre as ouvidorias em saúde e a necessidade do desenvolvimento dos serviços na perspectiva da Lei Federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017. A Ouvidoria-Geral do SUS tem realizado divulgações do PROMOVUSUS para os gestores em espaços estratégicos como Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS e as CIB - Comissões Intergestores Bipartite. O PROMOVUSUS realizou capacitação em 152 localidades nos estados do Acre, Amazonas, Rondônia, Roraima, Tocantins, Amapá, Pará e Rio Grande do Norte, onde 61 municípios implantaram ouvidorias no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2019f, p. 34).

Entretanto, observa-se com muita cautela o uso da Lei nº 13.460/2017 (BRASIL, 2017a) de forma generalizada para fundamentar a implantação de Ouvidorias do SUS. Sua formulação não tem como objetivo as Ouvidorias da Saúde, e pode significar, inclusive, mudanças de paradigma em algumas situações. A lei em questão está pautada na construção de Ouvidorias como parte do Sistema de Integridade, baseada em uma racionalidade limitada ao controle, tal como visto na categoria “Racionalidades em disputa: a Ouvidoria do SUS como participação social”. Essa situação merece atenção como traz o relato abaixo:

A questão da participação, ela pode até existir, porque a ouvidoria é participação do cidadão independente pra que lado ela está lendo. A leitura que nós tínhamos antes era uma leitura mais sistêmica, de processo. Quando a gente começa a Ouvidoria nessa trajetória até uns dois anos atrás, que começa a mudar um pouco essa questão da participação da Ouvidoria. Ela passa a ser mais especificamente um canal de denúncia. É o que eu tenho visto! Esse ano muita coisa mudou, inclusive no estado do Rio de Janeiro que não existia uma Ouvidoria-Geral do estado, isso é importante também dizer. Então, todo trabalho feito neste estado, enquanto Ouvidoria SUS, é um trabalho muito autoral daquela equipe, porque não existia uma orientação do próprio ente federativo, a orientação era do Ministério [DOGES]. A partir do momento que começa a ter uma Ouvidoria-Geral do estado, esses caminhos eles vão se ajustando e essa Ouvidoria tem que entrar por esse viés. O que eu vejo nos poucos eventos que eu fui esse ano, coisas que eu venho acompanhando pela rede social, algum acompanhamento através da ABO, é que esse canal ele está mudando. Ele está sendo um caminhozinho pra gente trabalhar corrupção, pro governo trabalhar corrupção e trabalhar outras questões. Eu acho que é pouco pra

uma Ouvidoria de saúde, onde a gente tem questões muito mais emblemáticas. A corrupção pode chamar muito atenção, mas o dia a dia de uma Ouvidoria de saúde é muito mais complicado que isso! Nós temos quinhentos problemas com nosso pessoal, com as pessoas que trabalham na saúde, de relacionamento, de mudança de sistema, mudança de protocolo. Como se discute a questão da atenção básica que nós vamos começar a viver agora? Tem questões na Ouvidoria do SUS que vão além da denúncia, e quando você foca a denúncia especificamente, que eu acho que é o caminho das Ouvidorias públicas atualmente, aí bota todo mundo no mesmo saco, a gente deixa de perceber algumas coisas no sistema que são coisas muito importantes de valorizar. A gente é além de denúncia! A denúncia deve ser lá 5% ou menos! A nossa denúncia é o quê? O médico não foi trabalhar! Isso é uma denúncia, porque é mau uso do serviço público, ele tem que estar lá. Mas isso é visto pela OGE como uma denúncia? Então, essas mudanças de protocolo, como é que essa Ouvidoria do SUS se encaixa nessa visão nova, é uma coisa a ser estudada. Precisa entender essa Ouvidoria do SUS do momento de participação pro momento de Lava Jato. O que é isso? Como a gente trabalha com isso? Eu só tenho questionamentos, eu não tenho respostas pra isso! (Entrevistado 15)

A substituição da PNO por uma portaria que apenas estabelece diretrizes para a organização e o funcionamento das Ouvidorias e para as atribuições dos serviços de Ouvidoria do SUS, como é o caso da Portaria 2.416/2014 (2014f), deixa lacunas importantes. Não se fixou, por exemplo, nenhum indicativo em relação ao mandato do Ouvidor nem à composição de equipe profissional, questões importantes para os gestores das Ouvidorias do SUS.

O entrevistado 9 expõe a realidade de uma Ouvidoria do SUS de um município de aproximadamente 78 mil habitantes e 40 estabelecimentos de saúde:

Era só ele [Ouvidor], era apenas ele aqui na Ouvidoria, sendo que a Ouvidoria, ela tem que contar com um quadro pessoal de quatro pessoas, e a gente infelizmente nunca teve esse quadro de quatro pessoas, que é o responsável Ouvidor, Ouvidor da Saúde, o teleatendente, os técnicos e o setor administrativo. A gente não contou com isso, com essa equipe. [...] a gente sempre lutou pra que a equipe crescesse, pra dividir as atividades, [...] ficou no caso só eu e a Ouvidora [...]. (Entrevistado 9)

Outra questão a se destacar é a rotatividade de gestores e consequente rotatividade de Ouvidores do SUS. Sem um instrumento normativo que ofereça mínimas garantias de mandato, o trabalho se torna extremamente fragilizado como expressa a fala que se segue:

A gente conseguiu em 2016 implantar mesmo nos municípios a instituição considerada Ouvidoria e ver onde fala Ouvidoria do SUS nível 1 implantadas. Apesar dessas trocas constantes que nós temos de gestão, aí troca o profissional, que a maioria que fica não tem formação específica, que se diga, até porque não tem um cargo pra Ouvidor, regulamentado aqui

no estado como se fosse uma formação, não tem. Aí sempre fica enfermeiro, fica pedagogo, fica... até mesmo nível operacional, e eles trocam constantemente. (Entrevistado 3)

A rotatividade dos Ouvidores referida acima está diretamente associada à escolha do Ouvidor estar atrelada a uma decisão do gestor. Agrava-se o caso em questão pelo fato de a indicação não considerar elementos relacionados à formação, pela existência, na PNO, do desenho do perfil desejado a um Ouvidor, além de seu mandato:

[...] porque há uma troca, eu acho que um dos pontos negativos é essa troca de gestores, que não sei, acontece em todos os estados, é uma rotatividade muito grande. Às vezes a gente nem sabe, saiu, entra novo gestor, ele nem sabe que tinha Ouvidoria e a gente tem que estar treinando, fazendo esse treinamento de novos Ouvidores pra manter esse atendimento. A gente está sempre em constante mudança, não sei nos outros estados, mas aqui a gente tem bastante rotatividade de secretários. (Entrevistado 10)

Soma-se à rotatividade do gestor o desconhecimento, por parte daqueles que assumem a secretaria, quanto à necessidade e existência da Ouvidoria do SUS. A PNO publicada e divulgada em materiais, tais como os observados no Anexo K, ampliou esse espectro de divulgação:

A Ouvidoria não chegou onde deveria por conta das mudanças de gestor, cada novo gestor chega com nova equipe, novo olhar, e você tem que resgatar a importância da Ouvidoria. [...] O certo seria a gente conseguir aprovar uma carreira e fazer um concurso. (Entrevistado 6)

Destacam-se ainda na fala do entrevistado 6 o quanto as mudanças impactam negativamente na estruturação do serviço de Ouvidoria do SUS e a carreira de Ouvidor como uma estratégia para fortalecer o órgão. As dificuldades relacionadas à inexistência de carreira e mandato não se limitam à mudança em si, todavia, ao próprio reconhecimento profissional:

A gente acaba ganhando credibilidade, reconhecimento, vê os esforços, apesar de não ser remunerada como pede, como está lá que a remuneração do Ouvidor é a remuneração do técnico, é um valor de X. Eu nunca fui remunerado desta forma, eu entrei ganhando um salário-mínimo. Eu tenho reconhecimento, a Secretária ela é maravilhosa, eu tenho reconhecimento profissional dela, mas o que nos falta no caso é a questão salarial, porque isso também impulsiona a gente! (Entrevistado 9)

Em que pese o discurso de reconhecimento profissional, é evidente que sem a questão salarial não existe reconhecimento completo de uma determinada atividade. Este debate sobre o cargo, o mandato e as questões que estão envolvidas neste campo, ainda que não expostas de forma institucional, é algo que perpassa as discussões dos profissionais da Ouvidoria-Geral do SUS, mas não encontram consenso:

Eu acho que na verdade nunca se conseguiu pensar, pensava-se não enquanto instituição, enquanto departamento, pensava-se enquanto pessoas que executavam aqueles trabalhos e discutíamos muito sobre isso, nunca chegou a um consenso. Por exemplo, essa questão do Mato Grosso, também sempre uma dificuldade devido ao consenso em relação ao que estava acontecendo lá e que tomada de decisão enquanto instituição. As pessoas que às vezes estavam à frente do departamento não conseguiam tomar essa decisão, emitir uma nota técnica sobre o assunto. Nunca se foi falado assim abertamente ou enquanto instituição se isso deveria ser válido, se tinha que ser feito um mandato, por exemplo. “Ah, tem que ter mandato ou não, cria-se um cargo de Ouvidor?” Eu acho que a gente discutia a importância disso, mas nunca se fechou perfeitamente e aí eu tenho minhas dúvidas, vai ser quase uma... uma dificuldade, como é que se fala? Uma síndrome de perseguição, uma alguma coisa, mas eu acho que poderia ser alguma coisa no sentido de as pessoas eram cargos comissionados e assumiam espaços da Ouvidoria como cargo comissionado, sabiam elas que se eu indicasse ao ouvidor ser um cargo do estado, um servidor efetivo de carreira, um cargo de ouvidor, por exemplo, de carreira, eu teria uma dificuldade futura de assumir determinados espaços. Mas, na minha opinião, eu acho que é de fundamental importância minimamente hoje ter um mandato, mas também faço algumas críticas em relação a isso. Tem Ouvidorias que funcionam muito bem com servidor nomeado, tá! E aí tem questões éticas misturadas com isso, tem a questão da lei, que regulamentou a Ouvidoria, que eu acho que se tivesse um conjunto de coisas que podem ser executadas, pode facilitar. Assim, como pode ter ouvidores que têm mandato de dois anos, que eu já acompanhei também um caso, que não tinham perfil pra executar, não conseguiam trazer o trabalho, não conseguiam fazer, ter um entendimento em relação à importância do trabalho enquanto Ouvidoria, participação social, instrumento e apoio à gestão, o que dificultava muito mais essa relação com a gestão. Não é difícil chegar a um consenso, eu acho importante é ter um mandato, por exemplo, que denunciasse o gestor que fala: “Eu não quero esse ouvidor aqui, esse Ouvidor está recebendo denúncias!” Mas, na minha opinião, é muito mais um problema do gestor, que é um gestor que não tem o entendimento, um gestor antigo, coronelista talvez, que não sabe como se tem que trabalhar essa questão. Me parece ser muito mais importante a gente trocar a lógica das pessoas que assumem esses espaços. Eu preciso entender que uma Ouvidoria deve funcionar desse jeito, mas se hoje no país eu não tenho condições de fazer isso, então tem que ter, entre aspas, esse artifício que é ter mandato de ouvidor. [...] Minha preocupação é efetivamente o mandato vai conduzir, vai trazer tudo que se precisa? Como é que vai ser essa questão da escolha desse Ouvidor? A creditação, ela traz um pouco disso, que é muito legal. Que perspectiva da qualidade eu vou ter pra assumir esses espaços? Se a gente tivesse essas respostas também seria muito mais fácil, mas eu acho que a gente precisa caminhar pra ter sim um cargo de Ouvidor, com perfil explicitado, pra ter minimamente mandato sim, porque hoje tem locais que sofrem, a gente na Ouvidoria escutava muito isso: “Eu trabalho em hospital, o meu diretor do hospital me

chamou e perguntou. Qual é o seu vínculo? Aí quando eu disse que era servidor, ele falou: 'Você deu sorte! Não vou te demitir agora, porque você é servidora e tá recebendo uma gratificação pra ser Ouvidora, né?! Senão eu ia te demitir agora'. Nossa orientação na época era a seguinte, se esse gestor não consegue entender a importância de uma Ouvidoria, que ele enquanto gestor ele pode resolver ali dentro o problema da própria instituição dele, que você procure um outro canal, orienta as pessoas a ligarem para 136, que é esfera federal. Mas agora é interessante pra nós que trabalhamos com Ouvidoria, na minha opinião, criar uma carreira de ouvidor, ter um cargo de ouvidor, regulamentado por lei, com tudo descrito ali. Quem pode ser ouvidor, qual o perfil daquele cara. Eu acho que as portarias acho que fariam isso melhor, mas ter uma lei fortalece sim a Ouvidoria, a instituição do ouvidor, e pra população que precisa ter essa pessoa. (Entrevistado 5)

Como descrito pelo entrevistado 5, em referência ao mandato, o próprio DOGES, à época, não conseguia assumir um posicionamento institucional. Este é um importante dilema também na formulação da "política", visto que o órgão é o principal responsável por dar andamento às discussões a serem formuladas junto ao Conselho Nacional de Saúde e à CIT. Pode-se dizer que esta dificuldade de posicionamento passa especialmente pela força de mobilização necessária em dois pontos críticos: o primeiro diz respeito ao fato de os atuais Ouvidores do SUS serem majoritariamente cargos comissionados, logo propor mandato poderia significar assumir certa disputa no interior do próprio campo; o segundo tem relação com a conduta que parte significativa dos gestores adotam perante as Ouvidorias do SUS.

Dado que a escrita da PNO apresentava metodologia de construção coletiva, em que os Ouvidores do SUS de estados e alguns municípios eram a maioria, não parece ter sido a discussão do mandato o grande empecilho para o andamento do documento, fosse pela ausência do tema na criação da "política", ou pela possibilidade de estabelecimento de algum consenso em torno do tema.

Ao abordar os motivos de não aprovação da PNO e problemas no andamento deste processo, os entrevistados, de modo geral, salientam a dificuldade que o DOGES tinha de pautar a discussão da PNO nos espaços de negociação em âmbito federal. Para eles, a atuação do DOGES no Conselho Nacional de Saúde e na CIT era limitada, pontual. Reivindicavam do DOGES, enquanto instância de coordenação nacional da Ouvidoria do SUS, uma participação mais proativa e frequente nos espaços reconhecidos como legítimos para a efetivação da construção das ações e serviços do SUS:

O material está parado, mas é um material que ficou muito bom! Tivemos bons momentos com o DOGES, mas também tivemos outros que... Sabe?! Você tinha que discutir, tinha que colocar a sua opinião! E eles em uma política muito assim, o que a gente pode fazer sem desagradar algumas pessoas? A gente sempre cobrava do DOGES a participação em algumas reuniões da Tripartite, no Conselho Nacional de Saúde, pra colocar pautas sobre a Ouvidoria. Porque a Ouvidoria é sempre deixada em segundo plano! A gente até entende que tem coisas mais importantes, por exemplo, você fazer uma Política de Saúde da Mulher, de medicamentos. É lógico que vai ser sempre em primeiro lugar! Mas a Ouvidoria era sempre deixada no segundo plano! Então, a gente sempre cobrava isso! Que tivesse uma pauta nesses outros órgãos pra que a gente se respaldasse. Mas era uma direção muito política, então ela era muito “cuidadosa”. (Entrevistado 12)

A convivência entre os Ouvidores do SUS dos entes subnacionais, sobretudo dos estados, e o DOGES era próxima, e a metodologia de formulação da PNO também contribuía nesse sentido. A proximidade possibilitava aos Ouvidores do SUS, atuantes nos estados, convocarem o DOGES a ter mais iniciativa no debate da Ouvidoria em âmbito federal. E esse posicionamento “cuidadoso” do DOGES impactou, segundo os entrevistados, a possibilidade real de aprovar a publicação do que o coletivo havia produzido:

Não foi interesse político! Resumindo é isso! Ela tinha muita dificuldade de passar na CIT, e eu acho que faltou um papel muito importante do Departamento para brigar na CIT, e aí eu não entendo por que não se brigou na CIT. Isso tinha que ser uma discussão de entendimento e de esclarecimento na CIT! Lá no Conass [Conselho Nacional de Secretários de Saúde], na pactuação tripartite, se isso tivesse acontecido nós teríamos uma regulamentação específica das Ouvidorias do SUS. Existe das agências reguladoras, existe da área financeira, por que que não tem das Ouvidorias do SUS? Existe das universitárias, existem várias, cada uma com sua especificidade, então dentro do nosso setor a gente não tem essa regulamentação. O tempo todo quando a gente falava isso, jogavam para os estados. Vocês têm que discutir com seus secretários, mas as discussões nos estados estavam feitas. O estado do Rio de Janeiro tinha toda a regulamentação. Aprovada em conselho, aprovada em CIB, faltava uma coisa em nível nacional! Até pra reforçar outros estados e municípios que não tinham força pra poder lidar com isso. Pra mim faltou um desejo político do Secretário que estava na ocasião, o Luiz Odorico Monteiro! (Entrevistado 15)

Para o entrevistado 15, a inexistência da PNO é uma consequência de ela não ter sido levada para a CIT e isto se reflete diretamente na implantação e manutenção dos serviços de Ouvidoria do SUS em estados e municípios. Segundo o mesmo entrevistado, a PNO, formulada especificamente nestes termos – Política Nacional de Ouvidoria do SUS –, ajudaria a diminuir as diferenças entre os estados em relação à própria assimetria no tocante à capacidade de ocuparem os espaços

de articulação política e, a partir destes, os municípios também seriam atingidos positivamente. Ou seja, ainda existem estados que não possuem sequer a Ouvidoria estadual do SUS regulamentada, mas isso resulta justamente da fragilidade política da Ouvidoria do SUS nestes entes, para negociar sua normatização. Esse processo de negociação não é algo que é dado a todos; alguns precisam desse fortalecimento da esfera federal. Caso isso não ocorra, dependerão das mudanças de governo que possam beneficiá-los:

Quando nós implantamos o serviço, a gente existia de fato, mas não existia de direito na secretaria. Nós tínhamos uma portaria que nomeou o Ouvidor titular e o adjunto, que era um desenho da Ouvidoria-Geral do estado, mas a gente não estava no regimento interno da secretaria, nem estava no organograma. Com o governo do [...] teve a lei, onde ele fez uma reformulação do regimento interno, nós fizemos a proposta e nós estamos como Coordenação da Ouvidoria SUS, e entramos no regimento interno da secretaria e entramos no organograma como órgão de subordinação direta ao secretário. Hoje a gente está ligado ao secretário de saúde, sou um órgão ligado ao Gabinete, como a Auditoria, Corregedoria, Controle Interno. São todos órgãos ligados diretamente ao secretário. Fiquei nessa vinculação. Foi um ganho bom pra gente! Muito importante, porque aí a gente já sabia que estava no regimento, tinha a lei, já tinha portaria e legitimou mais esse serviço. E daí a gente começou o processo de descentralização das Ouvidorias do SUS no estado para os municípios. (Entrevistado 16)

Por outro lado, as Ouvidorias do SUS nos estados que possuíam capital político para chegar aos gestores, já haviam de fato avançado a discussão em seus respectivos territórios. Se a discussão do tema na CIB ou CES for compreendida como um indicador de construção política junto aos gestores e pactuação do serviço, pode-se observar um movimento dos estados nas diferentes regiões do Brasil. Exemplos disto são: o Rio de Janeiro, o Espírito Santo e Minas Gérias na região Sudeste; Goiás e Mato Grosso na região Centro-Oeste; e Paraná na região Sul (APÊNDICE F). Diferente da Ouvidoria-Geral do SUS no Ministério, essas Ouvidorias de saúde dos estados citados conseguiram pautar a Ouvidoria nas respectivas comissões intergestores. Alguns, com maior propriedade, lograram muito mais que discutir financiamento: discutiram critérios de implantação, redes, realização de capacitações, e até padrões de qualidade da resposta.

O fato de o próprio DOGES ter realizado a escrita da PNO de forma coletiva com as ouvidorias do SUS estaduais e algumas municipais, contribuía, também, para que esses próprios atores cobrassem do órgão nacional uma ação mais efetiva nas instâncias de negociação federal. Os ouvidores das SES, nesse momento, já

acumulavam experiências exitosas nos espaços de negociação estadual, especialmente na CIB. Nas cinco regiões do país, era possível verificar uma trajetória de implementação de Ouvidorias do SUS potente, em âmbito estadual. Rio Grande do Sul, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Pará, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul são exemplos que se destacam nesse momento:

A gente sempre trabalhou, os Ouvidores estaduais, sempre em uma definição de uma “política” nacional! Verdadeiramente! Que definisse estruturas mínimas para as Ouvidorias, a questão financeira do orçamento, recursos humanos, definir exatamente o objetivo, a autonomia das Ouvidorias. Porque tinha muitos Ouvidores estaduais que não tinham autonomia nos seus próprios estados. Essa “política”, ela foi escrita, mas até hoje ela não saiu do papel. Em reuniões com o DOGES, naqueles encontros de ouvidores estaduais e mesmo separadamente em grupos de trabalho e tal, ela chegou a sair. Ela existe, mas não efetivamente, porque ela não foi oficializada. É uma pena, porque é uma “política” muito bem escrita, muito bem definida! Eu acho que ia facilitar muito, tanto os estados com mais dificuldades de trabalho nas suas Ouvidorias, quanto aos municípios, sem dúvida nenhuma! (Entrevistado 12)

A compreensão da PNO como um instrumento de suporte ímpar para a descentralização despertou nas Ouvidorias estaduais do SUS uma necessidade de discutirem suas especificidades que deveriam ser pautadas neste documento. Desta forma, aquelas Ouvidorias do SUS nos estados de maior capital político realizaram um duplo papel, ou seja, com os gestores municipais em CIB, no intuito de normatizar em seu âmbito, considerando as especificidades e oportunidades locorregionais, bem como articularam entre si na construção deste debate para contemplar as especificidades do ente federativo estadual na PNO:

A “política” foi toda construída de forma participativa, com todos os Ouvidores estaduais, e em alguns momentos com representação de Ouvidorias municipais e Ouvidorias hospitalares. A gente fez todo esse processo em alguns momentos. Nós nos reuníamos enquanto Ouvidores estaduais separadamente do DOGES. Nós fizemos um encontro no Rio de Janeiro, um encontro interestadual de Ouvidorias e não chamamos o DOGES. Foi feita na Secretaria de Estado do Rio. Pelo menos 75% dos estados compareceram. Teve a presença do Prof. Rubens Lyra, ele iniciou os trabalhos falando sobre Ouvidoria pública. Foi um encontro de dois dias. Desse encontro saiu um plano de ação, propostas, e nós começamos a discutir com o Ministério essa proposta. Nele estava a questão da “política”, de retomar, então tinha um trabalho todo organizado. Ao longo do tempo isso vai se modificando porque as pessoas vão mudando. Praticamente todas as pessoas que estavam nesse processo, a Ouvidora Ana Paula do Ceará... saíram! Só quem ficou que pode ter uma memória sobre isso é a Celurdes, da Bahia, o Jadiael, de Pernambuco, e um pouco o

Yohann, que era o substituto e já trabalhava com a Ouvidora nessa ocasião [Oliva], e a Andrea, do Pará. (Entrevistado 15)

O interesse na construção de um instrumento normativo substancial que pudesse esclarecer os rumos da Ouvidoria no SUS era premente. Neste sentido, os ouvidores entendiam que a esse documento denominariam Política Nacional de Ouvidoria do SUS, seguindo uma cultura do próprio setor saúde na construção de suas práticas de serviço. Especialmente as Ouvidorias estaduais já se entendiam com maturidade e significativo acúmulo de experiência, mas a morosidade do DOGES nessa empreitada causava certo desconforto:

Como aqui tinha total autonomia, tínhamos condições de tomar decisões e fazer! O DOGES andava mais devagar, porque era um setor muito político. O DOGES deveria ser o órgão que coordenaria os 27 estados e o Distrito Federal. É muito pouco isso! Daria pra fazer um trabalho muito bom! Mas não! Em função da ótica, da conotação político-partidária, eles queriam trabalhar com todos os municípios e são 5.570 municípios. Isso é humanamente impossível! Daí o que acabavam fazendo? Acabavam trazendo aqueles municípios que rezavam a cartilha deles. (Entrevistado 12)

Para enfrentar essas diferenças e ao mesmo tempo potencializar a dinâmica de construção da PNO, as Ouvidorias estaduais do SUS se colocaram em alguns movimentos mais autônomos e partiram para uma organização coletiva formal que pudesse ampliar o espaço de discussão das necessidades da esfera estadual:

A ideia [do Encontro Interestadual de Ouvidores do SUS] surge da necessidade dos estados apresentarem uma pauta para o Ministério [DOGES]. Os estados tinham a necessidade de pensar na sua pauta, porque a gente estava em um momento que o DOGES só pautava os interesses do Ministério. Só que os estados também têm suas redes, os estados também tinham suas necessidades, então nós nos encontramos pra montar essa pauta. Não só uma pauta específica com o DOGES, mas uma pauta também com os estados. Chegou em um momento que a gente entendeu que enquanto ente federativo, a gente não precisa do DOGES pra muita coisa, a gente precisava se organizar, então foi nesse sentido. A logística cada um bancou a sua, o estado do Rio só fez o convite e cada ouvidor conseguiu chegar com diária, passagem, tudo do seu ente federativo, tudo lá do seu estado. O espaço físico foi na própria Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Mais do que o DOGES estar pautando as questões do Ministério, existiam pautas que eram pautas dos estados! Os estados já estavam se fortalecendo, então a gente precisava fazer discussões entre os estados que é diferente da realidade do Ministério, independente se o DOGES pauta só aquelas discussões. É claro que na pauta deles sempre existiam brechas, e a gente, o povo, é muito criativo, em situações até a pauta mudava, mas, enfim, era uma necessidade também, enquanto estado, da gente se fortalecer, até pra gente chegar com argumento pro Ministério. Conhecer cada um a sua realidade, discutir

questões de relatórios, protocolos. Mas esse movimento não avançou muito mais, a gente começou a perder as pessoas. (Entrevistado 15)

Em um movimento de avanços e retrocessos comum ao processo político, a perda de algumas lideranças mais politizadas nas Ouvidorias do SUS nos estados significou retração neste tensionamento dos estados em relação ao DOGES para publicação da PNO. Então, ainda que existissem ações que se direcionavam para a formulação da “política”, o relato do entrevistado que segue demonstra que isso não era uma prioridade do próprio MS e a sanção da Lei nº 13.460/2017 (BRASIL, 2017a) trouxe ainda mais instabilidade à possibilidade de existência da PNO/SUS:

Talvez não seja a maior, entre as prioridades do Ministério, uma “política” específica para as Ouvidorias do SUS. Não sei o quanto isso teria um fluxo muito fácil entre as instâncias colegiadas e as instâncias deliberativas. Eu suspeito que não seja tão simples! Junto a isso, quando surgiu a Lei 13.460 houve uma preocupação muito grande, foram muitas as expressões de preocupação dos ouvidores em relação a isso. Preocupação dessa política descaracterizar a Política [Nacional] de Ouvidorias do SUS, ainda que inexistente formalmente. Mas, de qualquer maneira, existe um aglomerado de pessoas e de conceitos que, ainda que haja algumas divergências no entendimento, em geral, ele é convergente. Sabe?! Ou seja, as Ouvidorias do SUS têm um lugar de representar o usuário na gestão, elas fazem muito sentido em estarem incluídas em uma Política de Gestão Participativa. Essa é a política maior na qual a Ouvidoria está inserida hoje! É a Política de Gestão Participativa. Então, quando surgiu a Lei 13.460 houve uma preocupação dessa lei acabar abrangendo a Ouvidoria do SUS, e eventualmente descaracterizá-la, talvez isso tenha contribuído também pra que o movimento pra implantação de uma “política” ficasse um pouco suspenso, e junto a isso, todo esse momento político que a gente tá vivendo. (Entrevistado 2)

O cenário macropolítico de instabilidade, retenção dos recursos e troca de governo também desestabilizou o processo de formulação até então em curso. A diminuição da equipe e a troca de Diretor do DOGES, como parte específica das mudanças que aconteciam no MS e no Poder Executivo Federal como um todo, desfavoreciam a continuidade do processo. Nos relatos, isto se torna mais nítido a partir do ano de 2014:

Eu enxergo um tumulto político desde 2014, quando eu ainda não tinha ouvido falar em *impeachment*, mas não demorou muito pra começar a surgir esse assunto. Em 2014, começou a se falar muito em uma restrição orçamentária do Ministério, eu ainda estava em outra Coordenação, e me lembro de testemunhar alguns repasses que estavam tendo dificuldade para acontecer e os gestores presentes ali diziam que estava havendo essa restrição orçamentária. De lá pra cá tudo foi ficando mais tumultuado até começar a surgir o tema do *impeachment*, e desde então, foi havendo uma áurea na instituição, de incertezas, de indefinição. Devo dizer que quando

começou o governo Temer, por mais que esse clima organizacional tivesse às voltas com essas incertezas, o governo procurou estabelecer algumas coisas, algumas direções. Os eventos no DOGES aconteceram normalmente, treinamentos, a atividade do DOGES continuou acontecendo. Apesar de que, logo que o governo entrou, muitos colaboradores do DOGES foram dispensados, mais ou menos metade deles, não servidores [de carreira]. Depois entrou um novo diretor no DOGES, eu creio que entre outubro e novembro de 2017, mais ou menos, e esse novo diretor, ele foi tomando conhecimento de tudo. Não era alguém com experiência em Ouvidoria ou em saúde, mas ele foi tomando consciência de tudo, procurando se inteirar e foi imprimindo também a sua forma de gerir, a sua forma de gestão. Isso eu não entendo que alterou significativamente as atribuições do DOGES, ele foi procurando estabelecer algumas formas mais objetivas de lidar com as demandas institucionais e com as propostas, as competências do DOGES. Até criou lá junto com os trabalhadores um mecanismo pra avaliação das Ouvidorias, que foi apresentado em encontro de ouvidores. Uma proposta que trabalhava exclusivamente como sistema OuvidorSUS para gerar dados a respeito do desempenho das Ouvidorias. Eu achei bastante interessante, porque é uma forma de avaliação, falta avaliação pras Ouvidorias, como em geral pra muitos programas do Ministério. A avaliação não é uma prática muito bem instituída na minha percepção, ela às vezes está na agenda, mas não é tão, tão consistente, tão assim, o linguajar da avaliação, o entendimento da avaliação como uma atividade rotineira de uma instituição de saúde não me parece muito estabelecido. (Entrevistado 2)

Reconhece-se que existe de fato necessidade de pensar processos de avaliação para as Ouvidorias do SUS, entretanto, naquele momento, ter um diretor experiente em processos de gestão em saúde ou ainda em Ouvidoria do SUS seria mais estratégico para sustentar a necessidade de formulação da PNO. Esse movimento de focar em avaliação a partir do OuvidorSUS, em meio a um cenário crítico que impunha restrição ao desenvolvimento da Ouvidoria do SUS, parece mais um fator que reforça a estagnação do processo de mobilização da área ou, ainda, a dificuldade de compreensão do diretor do que realmente exigia o seu trabalho. Afinal, pensar a PNO poderia, em grande medida, garantir os processos avaliativos possíveis de serem realizados na mesma.

Logo, diante de tantas dificuldades a serem enfrentadas, o que se viu foi cada vez mais uma diminuição do debate em torno da PNO. Nesse cenário estabelecido para tentar responder à ausência da PNO, o que se realizou de concreto foi a publicação da Portaria MS/GM nº 2.416 de 07 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014f), que estabeleceu diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de Ouvidoria do SUS e suas atribuições:

A Política Nacional de Ouvidoria do SUS não chegou a ser aprovada na CIT. O que a gente conseguiu fazer foi uma portaria. É muito difícil a discussão no Comitê de Gestão da CIT, porque quando vai pra CIT já está

tudo pactuado, então assim, toda a discussão é feita previamente com a área técnica, representantes do Conass, representante do Conasems, quando a portaria chega a ir pra CIT, ela já foi exaustivamente discutida no GT [Grupo de Trabalho]. A CIT tem os GT, GT de Tecnologia, GT de Gestão, quando a portaria chega ir para CIT, é porque ela já está alinhavada com o Conass e Conasems e a área técnica do Ministério. Nós não tivemos condição de ter a “política” aprovada, nós levamos para o Comitê de Gestão, uma Política Nacional de Ouvidorias do SUS já no final de 2013 e 2014. O que a gente conseguiu foi transformar essa “política” numa portaria de Ouvidorias, não de uma Política Nacional de Ouvidorias. Talvez agora, não sei se cabe também isso, porque agora ela está dentro de uma área de integridade pública, não sei se cabe falar de “política” nacional, mas existe sim um instrumento, uma portaria aprovada na Tripartite de Ouvidoria, a minuta da “política”, o desenho que a gente levou para o GT de Gestão da CIT, depois de um ano de discussão, virou uma portaria que estabelece o que é Ouvidoria e essa “política” a gente construiu em um fórum. A gente teve um fórum para discutir Política Nacional de Ouvidoria, ouvimos os ouvidores, isso gerou um documento, esse documento foi para o GT e não passou. Então assim, o Conass e o Conasems entendiam que não tinha que ter uma “política” de Ouvidorias no SUS e sim uma portaria que estabelecesse o que é uma Ouvidoria, quais são as atribuições dela, o que ela obrigatoriamente tem que fazer, como, por exemplo, além de atender o cidadão, produzir material para subsidiar a gestão. (Entrevistado 17)

O entrevistado 17 reforça a ideia, através de seu posicionamento, de que o ponto crítico para a aprovação da PNO foi o trabalho de negociação da mesma na CIT. Merece ainda reflexão sua afirmação do posicionamento contrário do Conass e do Conasems em relação à PNO. Esses órgãos são representações dos gestores, reúnem, respectivamente, os Secretários de Estado da Saúde e Secretários Municipais de Saúde e seus substitutos legais no âmbito nacional. No decorrer deste capítulo, demonstrou-se particularmente o quanto é desafiador o trabalho da Ouvidoria do SUS e seu reconhecimento como instrumento de controle pelos gestores. Quanto à responsabilidade do financiamento, foi comum nos relatos dos entrevistados a restrição com que a implantação e manutenção das Ouvidorias do SUS foi tratada pelos gestores. Assim, seria ingênuo não estabelecer essa relação exatamente no momento de discussão da PNO com essas representações na esfera nacional. A CIT foi a principal estrutura que apresentou resistência na aprovação da PNO dentro do Poder Executivo.

Os achados desta tese em relação à política de Ouvidorias do SUS corroboram a ideia de que a coordenação das políticas de saúde, tal como exposto por Arretche (2004), é realizada por intermédio de portarias ministeriais. Logo, “a principal arena de formulação da política nacional tem sido o próprio Poder Executivo e, marginalmente, o Congresso Nacional” (ARRETCHÉ, 2004, p. 22). No

caso das Ouvidorias do SUS, cabe destacar algumas ações debatidas pelo Legislativo Federal, cujo instrumento utilizado são os projetos de lei, e as relações deste debate com o Poder Executivo:

Pra mim é muito claro que numa gestão do Partido dos Trabalhadores que trouxe essa discussão a nível nacional. Não adianta ter Conferência Nacional de Saúde, nós não podemos ser bobos em acreditar que Conferência Nacional de Saúde traz, que todas as propostas que estão lá são executadas, que não são. Se você pegar estudos você vai ver que isso não acontece. Mas essa gestão de 2003, a partir de 2003, quando cria uma Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa já dá uma luz muito grande aí. Vocês estão criando uma Secretaria dentro de um Ministério da Saúde pra trabalhar gestão estratégica e participativa! Eu acho que esse era o momento maior do SUS, que era chegar a uma execução de uma participação da sociedade efetivamente no SUS. Pra mim, a Secretaria Estratégica e Participativa foi a maior luz disso, do Estado brasileiro que você começa a trabalhar ali dentro portarias, e eram portarias específicas. Mas o que poderia ter sido o nosso pulo do gato seria o projeto de lei, eu não lembro mais o número de lá, eu acho que era 5.028, alguma coisa assim, um projeto de lei que estava dentro da câmara já em andamento que criava o Sistema Nacional de Ouvidoria, esse PL, é 50 alguma coisa, daqui a pouco eu lembro dele. Pra mim, ali sim estaria uma instituição de uma Ouvidoria do Estado, porque teria uma legislação específica criando um sistema nacional, e nunca foi pra frente, pelas pressões, pelas impossibilidades. Outro PL foi criado nesse meio, da Prof^a. Marcivânia, deputada do estado do Amapá, se eu não me engano. Ela trouxe também uma discussão, na época, sobre força do Ministério da Saúde sobre bem da equipe que estava lá dentro do DOGES, pra discutir a questão da 8.142. Olha que interessante! Colocava Ouvidoria como participação também, se eu tenho a Lei 8.142 que trata dos conselhos de saúde e conferência de saúde, eu entenderia também a Ouvidoria como participação, então colocaria a Ouvidoria ali dentro daquela lei. Ele caminhou bastante, caminhou dentro da Câmara, mas, em determinado momento, eu estava até na gestão na época, o Conselho Nacional de Saúde fez um contato com a gente, perguntando sobre qual seria o andamento daquela lei, e sinceramente a época da gestão, o momento de mudança, de troca de presidência, instabilidade política no país, a gente já não sabia se aquele momento era mais importante. Me preocupei naquele momento enquanto gestor se eu deixava esse projeto de lei caminhar dentro da Câmara, e abria possibilidade que outras coisas pudessem ser incluídas naquela lei que era tão importante pro SUS. Então deixar aberto para colocar a Ouvidoria, poderia ser deixar aberto pra que a gente chama dos jabutis, né?!, que outras coisas fossem alteradas dentro da própria lei, que era uma vitória muito grande da participação social, do controle social, dentro do Sistema Único de Saúde, desde 1990. Aquilo pesaria muito na minha consciência! Então, era mais interessante naquele momento parar esse projeto, deixar ele parado pra que não sofresse nenhuma penalidade, nenhuma outra coisa ruim ao público social. O PL 5.028 que trabalhava o Sistema Nacional de Ouvidoria, ele ficou parado, ele não caminhou! (Entrevistado 5)

O PL referido pelo entrevistado 5, de autoria da Deputada Federal do PC do B, Professora Marcivânia, é o PL nº 4.278/2016 (BRASIL, 2016g) (ANEXO J). A norma tratava da alteração da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1999b), para dispor sobre as Ouvidorias do SUS como instância de participação da

comunidade. O PL foi retirado de tramitação e arquivado a pedido da autora em abril de 2017. Antes do PL desta deputada, e do PL 5.028-b/2013 (BRASIL, 2013b) de autoria do deputado Décio Lima, o tema Ouvidoria do SUS já havia circulado no parlamento através de outros três projetos de lei. O PL n° 2.636/1996 (arquivado em 1999 por fim da legislatura do autor) (BRASIL, 1996), o PL n° 253/1999 (arquivado em 2007 por ser considerada prejudicada – pendência de deliberação) (BRASIL, 1999c); e o PL n° 2.631/2000 (arquivado em 2007 também por fim da legislatura do autor) (BRASIL, 2000c). Todos os três dispunham sobre as Ouvidorias do SUS; analisando-os, pode-se dizer que se trata de continuidade, dado que estão articulados entre si.

O autor do primeiro PL citado foi o deputado federal do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), Tuga Angerami, que justificou o PL a partir da deliberação da 10ª CNS (BRASIL, 1998b) relativa à criação de Ouvidorias do SUS. O segundo PL consta de autoria do deputado federal do CIDADANIA, Rubens Bueno, mas se trata do mesmo texto apresentado pelo Deputado Tugo, inclusive, em sua justificativa, consta que era reapresentação do PL anterior. No terceiro, de autoria do deputado federal do CIDADANIA, Léo Alcântara, também foi utilizado o mesmo texto do primeiro e apensado o segundo PL.

Já o PL n° 5.028-b (BRASIL, 2013b), do deputado do PT, Décio Lima, iniciou-se com o objetivo de alterar a Lei n° 8.080/90 (Lei Orgânica do SUS) (BRASIL, 1990a), para incluir a Ouvidoria da Saúde e lhe garantir um teleatendimento por tridígito, entretanto recebeu um substitutivo que garantiria o SNO do SUS. Esse PL pode ser visto como uma inovação, à medida que, diferentemente dos anteriores, não se limitou a criar a Ouvidoria do SUS, e sim buscou essa criação por meio de alteração do texto da Lei n° 8.080/1990 (BRASIL, 1990a). Acrescenta-se que, com esse substitutivo, houve pela primeira vez a proposta de criação do SNO do SUS por meio de lei.

Comparando-se o mais recente, PL n° 4.278/2016 (BRASIL, 2016g) (ANEXO J), com os três anteriores, é possível verificar duas diferenças importantes, ainda que abordem o mesmo tema: a construção da Ouvidoria do SUS. Os PL dos anos de 1996, 1999 e 2000 (BRASIL, 1996, 1999c, 2000c) dispunham da criação da Ouvidoria do SUS vinculada aos respectivos conselhos de saúde, pautados em deliberação de CNS, enquanto o PL de 2016 buscou a criação das Ouvidorias do SUS a partir da alteração da Lei n° 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), que dispõe da

participação da comunidade na gestão do SUS. Assim, sua justificativa não estava pautada nas CNS, mas no conceito de participação da comunidade que não se limita à participação por instituições colegiadas, todavia, traz a compreensão da necessidade de se reconhecer “a possibilidade de o cidadão, do ponto de vista individual, livre, com ou sem recursos e insumos, poder acionar a gestão pública para dizer o direito” (BRASIL, 2016g, p. 3-4), conforme pode ser observado no Anexo J.

Nesse sentido, se por um lado a proposta parlamentar de alteração demonstrava uma precisão política que buscou adequar o documento inicial, a Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), por outro lado, também contribuiu para que os atores do DOGES e CNS se sentissem inseguros diante de um panorama que em nada se assemelhava ao cenário político de 2016, ano de formulação da lei citada, e poderia colocar em risco a participação social no SUS como um todo. Neste sentido, foi justamente a articulação entre os atores dos Poderes Executivo e Legislativo que permitiram melhor avaliação do cenário e a paralisação do PL em questão.

Dito isso, pode-se afirmar que a Ouvidoria do SUS entrou na agenda no primeiro governo Lula, com a construção da SGEP e a necessidade de construir ações que beneficiassem o que se chamou de “reforma da reforma”. Sua formulação, desde então, se deu por um vasto conjunto de documentos emitidos diretamente pelo MS ou, indiretamente, por intermédio da própria SGEP, pelo extinto DOGES, estes em âmbito federal; além de inúmeros outros documentos (portarias, resoluções e deliberações CIB, decretos e até leis) nos estados e municípios. Segundo o *Relatório de Gestão 2019*, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019g), a Rede Nacional de Ouvidorias do SUS atingiu a marca de 1.976 Ouvidorias implantadas nas diferentes esferas de governo, caracterizando o amplo processo de implementação da política. De modo mais tímido, também foi possível verificar iniciativas de avaliação da implantação das Ouvidorias – tal como o caso do estado do Rio de Janeiro abordado nesta categoria de trabalho da tese –, ou do SNAIOS, ainda em construção, ou mesmo da avaliação a partir do índice de resolutividade das Ouvidorias através do OuvidorSUS.

Ressalta-se que a existência da Rede Nacional de Ouvidorias do SUS, com 1.976 Ouvidorias do SUS em operação, é a concretização de muito trabalho. Como analisado, esta construção não contou com recurso frequente, nem com norma legal específica que a instituísse como obrigatória (a exemplo da PNO) e, de modo geral,

foi recebida por parte dos gestores com muita cautela, já que poderia significar um controle sobre seus respectivos trabalhos. Neste sentido, é necessário assumir que a Rede Nacional de Ouvidorias do SUS foi construída, em alguma medida, em um cenário adverso, em que uma parcela de gestores se opõe à sua estruturação, ainda que em uma fase inicial de implantação. Dado esse cenário, é preciso reconhecer a grandiosidade da rede e os esforços que foram empreendidos, principalmente pelos profissionais destas Ouvidorias do SUS, para sua estruturação.

A comparação entre os dois documentos, conforme o Apêndice G, permite afirmar que existe significativa aproximação entre os textos. Embora os mesmos tenham origem em poderes diferentes, a Portaria nº 2.416 (BRASIL, 2014f) no Executivo, MS, e o PL nº 5.028-b (BRASIL, 2013b) no Legislativo, Câmara dos Deputados, ambos os documentos são debatidos entre 2013 e 2014 e citados em diferentes entrevistas como documentos importantes na constituição normativa da PNO. Nas últimas falas de entrevistados abordadas nesta tese, chama atenção a colocação do entrevistado 5, em relação a este PL, afirmando que ele “nunca foi pra frente, pelas pressões, pelas impossibilidades” e a colocação do entrevistado 17 de que o desenho da PNO, levado para o GT de Gestão da CIT, “depois de um ano de discussão virou uma portaria”.

A concomitância do tratamento dos documentos, a abordagem dos atores sobre os mesmos, a paralisação do PL, a aprovação da portaria e a proximidade dos textos sugerem que o jogo político, para além de ter impedido a publicação do documento como PNO, permitiu a publicação da portaria com limitação dos temas tratados na minuta. Ao analisar os escritos de ambos os documentos em questão, observa-se o seguinte:

Com respeito à definição dos serviços de Ouvidoria do SUS, ambos dizem que sua estruturação deve ocorrer nas três esferas de governo, mas apenas o PL nº 5.028-b (BRASIL, 2013b) fornece uma denominação para essa estruturação, ou seja, SNO do SUS. No mesmo sentido, o que se pode chamar de inovação é o fato de a Portaria nº 2.416 (BRASIL, 2014f) possibilitar a estruturação de Ouvidoria do SUS no âmbito das Ouvidorias-Gerais, enquanto o referido PL fala da estruturação de Ouvidorias em regiões de saúde e da necessidade de participação das entidades conveniadas ou contratadas do SUS no SNO. Em se tratando de objetivo, pode-se dizer que os escritos têm o mesmo sentido: a ideia de participação das pessoas para avaliação e aperfeiçoamento do SUS. Quanto às competências, de modo geral,

também existe consonância entre as normas, entretanto a portaria em questão não cita a Ouvidoria ativa como metodologia. Das seis diretrizes organizativas nela tratadas, quatro contêm o mesmo texto tratado no PL, e as duas restantes abordam a necessidade de as manifestações de Ouvidoria serem utilizadas para tomadas de decisão pela gestão, defesa e reconhecimento do cidadão como sujeito de direitos.

Ainda no campo das diferenças entre os documentos, importa destacar que o PL nº 5.028-b (BRASIL, 2013b) apresenta o *enforcement* indireto, citando diretamente o MP e a Defensoria Pública, quando a Portaria nº 2.416 (BRASIL, 2014f) genericamente menciona apenas o termo “órgãos e entidades de defesa dos direitos do cidadão”. Segundo o PL, os serviços do SNO poderão atuar em cooperação com o MP e as Defensorias Públicas para providências que tenham por objetivo a apuração de irregularidades no SUS. Também estabelece o PL que as Ouvidorias do SUS devem encaminhar aos respectivos conselhos de saúde, em sua esfera de atuação, relatórios de atividades detalhados. Se a maneira genérica de referir-se à questão na portaria, por um lado, é um artifício estratégico para a aprovação do texto; por outro, pode resultar na inércia daquelas Ouvidorias do SUS de entes subnacionais com maiores dificuldades de realizar o enfrentamento político junto aos seus gestores.

Quanto à PNO, na perspectiva desejada e planejada pelos profissionais do campo da Ouvidoria do SUS, conclui-se que ainda carece ser publicada, dado que a Portaria MS/GM nº 2.416/2014 (BRASIL, 2014f) não corresponde aos quesitos debatidos e esperados pelo coletivo de profissionais e Ouvidores do SUS para a PNO. Esta portaria é um avanço e demonstra o que foi possível em uma trajetória de tantas disputas, no entanto não responde ao avanço normativo esperado e necessário à sustentação da descentralização e coordenação do que se reconhece já ser a Política de Ouvidoria do SUS em curso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instituto do *Ombudsman*, cuja origem remete aos anos de 1809 na Suécia, é um importante órgão de controle da Administração Pública. De modo geral, autores como Cardoso (2010), Cardoso, Alcantara e Lima Neto (2012), Comparato (2016), Menezes, Lima Neto e Cardoso (2016) e Quintão e Cunha (2018) se referem a este órgão como modelo para instituições como *Médiateur*, *Defensor Civitatis*, Provedor de Justiça, *Defensor del Pueblo* e Ouvidoria. Entretanto, esta tese compartilha da defesa de Constenla (2014) e Viadel (2018) quando utilizam o Tribuno da Plebe como um referencial de maior especificidade para tratar do *Defensor del Pueblo*.

O Tribunato é um importante referencial no que diz respeito à constituição de uma estrutura de poder que reconhecidamente deveria atuar em defesa dos direitos dos plebeus, ou seja, uma inovação enquanto instrumento de defesa de direitos e representação. A construção deste instituto teve por objetivo a garantia de justiça social aos plebeus, parcela da população que, até então, sofria com os abusos da aristocracia patricia. Desta maneira, o órgão marcou o princípio da defesa de direitos voltados a um grupo significativo da população que se encontrava à margem dessas garantias. Trata-se de um instituto que, pautado na autonomia, independência, poder de persuasão e no poder negativo, tornou-se órgão de destaque na consecução de justiça social.

O modelo de *Ombudsman* sueco, como órgão de supervisão e controle do Estado, foi difundido por vários países da Europa: Finlândia em 1919, Dinamarca em 1954, Alemanha em 1956, Noruega em 1962, Nova Zelândia em 1962 e Reino Unido em 1967 (AMARAL FILHO, 1993; LEITE, 1975). Todavia, a Península Ibérica, especificamente em Portugal em 1975 e na Espanha em 1978, vivenciava a terceira onda democrática, o que contribuiu para que o órgão, além de função de controle, fosse responsável pela função de defensor dos direitos fundamentais.

A implantação dos órgãos Provedor de Justiça e *Defensor del Pueblo*, pós-ditadura militar em Portugal e Espanha, respectivamente, buscava garantir que os direitos fundamentais fossem respeitados e, na mesma medida, inibidos possíveis abusos e/ou omissões por parte do Estado. Em continuidade, a trajetória do *Ombudsman*, acrescida do referencial do Tribunato, alcançou a América Latina por intermédio dos órgãos ibéricos. Pouco a pouco, os países desta região, que também

superavam a ditadura e experimentavam a terceira onda democrática, acolheram o *Defensor del Pueblo* como órgão de defesa dos direitos humanos. A difusão na América Latina, que se iniciou em 1983, na Venezuela, com a realização do Primeiro Colóquio sobre o Projeto *Ombudsman* para a América Latina, cerca de 15 anos depois já estava presente em 19 países.

A receptividade do *Defensor del Pueblo* em território brasileiro ocorreu de forma bastante diferenciada e pode-se dizer que sua implementação ainda se encontra em curso. Sua entrada no cenário nacional está relacionada ao projeto democratizante, com participação de diversas instituições e atores, entre o fim da década de 1970 e início dos anos 1980. Este processo de mudança, cujo ápice está na Constituição Federal de 1988 (CF/88) (BRASIL, 2000a), foi fortemente influenciado por movimentos de participação social. Na saúde, especificamente, tem-se o caso da articulação entre os conselhos comunitários de saúde, o Movimento Popular de Saúde e o movimento sanitário, que culminaram na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 (BRASIL, 1986). Conforme Dagnino (2004a), foram os movimentos sociais que engendraram o projeto democratizante que garantiu os padrões constitucionalmente alcançados, principalmente na Constituinte de 1987.

Desta maneira, a promulgação da CF/88 (BRASIL, 2000a) demarcou formalmente a mudança no sistema de proteção social brasileiro. A partir deste marco, é possível afirmar que o país assumiu para si o modelo de seguridade social, no qual os serviços essenciais prestados pelo Estado, tal como a saúde, pautam-se na universalização como princípio. A proposta era superar a lógica restrita de fornecimento de benefício pelo Estado, em que apenas os indivíduos que estabeleciam uma relação contributiva tinham direito a acessar os serviços.

A garantia da saúde como um bem público, universal e dever do Estado foi uma conquista cujo desenho inspirou-se no movimento sanitário da década de 1970 (TEIXEIRA, 2009). Para Costa (2014), os sanitaristas, enquanto comunidade epistêmica, foram parte indispensável no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política redistributiva de saúde. Dentre eles, Sérgio Arouca se afigura como o fio condutor que liga este processo de reforma sanitária à construção das Ouvidorias do SUS.

Arouca criou, no primeiro governo Lula, a Secretaria de Gestão Participativa e, como parte de sua composição, o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

(DOGES). Este processo era parte importante do que o próprio Sérgio Arouca denominou de “reforma da reforma”; seu objetivo era sustentar a ideia de reforma em conjunto com aqueles a quem o serviço de saúde se dirige. Tratava-se de um resgate, no âmbito da gestão do SUS, daqueles princípios defendidos pela reforma sanitária, em especial a participação da comunidade. Desta maneira, Arouca e sua equipe propunham encontrar estratégias que pudessem corrigir o que na prática não havia se concretizado daquelas propostas gestadas no movimento sanitário. Logo, a criação da SGEp, tal como da Ouvidoria do SUS, foram operacionalizadas neste contexto.

A Ouvidoria, neste sentido, foi uma alternativa para potencializar a participação social. O objetivo era retomar a participação social como algo vital no processo de transformação do sistema de saúde brasileiro. O SUS já havia previsto as conferências e conselhos de saúde como instâncias colegiadas de participação social, mas os conselhos de saúde estavam sobrecarregados com as rotinas de controle administrativo e financeiro, fundamentais ao andamento do SUS. Essa rotina, ainda que de suma importância, colocava em questão a capacidade desses órgãos de acolher e escutar as pessoas individualmente. Assim, a Ouvidoria do SUS deve ser compreendida como um recurso criado para ampliar as formas de participação social; um meio para recalibrar a participação das pessoas individualmente. Deste modo, constata-se que a Ouvidoria do SUS, no contexto da “reforma da reforma”, foi concebida como uma racionalidade que privilegia a participação social. Portanto, modificar sua racionalidade significaria transformá-la em outro órgão ou instrumento.

O DOGES, criado no âmbito da SGEp, foi uma inovação que buscou a aproximação entre as pessoas e o SUS, não apenas em um olhar burocrático de melhoria de qualidade do serviço, mas de construção coletiva do serviço de saúde como previsto na 8ª CNS (BRASIL, 1986). A criação desta estrutura é uma demonstração de permeabilidade do governo Lula para incluir instituições com modelos de desenho específicos de participação social. Assim, considera-se que as Ouvidorias do SUS são um dos elementos constitutivos da forma como se tem pensado a participação social na política pública de saúde brasileira.

A Ouvidoria, neste aspecto, é uma inovação em saúde, e esta inovação está na capacidade de incluir as pessoas, a partir de questões individuais, na construção coletiva da política pública de saúde e defesa de seu direito à saúde como direito

fundamental. Ela é capaz de retomar, neste sentido, a dimensão política e social da saúde no âmbito individual, aprofundando a proposta de participação social da reforma sanitária da década de 1980, visto que opera como estratégico canal de interação entre a gestão e os indivíduos. Trata-se de um instrumento de gestão de qualidade do serviço, mas, sobretudo, é um órgão de difusão e defesa dos direitos humanos, de valorização da democracia, cujo fazer se propõe a refletir a construção incremental da política de saúde como ação emancipatória de sujeitos.

É um avançado recurso institucional que introduz características do *Defensor del Pueblo* na política de saúde brasileira. Ao analisar a trajetória das Ouvidorias do SUS, identifica-se que, sob a direção e coordenação da Ouvidoria-Geral do SUS, anteriormente denominada DOGES, foi criado um Sistema Nacional de Ouvidorias (SNO), que estabelece relações com outras redes de colaboradores e cooperação para fortalecimento de sua atuação. Os órgãos, instituições ou departamentos da saúde, que respondem às manifestações conforme suas especificidades, constituem colaboradores ou cooperadores diretos, internos ao setor saúde; enquanto outros órgãos, em especial os de controle externo, que colaboram para o fortalecimento indireto das Ouvidorias do SUS, configuram-se como colaboradores ou cooperadores indiretos. Esta última rede citada qualifica a Ouvidoria do SUS como órgão de *accountability* intraestatal, à medida que nela se encontra a capacidade indireta de sanção (MAINWARING, 2003).

Desse modo, constatou-se que a atuação do SNO está fundamentada na racionalidade de participação social, todavia esta tem se colocado, nos últimos anos, em disputa com a racionalidade de controle de conformidade, e o debate de construção do Sistema de Integridade acirrou esse desentendimento. A participação social pressupõe um conjunto de ações ou estratégias em que as pessoas auxiliam na construção, planejamento e implementação de uma determinada política. Está voltada à inclusão dos indivíduos em todo o processo; não se trata de extrair das pessoas apenas a contribuição no que se refere ao que não deu certo ou ao que está irregular. Na racionalidade de participação social, as pessoas assumem centralidade dentro da política, uma vez que, neste movimento, podem oferecer os elementos com que mais se identificam. Neste sentido, o controle realizado é parte de um processo muito maior e sua abordagem pressupõe, a priori, mediação de conflitos, inovação e melhoria de gestão.

Por sua vez, a racionalidade de controle de conformidade privilegia a normatividade e a burocracia estatal, excessivamente pautada no regramento, distanciando-se da mediação como instrumento de resolução dos conflitos. No momento, as racionalidades citadas convivem internamente na saúde, estão em disputa e tendem a afastar a Ouvidoria do SUS de sua ideia originária, enquanto parte da proposta de “reforma da reforma”. A análise demonstrou elementos da racionalidade de controle capazes de interferir no processo de implementação das Ouvidorias do SUS, de modo que tal interferência pode limitar a atuação das Ouvidorias e, assim, desviá-la dos princípios originários do próprio SUS.

Um marco importante que exemplifica esse distanciamento da lógica de participação social pode ser observado nas modificações da estruturação do Ministério da Saúde (MS). O governo Bolsonaro encerrou a SGEF e inviabilizou, em grande medida, a manutenção de suas propostas. Este processo também extinguiu o DOGES, criou uma Diretoria de Integridade (DINTEG) dentro do MS, e nesta Diretoria, incluiu a Ouvidoria-Geral do SUS. Acrescenta-se que toda a equipe da DINTEG, inclusive o Ouvidor-Geral, é oriunda da Controladoria-Geral da União (CGU), uma demonstração bastante significativa de que o SNO do SUS passou ser regido pela lógica de controle da CGU.

Quanto ao financiamento da Ouvidoria do SUS, até aqui foi constatado que, assim como nas demais políticas públicas de saúde, o maior financiador foi o governo federal. Entretanto, os repasses para essa política não apresentaram periodicidade, tampouco estabilidade, quando considerado o volume geral e a distribuição entre os entes subnacionais. Em outra perspectiva, à exceção do último repasse ocorrido por meio da Portaria MS/GM nº 1.975/2018 (BRASIL, 2018e), também não apresentou o governo federal condições que pudessem garantir qualquer obrigatoriedade de aplicação do recurso em Ouvidoria do SUS, prestação de contas e/ou contrapartida de serviço pelos entes subnacionais. Conforme abordado por Ugá *et al.* (2003), Arretche (2003a), Menicucci (2007) e Mendes (2014), o financiamento é um fator de indução importante na coordenação da política pelo ente federal. Este incentivo, quando realizado de forma regular e em volume estável, é capaz de coordenar incrementalmente a política. Destaca-se que o recurso financeiro é algo de fundamental importância para o debate de Ouvidorias do SUS, seja por guardar relações diretas e específicas no que diz respeito à

possibilidade de gerar aos órgãos maior independência e autonomia, seja por facilitar o processo de descentralização aos entes federativos.

Em relação ao comportamento do padrão de descentralização dos serviços de Ouvidoria do SUS, avaliou-se que categoricamente é o que melhor representa a intencionalidade do estabelecimento da Ouvidoria do SUS como uma política nacional. A dinâmica desenvolvida pelo DOGES e pelas respectivas Ouvidorias do SUS nos estados federados possibilitou a capilarização dos serviços de Ouvidoria do SUS. Em 2019, o SNO do SUS, ou Rede Nacional de Ouvidorias do SUS, contava oficialmente 1.976 Ouvidorias no país, conforme relatório de gestão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019g). Este número é relativo a um conjunto de Ouvidorias do SUS – Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES), regionais de saúde ou unidades de saúde –, distribuído nas três esferas de governo. A relevância desta Rede Nacional de Ouvidorias está diretamente associada à forma de operacionalização do SUS, em que os três entes federados possuem responsabilidades específicas e solidárias na prestação da atenção à saúde. Assim, o funcionamento das Ouvidorias do SUS como Sistema Nacional corrobora o princípio da integralidade de assistência, entendida 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.

A construção do SNO contou com um movimento bastante articulado de coordenação para a implantação desses serviços no território brasileiro. Desta forma, alguns estados (Rio de Janeiro, Paraná, Minas Gerais, Goiás) possuem notoriedade no processo de negociação e normatização das Ouvidorias do SUS, a partir de suas respectivas atuações em Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Uma variável estruturante no processo de descentralização das Ouvidorias do SUS para os municípios foi a presença de estruturas administrativas desconcentradas nos estados. Entretanto, a inexistência desta variável no estado do Rio de Janeiro foi compensada por existência de incentivo financeiro próprio.

Outra importante variável no processo de descentralização foi a relação com o Ministério Público (MP) e/ou demais órgãos de controle. De modo geral, as Ouvidorias do SUS em âmbito estadual que se aproximaram dos órgãos de controle tiveram seu desempenho no processo de descentralização beneficiado. As SES que conseguiram estabelecer uma rede mais institucionalizada com estes órgãos de

controle, e em especial com o MP, estão entre aquelas com maior número de SMS com Ouvidorias do SUS implantadas.

Segundo o relato dos entrevistados, foi a relação com estes órgãos de controle que possibilitou às Ouvidorias do SUS estaduais o *enforcement* necessário na compreensão da *accountability* intraestatal. Nas entrevistas, evidenciou-se a importância do MP e do Tribunal de Contas do Município (TCM) na medida que os entrevistados expõem de maneira contundente que são os ofícios, o Termo de Ajustamento de Gestão (TAG), e a possibilidade de bloqueio de recurso financeiro do município, que induzem os gestores municipais a implantarem as Ouvidorias do SUS. Observa-se que esta relação pode ser provocada nos dois sentidos, ora dos órgãos de controle para as Ouvidorias do SUS e, por vezes, partindo destas para os órgãos de cooperação ou colaborador.

Este desenho demonstra que existe uma política em curso e que ela, conforme abordado por Arretche (2004), tem sido formulada pelo Poder Executivo federal por meio de um conjunto de portarias. A formulação do desenho de Ouvidoria a ser construído passa por uma série de portarias federais específicas que estabelecem o sistema informatizado OuvidorSUS, os recursos financeiros, as atribuições e as competências específicas para os três entes federados. Ainda por parte de alguns estados-membros, foi possível verificar importantes ações de formulação da rede de Ouvidorias do SUS em seu âmbito através de amplo debate na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Regional (CIR). Estas discussões foram concluídas com resoluções ou deliberações CIB que normatizam, por exemplo, os elementos estruturais necessários para caracterizar um serviço de Ouvidoria do SUS ou, ainda, a qualidade das respostas que estas devem buscar.

Um nó crítico que ainda se considera importante destacar é a formulação e a publicação da PNO, como documento específico e característica política do modo de disputar espaços dentro do setor saúde. Quando se olha para o SUS de modo geral, fica explícito que as políticas que em conjunto compõem este sistema têm sido implementadas de maneira bastante compartimentada, e com publicação de documento intitulado “política”, a partir do qual os profissionais que trabalham nestas determinadas temáticas ganham força para implantar e manter o serviços. Até o momento, a PNO não foi aprovada, e a dificuldade de a Ouvidoria-Geral do SUS

pautar a discussão na CIT tem se demonstrado, no relato dos entrevistados, como fator imperativo.

Ademais, constata-se que, na trajetória de implantação do SNO do SUS, alguns movimentos no Executivo e no Legislativo buscam normatizá-lo de maneira específica. No Executivo, chamam atenção o Projeto de Lei (PL) nº 5.028-b/2013 (BRASIL, 2013b) e o PL nº 4.278/2016 (BRASIL, 2016g) (ANEXO J). Ambos intencionavam alterar a Lei Orgânica do SUS para incluir a Ouvidoria no texto. Todavia, o que caracterizaria um avanço, enquanto garantia no texto da Lei Orgânica, foi o que também contribuiu para que os PL fossem suspensos. O cenário macropolítico brasileiro, no segundo mandato do governo Dilma Rousseff, já apontava importante regressão para as políticas de participação social, e insistir na alteração da lei naquele momento poderia colocar em risco os avanços outrora conquistados.

No âmbito do MS, muito se investiu na construção coletiva do que viria a ser a PNO, mas, efetivamente, o documento foi restringido a uma portaria sem essa visibilidade. Construído o documento que, segundo o desejo e planejamento dos profissionais da Rede de Ouvidorias do SUS, deveria ser denominado “política”, o que se conseguiu foi aprová-lo como a Portaria MS/GM nº 2.416/2014 (BRASIL, 2014f), que trata de diretrizes e atribuições. Ressalta-se ainda que esta portaria possui período de discussão e texto correlato ao PL nº 5.028-b/2013 (BRASIL, 2013b), mas, comparando-os, é possível afirmar que a portaria, em que pese o avanço, aborda os temas críticos de forma mais geral. Exemplo emblemático desta estratégia é o tratamento do *enforcement* no texto aprovado. Na Portaria nº 2.416/2014 (BRASIL, 2014f), a rede de cooperação e colaboradores foi garantida, entretanto, sem denominar especificamente quem são os órgãos e entidades de defesa dos direitos do cidadão. Ainda que o documento aprovado não responda em sua totalidade à intenção inicial, ele é um avanço e corresponde ao resultado do que foi possível em um cenário de tantas disputas para a implementação da política de Ouvidoria do SUS em curso.

A criação do DOGES, na SGEP, foi capaz de contribuir para a construção e implantação do SNO nas três esferas de governo. Este sistema caracteriza-se como um instrumento de inovação em saúde e corresponde, de forma específica, a um movimento de resgate da participação social, enquanto princípio fundante do SUS. Entretanto, é evidente que existe um movimento de regressão do sistema de

proteção social e da estruturação de desenhos de participação social no poder público, que se aprofundou com o início do governo Bolsonaro em 2019. Neste sentido, avalia-se que o fato de a política de Ouvidoria do SUS ter sido formulada predominantemente por portarias do Poder Executivo federal apresenta-se como uma fragilidade que favorece o seu desmonte, o que exigirá, especialmente dos Ouvidores do SUS nas esferas subnacionais, maior estratégia para resistir às ações de desconstrução da Ouvidoria SUS fundamentada na racionalidade de participação social. Reconhecer o espaço dos conselhos de saúde, das CIB e das CIR como locus privilegiado para reafirmar a importância da manutenção das Ouvidorias do SUS, na perspectiva de instrumento de “reforma da reforma”, parece ser importante estratégia para resistir ao processo de desmonte e avançar na implementação desta política.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Regina; FRANCO NETTO, Guilherme. Trajetória de Sérgio Arouca (1989-2003). *In*: ABREU, Regina; FRANCO NETTO, Guilherme. (Coords). **Projeto Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca: Relatório Sérgio Arouca 1989-2003**. Rio de Janeiro: UNESCO/DECIT-MS, 2005. 132 p.

ABRÚCIO, Fernando Luiz; SOARES, Márcia Miranda. **Redes federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. 236 p. (Série Pesquisas, n. 24).

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB AL nº 60, de 23 de setembro de 2019. Aprovar o Plano de Ação para qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS. **Diário Oficial do Estado de Alagoas**: Alagoas, 2019. Disponível em: <http://bipartite.saude.al.gov.br/arquivo/cib/5fd75248d5.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

ALMEIDA, Ronaldo de. Bolsonaro Presidente: conservadorismo, evangelismo e a crise brasileira. **Novos estud. CEBRAP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 185-213, abr. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002019000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 fev. 2020.

ALVES, Dora Resende; BENTO, Márcia Costa. **O Provedor de Justiça como figura de garante de direitos fundamentais**. [S. l.], [2015?]. Disponível em: http://repositorio.uportu.pt:8080/bitstream/11328/1332/5/trabalho%20provedor%20publ_.pdf. Acesso em: 1 fev. 2017.

AMARAL FILHO, Marcos Jordão Teixeira do. **O ombudsman e o controle da administração**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1993. 302 p.

ANTUNES, Fernanda Maria Bezerra de Mello. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS) no Estado de Pernambuco**. 2018. 165 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

ARANTES, Rogério Bastos. Direito e política: o Ministério Público e a defesa dos direitos coletivos. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 14, n. 39, p. 83-102, fev. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091999000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 mar. 2020.

ARRETCHE, Marta. Dossiê agenda de pesquisas em políticas públicas. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-10, fev. 2003b. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v18n51/15981>. Acesso em: 13 ago. 2019.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 ago. 2019.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 set. 2020.

ARRETCHE, Marta. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. *In*: GERSCHMAN, Sílvia; VIANNA, Maria Lúcia Wernck. (Org.). **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 127-152.

ARRETCHE, Marta. A política da política de saúde no Brasil. *In*: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (Org.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 285-306.

ARRETCHE, Marta T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, jun. 1999b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091999000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2019.

ARRETCHE, Marta. Tendências no estudo sobre avaliação. *In*: RICO, Elizabeth Melo. (Org.) **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. 2. ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 1999a. p. 29-39.

AZEVEDO, Nilo de Lima; CAMPOS, Mauro Macedo; LIRA, Rodrigo Anido. Por que os conselhos não funcionam?: entraves federativos para a participação popular no Brasil. **Dilemas, Rev. Estud. Conflito Controle Soc.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 439-461, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/21870>. Acesso em: 20 set. 2020.

AZEVEDO, Sérgio; SANTOS JR., Orlando Alves; RIBEIRO, Luiz César de Queiroz. **Governança democrática e poder local: a experiência dos Conselhos Municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

AVRITZER, Leonardo. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opin. Publica**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 43-64, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762008000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 mar. 2019.

AVRITZER, Leonardo. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. *In*: PIRES, Roberto Rocha. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília, DF: Ipea, 2011. v. 7. 372 p.

BAHIA. Secretaria de Estado da Saúde da Bahia. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB BA nº 01, de 03 de janeiro de 2019**. Aprova o Plano de Ação/Utilização do Recurso Federal referente a custeio e investimento para a implantação, a descentralização e a qualificação das Ouvidorias do SUS do Estado da Bahia. Salvador: SES/BA, 2019. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2019/RES_CIB_001_2019.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 231 p.

BASTOS, Pedro Paulo Zahluth. A construção do nacional-desenvolvimentismo de Getúlio Vargas e a dinâmica de interação entre Estado e mercado nos setores de base. **Economia, Selecta**, Brasília, DF, v. 7, n. 4, p. 239–275, 2006. Disponível em: http://www.anpec.org.br/revista/vol7/vol7n4p239_275.pdf. Acesso em: 10 maio 2019.

BECKER, Howard S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: HUCITEC, 1999. 178 p.

BEZERRA, Helga Maria Saboia. Defensor do povo: origens do instituto do ombudsman e a malograda experiência brasileira. **Direito, Estado e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 36, p. 46-73, 2010. Disponível em: <http://direitoestadosociedade.jur.puc-rio.br/media/3bezerra36.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2020.

BEZERRA, Luciana Caroline de Albuquerque *et al.* Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 883-900, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2020.

BOSCHETTI, Ivanete. A insidiosa corrosão dos sistemas de proteção social europeus. **Serv. Soc. Soc**, v. 112, p. 754-803, out./dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 set. 2019.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 253, de 11 de março de 1999**. Dispõe sobre Ouvidorias do Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1999c. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD23ABR1999.pdf#page=121>. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 2.631, de 22 de março de 2000**. Dispõe sobre Ouvidorias do Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2000c. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/MostrIntegralimagem.asp?strSiglaProp=PL&intProp=253&intAnoProp=1999&intParteProp=2#/>. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 2.636, de 10 de dezembro de 1996**. Dispõe sobre Ouvidorias do Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1996. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD23JAN1997.pdf#page=71>. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 4.278, de 02 de fevereiro de 2016**. Altera a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, para dispor sobre as ouvidorias do Sistema único de Saúde (SUS) como instância de participação da comunidade. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2016g. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2076659>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Congresso. Câmara Do Deputados. **Projeto de Lei nº 5.028-b, de 26 de fevereiro de 2013**. Determina a adoção de número único para ouvidorias da saúde. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2013b. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=8B7A0889777C1D53C4C5FAE0CBF3B96D.node2?codteor=1098541&filename=Avulso+-PL+5028/2013. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 6.953-B, de 2002**. Dispõe sobre a proteção e defesa do usuário dos serviços públicos, prestados pela administração direta, indireta e os delegados pela União. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2002b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=56375>. Acesso em: 10 maio 2020.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Ouvidoria-Geral da União. **Ata da Reunião Extraordinária da Rede de Ouvidorias promovida pela Ouvidoria-Geral da União em 18 de maio de 2016**. Brasília, DF: Ouvidoria-Geral da União, 2016e. Disponível em: <https://www.gov.br/ouvidorias/pt-br/ouvidorias/rede-de-ouvidorias/assembleia-e-reunioes/2016/2016-05-18.pdf>. Acesso em: 17 maio 2019.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Ouvidoria-Geral da União. **Ata da II Reunião Extraordinária da Rede de Ouvidorias promovida pela Ouvidoria-Geral da União em 8 de agosto de 2016**. Brasília, DF: Ouvidoria-Geral da União, 2016f. Disponível em: <https://www.gov.br/ouvidorias/pt-br/ouvidorias/rede-de-ouvidorias/assembleia-e-reunioes/2016/2016-08-08-ata-da-ii-reuniao-extraordinaria-da-rede-nacional-de-ouvidorias.pdf>. Acesso em: 17 maio 2019.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Ouvidoria-Geral da União. **Ata do Encontro com Ouvidores dos Estados e do Distrito Federal promovido pela Ouvidoria-Geral da União em 15 de dezembro de 2015**. Brasília, DF: Ouvidoria-Geral da União, 2015d. Disponível em: <https://www.gov.br/ouvidorias/pt-br/ouvidorias/rede-de-ouvidorias/assembleia-e-reunioes/2015/2015-12-15-ata-encontro-ouvidores-estaduais.pdf>. Acesso em: 15 maio 2019.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Ouvidoria-Geral da União. **Ata do I Encontro da Rede de Ouvidorias promovido pela Ouvidoria-Geral da União em 16 de março de 2016**. Brasília, DF: Ouvidoria-Geral da União, 2016d. Disponível em: <https://www.gov.br/ouvidorias/pt-br/ouvidorias/rede-de-ouvidorias/assembleia-e-reunioes/2016/2016-03-16.pdf>. Acesso em: 17 maio 2019.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. **Painel Resolveu?**. Brasília, DF, [20-?]. Disponível em: <http://paineis.cgu.gov.br/resolveu/index.htm>. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. **Portaria nº 1.181, de 10 de junho de 2020**. Dispõe sobre critérios e procedimentos para a nomeação, designação, exoneração, dispensa, permanência e recondução ao cargo ou função comissionada de titular da unidade setorial de ouvidoria no âmbito do Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo federal - SisOuv, e revoga a Instrução Normativa CGU nº 17, de 3 de dezembro de 2018. Brasília, DF: Controladoria-Geral da União, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.181-de-10-de-junho-de-2020-261759361#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20crit%C3%A9rios%20e%20procedimentos,17%2C%20de%203%20de%20dezembro>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 25. ed. São Paulo: Saraiva, 2000a. (Coleção Saraiva de Legislação).

BRASIL. **Decreto nº 4.194, de 11 de abril de 2002**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2002a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4194.htm. Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm. Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5841.htm. Acesso em: 21 mar. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 8.243, de 22 de maio de 2014.** Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2014a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Brasília, DF: Presidência da República, 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8901.htm. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 9.492, de 5 de setembro de 2018.** Regulamenta a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, que dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública federal, institui o Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo federal, e altera o Decreto nº 8.910, de 22 de novembro de 2016, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União. Brasília, DF: Presidência da República, 2018c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9492.htm. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 9.723, de 11 de março de 2019.** Altera o Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017, o Decreto nº 8.936, de 19 de dezembro de 2016, e o Decreto nº 9.492, de 5 de setembro de 2018, para instituir o Cadastro de Pessoas Físicas - CPF como instrumento suficiente e substitutivo da apresentação de outros documentos do cidadão no exercício de obrigações e direitos ou na obtenção de benefícios e regulamentar dispositivos da Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Brasília, DF: Presidência da República, 2019c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9723.htm#:~:text=Fica%20vedado%20aos%20%C3%B3rg%C3%A3os%20e,de%20Servi%C3%A7os%20do%20Governo%20Federal. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019.** Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília, DF: Presidência da República, 2019a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm. Acesso em: 11 jul. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Brasília, DF: Presidência da República, 2019d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm. Acesso em: 13 set. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998.** Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1998a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm. Acesso em: 22 out. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.** Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2000b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004.** Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2004a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc45.htm. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, 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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 27 ago. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 14 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.490, de 19 de novembro de 1992.** Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1992. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8490.htm#:~:text=L8490&text=Convers%C3%A3o%20da%20MPV%20n%C2%BA%20309%2C%20de%201992.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Minist%C3%A9rios%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias. Acesso em: 14 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015.** Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública; altera a Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997, e o Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972; e revoga o § 2º do art. 6º da Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997. Brasília, DF: Presidência da República, 2015a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13140.htm. Acesso em: 10 fev. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017.** Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Brasília, DF: Presidência da República, 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm. Acesso em: 30 mar. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Comissão Interministerial de Governança Corporativa e de Administração de Participações Societárias da União. **Resolução nº 21, de 18 de janeiro de 2018.** Institui o cargo de Ouvidor nas empresas estatais federais. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, 2018f. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27606200_RESOLUCAO_N_21_DE_18_DE_JANEIRO_DE_2018.aspx. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **12.ª Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. 230 p. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **13ª Conferência Nacional de Saúde:** saúde e qualidade de vida : políticas de Estado e desenvolvimento: relatório final. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 246 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **16ª Conferência Nacional de Saúde:** Brasília, DF, 4 a 7 de agosto de 2019: relatório nacional consolidado. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/16_conferencia_nacional_saude_relatorio_nacional_consolidado.pdf. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes aprovadas nos grupos de trabalho ou na plenária final**: por ordem de votação nos eixos temáticos: Brasília, DF, 1 a 4/12/2015. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015b. (Diretrizes da 15ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro). Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/01/Relat%C3%B3rio_Diretrizes_15CNS.pdf. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: 17 a 21 de março de 1986: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 3 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 08, de 25 de maio de 2007**. Regulamenta o sistema OuvidorSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgep/2007/prt0008_25_05_2007.html#:~:text=Regulamenta%20o%20Sistema%20OuvidorSUS.&text=Considerando%20as%20diretrizes%20da%20Pol%C3%ADtica,e%20Participativa%20do%20SUS%2C%20resolva%3A&text=1%C2%BA%20Aprovar%20a%20Regulamenta%C3%A7%C3%A3o%20do,disposto%20no%20Anexo%20desta%20Portaria. Acesso em: 3 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20992%2C%20DE%2013%20DE%20MAIO%20DE%202009&text=Considerando%20o%20Decreto%20n%C2%B0,216%20da%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20no%20art. Acesso em: 5 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.385, de 17 de junho de 2019**. Relação nominal dos titulares dos cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS, das Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE e das Funções Gratificadas - FG do Ministério da Saúde, suas denominações e respectivos níveis, bem como os cargos e funções vagas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019e. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/247798357/dou-secao-2-19-06-2019-pg-60>. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.975 de 29 de junho de 2018.**

Estabelece incentivo financeiro destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS - ParticipaSUS, com foco na implantação, descentralização e qualificação das Ouvidorias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018e. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=02/07/2018&jornal=515&pagina=87>. Acesso em 21 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.344, de 6 de outubro de 2009.**

Regulamenta as condições para a transferência de recursos financeiros, com vistas a implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde - ParticipaSUS em 2009, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2344_06_10_2009.html#:~:text=Regulamenta%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para%20a,2009%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.416, de 07 de novembro de 2014.**

Estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014f. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2416_07_11_2014.html. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.588, de 30 de outubro de 2008.**

Regulamenta o Componente para a Qualificação da Gestão do SUS, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2588_30_10_2008_rep.html. Acesso em: 5 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.808, de 7 de dezembro de 2012.**

Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS), com foco na implementação de ações, com vista a formalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), de acordo com o Decreto nº 7.508/ 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2808_07_12_2012_rep.html#:~:text=Considerando%20o%20Decreto%20n%C2%BA%207.827,II%20do%20caput%20do%20art. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011.**

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011f. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 5 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html. Acesso em: 5 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011.** Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS), com foco na promoção da equidade em saúde, e para a implementação e fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 16 dez. 2011d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2979_15_12_2011.html. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007.** Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3027_26_11_2007.html. Acesso em: 5 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3060, de 28 de novembro de 2007.** Regulamenta a aplicação do incentivo financeiro para a implementação do Componente para a Qualificação da Gestão do SUS do bloco de financiamento para a Gestão do SUS, no que se refere à regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento, participação popular e ao fortalecimento do controle social, para o ano de 2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3060_28_11_2007.html. Acesso em: 5 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.251, de 22 de dezembro de 2009.** Acrescenta Municípios a Portaria Nº 2.344 de 2009, que regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas a implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde - ParticipaSUS em 2009. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3251_22_12_2009_rep_comp.html. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.329, de 29 de outubro de 2010.** Regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS) em 2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3329_29_10_2010.html. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.997, de 16 de dezembro de 2010.** Acrescenta Municípios e valores a Portaria nº 3.329/GM/MS, de 2010, que regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas a implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde - ParticipaSUS em 2010 e 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010f. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3997_16_12_2010_comp.html. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018.** Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018g. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57631494/do1e-2018-12-31-portaria-n-4-384-de-28-de-dezembro-de-2018-57631363. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Nº 190 – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde: n. 190. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Nº 190. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Nº 190. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Nº 190. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017f. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida----o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Nº 190. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017g. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Gestão Hospitalar. **DGH**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, c2016. Disponível em: <http://www.portaldgh.saude.gov.br/index.php/dgh/>. Acesso em: 26 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro. **Portaria DGHMS-RJ nº 100, de 02 de outubro de 2012**. Institui e regulamenta a Ouvidoria do Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro – Ouvidoria do DGH/RJ/MS. Boletim de Serviço. Brasília, DF, ano 27, n. 43, 22 out. 2012e. pág. 30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006d. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNS_2012-2015__Revisao_2013.pdf. Acesso em: 4 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2016-2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: https://bibliotecadigital.seplan.planejamento.gov.br/bitstream/handle/123456789/1048/planonacionalsaude_2016_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 4 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://bibliotecadigital.seplan.planejamento.gov.br/bitstream/handle/iditem/142/S%c3%adntese%20PNS%202004-2007.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 04 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019f. 102 p. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2018.pdf. Acesso em: 26 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Relatório de Gestão 2019**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019g. 102 p. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_ministerio_saude_2019.pdf. Acesso em: 26 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf. Acesso em: 4 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed. 1. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1. ed. 1. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013e. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Manual de tipificação do sistema informatizado OuvidorSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014g. 220 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Relatório Gerencial 2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010c. 26 p. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/25/relatorio-gerencial-2010.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Relatório Gerencial 2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. 34p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Relatório Gerencial/2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c. 34 p. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/25/relatorio-gerencial-2012.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Relatório Gerencial/2013**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 47p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Relatório Gerencial/2014**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c. 38 p. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/13/relatorio-ouvidoria-2014.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Relatório Gerencial/2015**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015c. 39p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Relatório Gerencial/2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016c. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Relatório Gerencial 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017h. 39 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Relatório Gerencial/2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. 28p. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/12/Relatorio-Gerencial-2017.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Relatório de Gestão/2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. 43p. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/01/Relatorio-gerencial-2018.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Falando de Ouvidoria: experiências e reflexões**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. 90 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014d. 40 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. 44 p.

BRASIL. Secretaria-Geral da Presidência da República. **Participação social no Brasil: entre conquistas e desafios**. 1. ed. Brasília, DF: Secretaria-Geral da Presidência da República, 2014b. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema OuvidorSUS**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 29 jun. 2017i. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/ouvidoria-do-sus/sistema-ouvidorsus>. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 10.^a Conferência Nacional de Saúde, Brasília, DF, 2 a 6 de setembro de 1996**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998b. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 11.^a Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 14.^a Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. 232. p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf. Acesso em: 16 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. **Instrução Normativa nº 05, de 18 de junho de 2018**. Estabelece orientações para a atuação das unidades de ouvidoria do Poder Executivo federal para o exercício das competências definidas pelos capítulos III e IV da Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Brasília, DF: OCU/CHU, 2018d.

BRASIL. Procuradoria-Geral da República. Ministério Público Federal. **Portaria nº 519, de 30 de agosto de 2012**. Dispõe sobre a criação e implantação da Ouvidoria do Ministério Público Federal. Brasília, DF: Procuradoria-Geral da República, 2012a. p. 122. Disponível em: <http://bibliotecadigital.mpf.mp.br/bdmpf/handle/11549/20446>. Acesso em: 16 abr. 2019.

BRITTO, Carlos Ayres. Distinção entre “controle social do poder” e “participação popular”. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 189, p. 114-122, jul. 1992. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/45286>. Acesso em: 20 set. 2019.

CAMPOS, Anna Maria. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português?. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 30-50, jun. 1990. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/9049>. Acesso em: 31 jan. 2020.

CARDOSO, Antônio Semeraro Rito. **Ouvidoria pública como instrumento de mudança**. Brasília, DF: Ipea, 2010. 32 p. (Texto para Discussão, n. 1480). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/ouvidoria/images/stories/pdf/td_1480.pdf. Acesso em: 25 jan. 2020.

CARDOSO, Antônio Semeraro Rito; ALCANTARA, Elton Luiz da Costa; LIMA NETO, Fernando Cardoso. Ouvidoria pública e governança democrática. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, p. 27-38, 2012. Edição especial.

CARMELO, Marcelo; SANCHES, Edalina Rodrigues. Quem controla o governo?: responsabilização horizontal na democracia portuguesa. *In*: PINTO, António Costa; SOUSA, Luís de; MAGALHÃES, Pedro. (Orgs). **A qualidade da democracia em Portugal: a visão dos cidadãos**. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2013. p. 129-178.

CARVALHO, Denis Barros de; SANTANA, Janaína Macêdo; SANTANA, Vera Macêdo de. Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, DF, v. 29, n. 1, p. 172-183, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n1/v29n1a14.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2020.

CARVALHO, Edna Marlene da Cunha. A Ouvidoria Geral do SUS do Estado de Mato Grosso. *In*: LYRA, Rubens Pinto; CARDOSO, Antônio Semeraro Rito. (Orgs.). **Modalidades de Ouvidoria pública no Brasil**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2012. p. 157-175.

CARVALHO, Ernani; LEITÃO, Natália. O novo desenho institucional do Ministério Público e o processo de judicialização da política. **Rev. Direito GV**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 399-422, dez. 2010. Disponível em: Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322010000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020.

CEARÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Ceará. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB CE nº 91, de 19 de julho de 2019**. Aprovar as ações a serem implantadas nos municípios cearenses e nas Ouvidorias da Rede SESA com recursos oriundos dos incentivos financeiros de que trata a Portaria GM/MS nº 1.975/2018. Ceará: Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, 2019. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2019/04/resolucao_091_2019.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 3 out. 2019.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Linha do Tempo**. Rio de Janeiro: CEBES, [2019?].

Disponível em: <http://cebes.org.br/o-cebes/linha-do-tempo/>. Acesso em: 8 jul. 2019.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n. 19, p. 123-140, nov. 1989. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2020.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças. Doutrinas de segurança nacional: banalizando a violência. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 5, n. 2, p. 1-22, 2000. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722000000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2020.

COMPARATO, Bruno Konder. Ouvidorias públicas como instrumento para o fortalecimento da democracia participativa e para valorização da cidadania. *In*: MENEZES, Ronald do Amaral; CARDOSO, Antônio Semeraro Rito. **Ouvidoria pública brasileira: reflexões, avanços e desafios**. Brasília, DF: Ipea, 2016. p. 43-53.

COMPLOIER, Mylene. O Ministério Público e Assembleia Nacional Constituinte: as origens de um texto inovador. **Meritum**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 275-305, 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/ppgdir/article/view/54096>. Acesso em: 11 jul. 2020.

CONDÉ, Eduardo Salomão. Abrindo a Caixa: dimensões e desafios na análise de Políticas Públicas. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora, v. 2, p. 78-100, 2013. Disponível em:

<http://www.revistappgp.caedufjf.net/index.php/revista1/article/view/24>. Acesso em: 30 jul 2020.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Resolução nº 95, de 22 de maio de 2013**. Dispõe sobre as atribuições das ouvidorias dos Ministérios Públicos dos Estados e da União e dá outras providências. Brasília, DF: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013. Disponível em:

<https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Resolucoes/Resolu%C3%A7%C3%A3o-0951.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Resolução nº 153, de 21 de novembro de 2016**. Altera a redação dos artigos 1º, 4º, 5º, 7º, e 9º da Resolução CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Resolução nº 95, de 22 de maio de 2013, que dispõe sobre as atribuições das ouvidorias dos Ministérios Públicos dos Estados e da União e dá outras providências. Brasília, DF: CNMP, 2016.

CONSTENLA, Carlos Rosendo. Constitucionalismo latinoamericano: defensa del pueblo y derechos humanos: introducción al tema. *In*: TRISCIUOGLIO, Andrea. (Org). **Tribunado**: poder negativo y defensa de los derechos humanos. Milão: Ledizioni, 2018. p. 169-184. Disponível em: <https://iris.unito.it/retrieve/handle/2318/1679840/447357/Tribunadodefeditoriale2018.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2020.

CONSTENLA, Carlos Rosendo. Defensor del pueblo: la más innovadora institución democrática del constitucionalismo iberoamericano contemporáneo. 2010. *In*: SIMPOSIO JURÍDICO: UN NUEVO MODELO DE CONSTITUCIÓN PARA AMÉRICA LATINA, 42., 2010. Anais [...]. Tema: Independências, Dependências, Interdependências. (VI Congresso CEISAL 2010, 6., jun. 2010, Toulouse, Francia).

CONSTENLA, Carlos Rosendo. Defensor del Pueblo: ¿un enemigo del pueblo?: los defensores del pueblo y los problemas de los derechos humanos en América Latina. **Revista Éforo**, Caracas, v. 4, p. 21-30, jun./dic. 2014.

CONSTENLA, Carlos Rosendo. Del ombudsman escandinavo al defensor del pueblo latinoamericano. *In*: LYRA, Rubens Pinto. (Org.). **Novas modalidades de ouvidoria pública no Brasil**. João Pessoa: UFPB, 2011. p. 35-55.

COSTA, Nilson do Rosário. Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 809-829, set. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2014.v24n3/809-829/pt/>. Acesso em: 10 ago. 2019.

CRUZ OLMEDA, Juan. ¿Por qué ganó Bolsonaro en Brasil?. **Rev. Mex. Sociol.**, [s. l.], v. 81, n. 3, p.665-675, 2019. Disponível em: <http://revistamexicanadesociologia.unam.mx/index.php/rms/article/view/57925>. Acesso em: 12 ago. 2020.

CUNHA, Mafalda Soares da; NUNES, António Castro. Territorialização e poder na América portuguesa: a criação de comarcas, séculos XVI-XVIII. **Tempo**, Niterói, v. 22, n. 39, p. 1-30, abr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-77042016000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

DAGNINO, Evelina. Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. **Política & Sociedade**, [s. l.], n. 5, p. 139-164, out. 2004b. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/113417/mod_resource/content/1/Dagnino%20Pol%C3%ADtica%20e%20Sociedade.pdf. Acesso em: 10 fev. 2020.

DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? **Políticas de Ciudadanía y Sociedad Civil en tiempos de globalización**, Caracas, p. 95-110, 2004a. Disponível em: <https://privatizacaodarua.reporterbrasil.org.br/dadosabertos/bibliografia/Sociedade%20Civil%20Participa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Cidadania%20-%20Evelina%20Dagnino.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

DAGNINO, Evelina. (Org). **Sociedad civil, espacios públicos y democratización: Brasil**. México: Fondo de Cultura Económica, 2002.

DANTAS, André Vianna. Saúde, luta de classes e o ‘fantasma’ da Reforma Sanitária Brasileira: apontamentos para sua história e crítica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 145-157, nov. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000700145&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 maio 2020.

DEFENSOR DEL PUEBLO. **Historia del Defensor**. [S. l.], [2017?]. Disponível em: <https://www.defensordelpueblo.es/el-defensor/historia-del-defensor>. Acesso em: 28 fev. 2017.

DI SUNI, Elisabetta Palici. Il ruolo della difesa civica nei principali ordinamenti europei. In: TRISCIUOGLIO, Andrea. (Org). **Tribunado: poder negativo y defensa de los derechos humanos**. Milão: Ledizioni, 2018. p. 131-146. Disponível em: <https://iris.unito.it/retrieve/handle/2318/1679840/447357/Tribunadodefeditoriale2018.pdf>. Acesso em: 23 set. 2017.

DOIMO, Ana Maria; RODRIGUES, Marta M. Assumpção. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. **Política & Sociedade**, [s. l.], n. 3, out. 2003. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2022>. Acesso em: 1 maio 2020.

DOWBOR, Monika. Sergio Arouca, construtor de instituições e inovador democrático. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1431-1438, abr. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401431&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 maio 2020.

DRAIBE, Sônia Miriam. **Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: saúde e educação fundamental**. Santiago de Chile: Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 1998. 82 p. (Série Reformas de Política Pública, 52).

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Estrutura Organizacional – Sede**. [S. l.], [2020?]. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/estrutura-organizacional/estrutura_organizacional_out2014102020.png. Acesso em: 10 fev. 2020.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. **Edital Curso de qualificação em Avaliação externa de acreditação institucional de Ouvidorias do SUS**. Rio de Janeiro, RJ, 10 jul. 2018. Disponível em: http://ensino.ensp.fiocruz.br/documentos_upload/2018_ODS_Edital.pdf. Acesso em: 23 abr. 2020.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. **Qualificação em Avaliação Externa de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS**. Rio de Janeiro, c2016. Disponível em: <http://ensino.ensp.fiocruz.br/cursos/qualificacao-profissional/formacao-continuada-em-saude/cursos/presencial/545>. Acesso em: 23 abr. 2020.

SCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 323-364.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origens e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 208 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>. Acesso em: 7 out. 2019.

SCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação Social. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 853-884.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 279-322.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-ES nº 194, de 02 de setembro 2014**. Dispõe sobre a implantação de técnicos interlocutores da Ouvidoria SUS-ES nos vinte municípios da Região de Saúde Metropolitana e na Superintendência Regional de Saúde de Vitória, para integrarem a Rede de Ouvidoria do SUS-ES. Vitória: SES/ES, 2014c. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202014/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20194-2014.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-ES nº 200, de 04 de setembro 2014**. Dispõe sobre a implantação de técnicos interlocutores da Ouvidoria SUS-ES nos 14 municípios da Região Norte de Saúde, para integrarem a Rede de Ouvidoria do SUS-ES. Vitória: SES/ES, 2014b. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202014/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20200-2014.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-ES nº 269, de 19 de novembro de 2018.** Aprova o plano de ação do Estado do Espírito Santo, contemplando ações de ampliação e qualificação (estruturação) das Ouvidorias da rede de Ouvidorias do SUS. Vitória: SES/ES, 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202018/RESOLU%C3%87%C3%83O%20CIB-SUS-ES%20-%20269-2018.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-ES nº 316, de 19 de dezembro de 2014.** Dispõe sobre a implantação da Ouvidoria SUS-ES em municípios da Região Sul de Saúde, para integrarem a Rede de Ouvidoria do SUS-ES. Vitória: SES/ES, 2014a. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202014/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20316-2014.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-ES nº 909, de 10 de agosto de 2009.** Aprova o Plano de Ação para Gestão do SUS, referente à monitoramento e avaliação, auditoria, ouvidoria e fortalecimento do Controle Social do Estado do Espírito Santo. Vitória: SES/ES, 2009. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202009/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20909-2009.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DEL OMBUDSMAN. **Acerca de Fio.** [S. l.], c2018. Disponível em: http://www.portalfio.org/acerca_de_fio/. Acesso em: 6 fev. 2019.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa *et al.* Inovação em ouvidorias do SUS: reflexões e potencialidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2547-2554, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802547&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 jun. 2019.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa; MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes. Análise da atuação das ouvidorias estaduais do Sistema Único de Saúde como instâncias participativas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 201-212, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500201&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 jun. 2020.

FIGUEIREDO, Marcus Faria; FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. **Análise e Conjuntura**, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. 107-127, set./dez. 1986.

FORTES, Maria Thereza; MATTOS, Ruben Araujo de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Acreditação ou acreditações?: um estudo comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 239-246, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000200025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2020.

FORTES, Maria Thereza Ribeiro; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Acreditação: ferramenta ou política para organização dos sistemas de saúde?. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 626-631, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400023&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 maio 2019.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. **Caio Tacito Sa Viana Pereira de Vasconcelos**. Rio de Janeiro: FGV, c2009. Disponível em: <https://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/caio-tacito-sa-viana-pereira-de-vasconcelos>. Acesso em: 12 ago. 2019.

GLOBAL ALLIANCE OF NATIONAL HUMAN RIGHTS INSTITUTIONS. **Chart of the status of national institutions accredited by the global alliance of national human rights institution's**. [S. l.], 2017. Disponível em: https://www.ohchr.org/Documents/Countries/NHRI/Chart_Status_NIs.pdf. Acesso em: 30 mar. 2020.

GLOBAL ALLIANCE OF NATIONAL HUMAN RIGHTS INSTITUTIONS. Our members. **Accreditation**. [S. l.], c2019. Disponível em: <https://ganhri.org/>. Acesso em: 23 abr. 2020.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-GO nº 4, de 25 de janeiro de 2008**. Aprovar o Projeto: Implantação da Rede de Ouvidoria – Serviço de Proteção aos Usuários do SUS em Goiás. Goiânia: SES/GO, 2008. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files//cib/resolucoes/2008/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%20004.2008-Aprovar%20o%20Projeto%20Implanta%C3%A7%C3%A3o%20da%20Rede%20de%20Ouvidoria%20%E2%80%93%20Servi%C3%A7o%20de%20Prote%C3%A7%C3%A3o%20aos%20Usu%C3%A1rios%20do%20SUS%20em%20Goi%C3%A1s%20.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-GO nº 53, de 23 de março de 2010.** Aprova o Projeto de Implantação da Ouvidoria de Rio Verde, Luziânia e da Secretaria de Estado da Saúde à Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa. Goiânia: SES/GO, 2010. Disponível em:

<https://www.saude.go.gov.br/files//cib/resolucoes/2010/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%20053.2010%20-%20Aprova%20por%20pactua%C3%A7%C3%A3o%20Projeto%20de%20Implanta%C3%A7%C3%A3o%20da%20Ouvidoria%20%20da%20Secretaria%20de%20Estado%20da%20Sa%C3%BAde.%20nos%20munic%C3%ADpios%20de%20Rio%20Verde%20e%20Luzi%C3%A2nia..pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-GO nº 101, de 23 de julho de 2015.** Aprova a realização do Curso Capacitação em Ouvidoria e Auditoria, ofertado pela ENSP/FIOCRUZ. Goiânia: SES/GO, 2015. Disponível em:

<https://www.saude.go.gov.br/files//cib/resolucoes/2015/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%20101.2015%20%E2%80%93%20Aprova%20a%20realiza%C3%A7%C3%A3o%20do%20Curso%20Capacita%C3%A7%C3%A3o%20em%20Ouvidoria%20e%20Auditoria,%20ofertado%20pela%20ENSP-FIOCRUZ..pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-GO nº 165, de 14 de dezembro de 2009.** Aprovar o Projeto de Implantação da Ouvidoria do município de Rio Verde para implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde. Goiânia: SES/GO, 2009. Disponível em:

<https://www.saude.go.gov.br/files//cib/resolucoes/2009/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%20165.2009%20-%20Aprova%20o%20Projeto%20de%20Implanta%C3%A7%C3%A3o%20da%20Ouvidoria%20do%20munic%C3%ADpio%20de%20Rio%20Verde%20para%20impleme%20nta%C3%A7%C3%A3o%20da%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Gest%C3%A3o%20Estrat%C3%A9gica%20e%20Participativa%20do%20SUS.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-GO nº 228, de 06 de dezembro de 2019.** Aprova o plano de ação para a Rede de Ouvidorias do SUS. Goiânia: SES/GO, 2019. Disponível em:

<https://www.saude.go.gov.br/files//cib/resolucoes/2019/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%20228.2019%20-%20Aprova%20o%20Plano%20de%20A%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20Rede%20de%20Ouvidorias%20do%20SUS..pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-GO nº 396, de 06 de dezembro de 2012**. Aprova a Redefinição de Plano de Trabalho para aplicação dos recursos do ParticipaSUS provenientes da Portaria 3060/2007; 2588/2008 e 2344/2009 referentes à ação 6182 – Ouvidoria Nacional de Saúde. Goiânia: SES/GO, 2012. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files//cib/resolucoes/2012/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%20396.2012%20-%20Aprova%20a%20Redefini%C3%A7%C3%A3o%20de%20Plano%20de%20Trabalho%20para%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20dos%20recursos%20do%20PARTICIPASUS%20provenientes%20da%20Portarias%20%E2%80%93%20Ouvidoria%20nacional%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

GOMES, Manoel Eduardo Alves Camargo. A adequação jurídica e política do Ombudsman como instrumento de controle e de proteção do cidadão. *In*: LYRA, Rubens Pinto. (Org.). **Do tribuno da plebe ao ouvidor público**: estudos sobre os defensores da cidadania. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB/Editora Universitária da UFPR, 2011. 290 p.

GOMES, Manoel Eduardo Alves Camargo. Construção da 1ª Ouvidoria do Brasil: motivação, desafios e resultados. *In*: FÓRUM NACIONAL DE OUVIDORES UNIVERSITÁRIOS E DE HOSPITAIS DE ENSINO, 19., 2019, Curitiba. Anais [...]. Curitiba, 2019.

GOMES, Manoel Eduardo Alves Camargo. Do instituto do ombudsman à construção das ouvidorias públicas no Brasil. *In*: LYRA, Rubens Pinto. (Org.). **A Ouvidoria na esfera pública brasileira**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB/Editora Universitária da UFPR, 2000. p. 49-124.

GOMES, Manoel Eduardo Alves Camargo. Modelos de Ouvidorias Pública no Brasil. *In*: MENEZES, Ronald do Amaral; CARDOSO, Antônio Semeraro Rito. **Ouvidoria pública brasileira**: reflexões, avanços e desafios. Brasília: Ipea, 2016. p. 13-42.

GOMES, Manoel Eduardo Alves Camargo. Regime jurídico das ouvidorias públicas: elementos para uma tipologia. *In*: VISMONA, Edson Luiz. (Org.). **A ouvidoria brasileira**. São Paulo: ABO/Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2005. p. 55-78.

GOODMAN, Leo A. Snowball Sampling. **Annals of Mathematical Statistics**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 148-170. 1961.

GUIDA NETO, José. **Ulpiano e o estoicismo no direito romano do principado**. 2012. Tese (Doutorado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/5996>. Acesso em: 4 set. 2019.

GURGEL, Roberto. **30 anos da Constituição**: Ministério Público não é salvador da pátria, diz Roberto Gurgel. [Entrevista concedida a] Glauciane Lara. **Agência Senado**, Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/09/26/30-anos-da-constituicao-ministerio-publico-nao-e-salvador-da-patria-diz-roberto-gurgel>. Acesso em: 15 maio 2019.

HAAS, Peter. M. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. **International Organization**, Washington, v. 46, n. 1, p. 1-35, 1992. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-organization/article/introduction-epistemic-communities-and-international-policy-coordination/CE9CFC049E0F2A14635F1E3EB51960C9>. Acesso em: 2 nov. 2019.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia**: entre facticidade e validade. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2012. 356 p. v. 1.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, nov. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622001000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 ago. 2020.

HORTALE, Virginia Alonso; OBBADI, Monireh; RAMOS, Célia Leitão. A acreditação e sua implementação na área de ensino pós-graduado em Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1789-1794, dez. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13276.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

IASBECK, Luiz Carlos Assis. Ouvidoria é comunicação. **Organicom**, São Paulo, v. 7, n. 12, p. 14-24, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/139045>. Acesso em: 9 set. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. (Tabelas 2018). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/protacao-social/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?edicao=25506&t=resultados>. Acesso em: 10 abr. 2020.

INSTITUTO INTERNACIONAL DEL OMBUDSMAN. **Estatutos**. [S. l.], c2020a. Disponível em: <https://www.theioi.org/es/el-iio#anchor-index-2251>. Acesso em: 30 mar. 2020.

INSTITUTO INTERNACIONAL DEL OMBUDSMAN. **IOI Miembros**. Caribbean & Latin America. [S. l.], c2020b. Disponível em: <https://www.theioi.org/ioi-members#anchor-index-1704>. Acesso em: 31 mar. 2020.

INSTITUTO LATINOAMERICANO DEL OMBUDSMAN. **¿Qué es el Instituto Latinoamericano de Ombudsman?**. [S. l.], c2017. Disponível em: <http://www.ilo-defensordelpueblo.org/institucional/acerca-del-ilo>. Acesso em: 25 jun. 2017.

KENNEY, Charles D. Horizontal accountability: concepts and conflicts. *In*: MAINWARING, Scott; WELNA, Christopher. **Democratic accountability in Latin America**. Oxford: Oxford University Press, 2003. p. 55-76.

LAGUARDIA, Jorge García. Los Defensores del Pueblo y los problemas de los Derechos Humanos em América Latina. **Revista Éforo**, Caracas, v. 4, p. 05-20, junho. 2014.

LEITE, Celso Barroso. **Ombudsman**: corregedor administrativo: a instituição escandinava que o mundo vem adotando. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. 148 p.

LIMA, Luciana Dias de. A Comissão Intergestores Bipartite a CIB do Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 199-252, jun. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312001000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 fev. 2019.

LIMA NETO, Fernando; DURÁN, Paulo Renato Flores. Ouvidorias Públicas e Conselhos de Políticas: avanços e desafios na democratização da participação social e nas relações entre Estado e sociedade. *In*: MENEZES, Ronald do Amaral; CARDOSO, Antonio Semeraro Rito. (Orgs.). **Ouvidoria pública brasileira: reflexões, avanços e desafios**. Brasília: Ipea, 2016. p. 55-77.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311991000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020.

LYRA, Rubens Pinto. La ouvidoría brasileña, autónoma y democrática, frente a las defensorías del pueblo: orígenes, características y retos actuales. **Revista Éforo**, Caracas, v. 4, p. 5-20, jun./dic. 2014b.

LYRA, Rubens Pinto. Modelos de Ouvidoria Pública no Brasil: a construção de um perfil de Ouvidoria, autônoma e democrática. *In*: LYRA, Rubens Pinto. (Org.). **A ouvidoria pública no Brasil: modelos em disputa**. João Pessoa: Editora da UFPB, 2014c. 352 p.

LYRA, Rubens Pinto. Paradigmas de Ouvidoria Pública e proposta de mudança. *In*: MENEZES, Ronald do Amaral; CARDOSO, Antônio Semeraro Rito. (Orgs.). **Ouvidoria pública brasileira: reflexões, avanços e desafios**. Brasília: Ipea, 2016. 231 p.

LYRA, Rubens Pinto. (Org.). **Autônomas x obedientes**: a Ouvidoria pública em debate. Paraíba: Editora Universitária da UFPB, 2004. 172 p.

LYRA, Rubens Pinto. (Org.). **Do tribuno da plebe ao ouvidor público**: estudos sobre os defensores da cidadania. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011. 290 p.

LYRA, Rubens Pinto. (Org.). **Modalidades de ouvidoria pública no Brasil**: terceira coletânea. João Pessoa: Editora da UFPB, 2012. 331 p.

LYRA, Rubens Pinto. (Org.). Ouvidor: o defensor dos direitos humanos na administração pública brasileira. *In*: LYRA, Rubens Pinto. (Org.). **Participação, democracia e segurança pública a experiência brasileira**. João Pessoa: Editora UFPB, 2008. p. 65-96.

LYRA, Rubens Pinto. (Org.). **A ouvidoria pública no Brasil**: modelos em disputa. João Pessoa: Editora da UFPB, 2014a. 352 p.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 187-200, jan. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100187&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2020.

MAIA, Thaís Perígo; ROQUETE, Fátima Ferreira. Um olhar sobre a acreditação hospitalar no Brasil: a experiência da Joint Commission International (JCI). *In*: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 11., 2014, Resende. Anais [...]. Resende, 2014. v.1, p. 1-16.

MAINWARING, Scott. Introduction: democratic accountability in Latin America. *In*: MAINWARING, Scott; WELNA, Christopher. **Democratic accountability in Latin America**. Oxford: Oxford University Press, 2003. p. 3-33.

MAINWARING, Scott; WELNA, Christopher. **Democratic accountability in Latin America**. Oxford: Oxford University Press, 2003. p. 34-54.

MANIN, María Soledad. La Defensoría del Pueblo y el acceso a la información: reflexiones acerca de la participación ciudadana. **Revista Éforo**, Caracas, v. 2, p. 91- 109, 2015.

MARANHÃO. Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-MA nº 22, de 15 de março de 2019**. Dispõe sobre o Plano de Ação 2019 da Ouvidoria/SES/MA. São Luís: SES/MA, 2019. Disponível em: <http://cosemsma.org.br/wp-content/uploads/2019/08/res-12-a-22.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

MATO GROSSO. Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso. **Lei Complementar nº 22, de 09 de novembro de 1992**. Institui o Código Estadual de Saúde, dispõe sobre a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde no Estado, caracteriza o Sistema Único de Saúde nos níveis Estadual e Municipal e dá outras providências. Cuiabá: ALMT, 1992. Disponível em: <http://app1.sefaz.mt.gov.br/Sistema/legislacao/LeiComplEstadual.nsf/250a3b130089c1cc042572ed0051d0a1/0a6978bd2be83fb6032567be00722396?OpenDocument>. Acesso em: 10 fev. 2020.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-MT nº 34, de 09 de maio de 2019**. Dispõe sobre a pactuação das ações de implantação e qualificação das Ouvidorias do SUS, do estado de Mato Grosso em conformidade com a Portaria nº 1.975 de 29 de junho de 2018. Cuiabá: SES/MT, 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/Jorge/Downloads/resolucao-cib-n-034-\[16683-240519-SES-MT\]%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Jorge/Downloads/resolucao-cib-n-034-[16683-240519-SES-MT]%20(1).pdf). Acesso em: 21 out. 2020.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Conselho Estadual de Saúde. **Resolução CES-MT nº 1, de 27 de maio de 1996**. Normatiza o fluxograma da Ouvidoria-Geral do Conselho Estadual de Saúde. Cuiabá: SES/MT, 1996. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivos/7/resolucoes?p=ouvidoria>. Acesso em: 21 out. 2020.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Conselho Estadual de Saúde. **Resolução CES-MT nº 03, de 30 de junho de 2016**. Define a atuação integrada da Ouvidoria-Geral do CES/SUS/MT e da Ouvidoria-Geral da SES/MT. Cuiabá: SES/MT, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/Jorge/Downloads/resolucao-032016-resolucao-032016-atuacao-integrada-ouvidoria-geral-ces-mt-e-ouvidoria-setorial-sesmt-\[7-170119-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/Jorge/Downloads/resolucao-032016-resolucao-032016-atuacao-integrada-ouvidoria-geral-ces-mt-e-ouvidoria-setorial-sesmt-[7-170119-SES-MT].pdf). Acesso em: 21 out. 2020.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Conselho Estadual de Saúde. **Resolução CES-MT nº 19, de 03 de julho de 2010**. Define o processo eleitoral do Ouvidoria-Geral do Conselho Estadual de Saúde. Cuiabá: SES/MT, 2010. Disponível em: [file:///C:/Users/Jorge/Downloads/resolucao-do-cesmt-n-0192010-define-o-processo-eleitoral-para-ouvidoria-geral-do-cesmt-\[7-170111-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/Jorge/Downloads/resolucao-do-cesmt-n-0192010-define-o-processo-eleitoral-para-ouvidoria-geral-do-cesmt-[7-170111-SES-MT].pdf). Acesso em: 21 out. 2020.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-MS nº 61, de 29 de maio de 2019**. Aprovar o Plano de Ação de Ampliação e Qualificação das Ouvidorias no SUS no Estado de Mato Grosso do Sul, conforme definido na Portaria GM/MS nº 1975, de 29 de junho de 2018. Cuiabá: SES/MT, 2019. Disponível em: <https://sistemas.saude.ms.gov.br/eArquivos/op/op.ViewOnline.php?documentid=3781&version=1>. Acesso em: 21 out. 2020.

MATOS, Catharina; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; NUNES, Tania Celeste de Matos. Implantação da acreditação pedagógica de cursos lato sensu em Saúde Pública no Brasil: desafios e perspectivas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe 1, p. 40-49, ago. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500040&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 nov. 2019.

MAZZILLI, Hugo Nigro. **Carta de Curitiba– aprovada em 21-06-1986, no 1º Encontro Nacional de Procuradores-Gerais de Justiça e Presidentes de Associações de Ministério Público (Curitiba, Paraná)**. Curitiba, [1986?].

Disponível em:

<http://www.mazzilli.com.br/pages/informa/ccuritiba.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2019.

MCCUBBINS, Matthew. D.; SCHWARTZ, Thomas. Congressional oversight overlooked: police patrol versus fire alarm. **American Journal of Political Science**, Charlottesville, v. 28, p. 165-79, 1984. Disponível em:

<http://pscourses.ucsd.edu/ps200b/McCubbins%20Congressional%20Oversight%20Overlooked%20-%20Police%20Patrols%20versus%20Fire%20Alarms.pdf>. Acesso em: 17 maio. 2020.

MEDAUAR, Odete. Serviço público. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 189, p. 100-113, jul. 1992. Disponível em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/45285>. Acesso em: 31 mar. 2020.

MELLO, Isabele de Matos Pereira. **Magistrados a serviço do rei: a administração da justiça e os Ouvidores-Gerais na Comarca do Rio de Janeiro (1710-1790)**. 2013. 360 p. Tese (Doutorado em História Social) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013. Disponível em: <https://www.historia.uff.br/stricto/td/1530.pdf>. Acesso em: 22 out. 2020.

MELO, Leila Correia; CARVALHO, Edna Marlene da Cunha. Ouvidoria do SUS como instrumento de participação, controle social e de gestão pública de saúde/MT. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidoria SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 27-33.

MELO, Marcus André. A política da ação regulatória: responsabilização, credibilidade e delegação. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 46, p. 56-68, jun. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092001000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 jun. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 38-49, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 nov. 2019.

MENÉRES, Pimentel. Do “Ombudsman” ao Provedor de Justiça. **Administração**, Lisboa, v. 7, n. 23, p. 39-55, 1994.

MENEZES, Ronald do Amaral. **Projeto Coleta OGU 2014**. Relatório de Pesquisa Ipea-CGU. Brasília: Ipea, 2016. 88 p.

MENEZES, Ronald do Amaral; LIMA NETO, Fernando Cardoso; CARDOSO, Antonio Semeraro Rito. As Ouvidorias e o uso público da razão: proposta de um modelo ideal-possível à luz dos atos normativos das Ouvidorias públicas federais no Brasil. *In*: MENEZES, Ronald do Amaral; CARDOSO, Antonio Semeraro Rito. **Ouvidoria pública brasileira**: reflexões, avanços e desafios. Brasília: Ipea, 2016. 231 p.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *In*: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 303-325.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-MG nº 1.059, de 14 de fevereiro de 2012**. Aprova as normas gerais do Curso de Extensão Ouvidoria em Saúde para o SUS no âmbito do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: SES/MG, 2012. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao%201.059%20Curso%20de%20%20Extensao%20Ouvidoria.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-MG nº 1.411, de 19 de março de 2013**. Aprova a instituição da Rede Estadual de Ouvidoria de Saúde. Belo Horizonte: SES/MG, 2013a. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201411-%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20Conjunta%20SES%20OGE%20-%20Rede%20Estadual%20de%20Ouvidoria.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-MG nº 1.519, de 22 de julho de 2013**. Aprova a realização do Curso de Extensão Ouvidoria em Saúde – 2ª Edição - para o SUS no âmbito do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: SES/MG, 2013d. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201519%20-%20Curso%20de%20%20Extens%C3%A3o%20Ouvidoria.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-MG nº 1.617, de 16 de outubro de 2013**. Aprova o repasse de recursos financeiros para a criação e efetivação de ouvidorias de saúde com função regional no Sistema Único de Saúde no âmbito Estado de Minas Gerais (SUS/MG). Belo Horizonte: SES/MG, 2013c. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201617%20-%20repasso%20recurso%20ouvidoria.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-MG nº 1.664, de 19 de novembro de 2013**. Altera a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.617, de 13 de outubro de 2013, que aprova o repasse de recursos financeiros para a criação e efetivação de ouvidorias de saúde com função regional no Sistema Único de Saúde no âmbito Estado de Minas Gerais (SUS/MG). Belo Horizonte: SES/MG, 2013b. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201664%20-%20altera%20Del%201617%20repasse%20recurso%20ouvidoria.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-MG nº 2.101, de 14 de abril de 2015**. Aprova o prazo de execução dos recursos financeiros de incentivo à criação e à efetivação de ouvidorias com função regional no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais (SUS/MG), e dá outras providências. Belo Horizonte: SES/MG, 2015c. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202101%20-%20Ouvidoria.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-MG nº 2.258, de 09 de dezembro de 2015**. Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.101, de 14 de abril de 2015, que aprova o prazo de execução dos recursos financeiros de incentivo à criação e à efetivação de ouvidorias com função regional no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais (SUS/MG), e dá outras providências. Belo Horizonte: SES/MG, 2015b. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del2258.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-MG nº 2.386, de 17 de agosto de 2016**. Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.101, de 14 de abril de 2015, que aprova o prazo de execução dos recursos financeiros de incentivo à criação e à efetivação de ouvidorias com função regional no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais (SUS/MG), e dá outras providências. Belo Horizonte: SES/MG, 2016. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del2386SUBGRASPLAN.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-MG nº 2.454, de 15 de fevereiro de 2017**. Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.101, de 14 de abril de 2015, que aprova o prazo de execução dos recursos financeiros de incentivo à criação e à efetivação de ouvidorias com função regional no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais (SUS/MG), e dá outras providências. Belo Horizonte: SES/MG, 2017b. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202454%20-%20ASPLAN%20-%20Altera%20Del%202.101_2015%20-%20prorroga%20Ouvidoria%202017.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-MG nº 2.471, de 22 de março de 2017.** Aprova a criação e organização do Sistema Estadual de Ouvidorias do SUS de Minas Gerais (Seos/MG), e dá outras providências. Belo Horizonte: SES/MG, 2017a. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202471%20-%20OGE%20-%20Del%20Seos%20-%20CIB-MG%2003-2017%20-%20Aprovada%20na%20CT.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-MG nº 2.635, de 06 de dezembro de 2017.** Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.101, de 14 de abril de 2015, que aprova o prazo de execução dos recursos financeiros de incentivo à criação e à efetivação de ouvidorias com função regional no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais (SUS/MG), e dá outras providências. Belo Horizonte: SES/MG, 2015a. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202635%20-%20GAB_OUVIDORIA%20-%20Altera%20Del%202.101_2015%20-%20prorroga%20A7%20-%20A3o%20Ouvidoria%202018.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-MG nº 2.801, de 13 de novembro de 2018.** Aprova a utilização do incentivo financeiro previsto na Portaria GM/MS nº 1.975, de 29 de junho de 2018, conforme Plano de Ação elaborado pela OGE/Ouvidoria de Saúde/Ouvidoria Central do SUS. Belo Horizonte: SES/MG, 2018. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202801%20-%20OGE%20-%20Utiliza%20A7%20-%20A3o%20dos%20recursos%20da%20Portaria%20n%20BA%201.975-2017%20-%20CIB-MG%2011-2018%20corrigido%20\(002\).pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202801%20-%20OGE%20-%20Utiliza%20A7%20-%20A3o%20dos%20recursos%20da%20Portaria%20n%20BA%201.975-2017%20-%20CIB-MG%2011-2018%20corrigido%20(002).pdf). Acesso em: 21 out. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-MG nº 2.875, de 11 de dezembro de 2018.** Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.101, de 14 de abril de 2015, que aprova o prazo de execução dos recursos financeiros de incentivo à criação e à efetivação de ouvidorias com função regional no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais (SUS/MG), e dá outras providências. Belo Horizonte: SES/MG, 2018b. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202875%20-%20Ouvidoria%20-%20Prorroga%20A7%20-%20A3o%20de%20recursos%20Ouvidoria%20municipais%20do%20SUS.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-MG nº 3.088, de 04 de dezembro de 2019.** Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.101, de 14 de abril de 2015, que aprova o prazo de execução dos recursos financeiros de incentivo à criação e à efetivação de ouvidorias com função regional no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais (SUS/MG), e dá outras providências. Belo Horizonte: SES/MG, 2019. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203088%20-%20OUVIDORIA%20-%20Altera%20Del%202.101_2015_Prorroga%C3%A7%C3%A3o%20de%20prazo.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

MOREIRA, Marcelo Rasga. (Org.). **Acreditação institucional de ouvidorias do SUS no Brasil:** documentos de base. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2018. 48 p.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2019.

MORENO, Erika; CRISP, Brian F; SHUGART, Mattew Soberg. The accountability deficit in Latin America. *In*: MAINWARING, Scott; WELMA, Christopher. **Democratic accountability in Latin America**. Oxford: Oxford University Press. 2003. p. 79-131.

MOTTA, Fernando Claudio Prestes. Ombudsman: uma instituição administrativa em exportação. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, [s. l.], v. 14, n. 5, set-out. 1974. Disponível em: <https://rae.fgv.br/rae/vol14-num5-1974/ombudsman-instituicao-administrativa-em-exportacao>. Acesso em: 19 abr. 2020.

NACIONES UNIDAS. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. **El Defensor del Pueblo de Españã**. [S. l.], [20--?]. Disponível em: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/CulturalRights/ConsultationEnjoyBenefits/UNESCODefensordelpueblo.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2017.

NORIEGA, Jorge Santistevan de. La Defensoría del Pueblo en el Perú. **Debate Defensorial**, Lima-Peru, p.15-36. 2014. Edición conmemorativa.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 365-394.

NOVAES, Humberto de Moraes. O processo de acreditação dos serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 37, p. 133-140, 2007.

O'DONNELL, Guillermo. Accountability horizontal: la institucionalización legal de la desconfianza política. **Isonomía**, México, n. 14, p. 7-31, 2001. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-02182001000100007&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2018.

O'DONNELL, Guillermo. Accountability horizontal e novas poliarquias. **Lua Nova**, São Paulo, n. 44, p. 27-54, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451998000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 jul. 2018.

O'DONNELL, Guillermo. Democracia delegativa? **Novos Estudos**, São Paulo, n. 31, p. 25-40. 1991. Disponível em: <http://uenf.br/cch/lesce/files/2013/08/Texto-2.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2018.

O'DONNELL, Guillermo. **Disonancias**: críticas democráticas a la democracia. Buenos Aires: Prometeo, 2007. 272 p.

O'DONNELL, Guillermo. Horizontal accountability: the legal institutionalization of mistrust. *In*: MAINWARING, Scott; WELNA, Christopher. **Democratic accountability in Latin America**. Oxford: Oxford University Press, 2003. p. 34-54.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. **(Im)previdência social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986. 356 p.

OLIVEIRA, João Elias de. Ouvidoria pública brasileira: evolução de um modelo único. *In*: VISMONA, Edson Luiz. **A ouvidoria brasileira**. São Paulo: Imprensa Oficial, 2005. p. 45-54.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de; MATSUDA, Laura Misue. Descredenciamento da certificação pela acreditação hospitalar: percepções de profissionais. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e4430014, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-4430014.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos. **Resolução A/RES/48/134, de 04 de março de 1994**. Dispõe sobre as Instituições Nacionais de Promoção e Proteção dos Direitos Humanos. New York: ONU, 1994. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/116/24/PDF/N9411624.pdf?OpenElement>. Acesso em: 05 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **O que é acreditação**. São Paulo, c2020. Disponível em: <https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao>. Acesso em: 12 ago. 2019.

OSÓRIO, Fábio Medina. Conselhos Nacionais de Justiça e do Ministério Público: Divisão ou concentração de poderes?. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 221, p. 95-126, jul. 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/47558>. Acesso em: 3 fev. 2020.

OUVERNEY, Assis Mafort; RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. O COAP e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, abr. 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401193&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 set. 2020.

PACHECO, Regina Silvia. Regulação no Brasil: desenho das agências e formas de controle. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 523-543. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1 nov. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, jun. 1986. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 ago. 2019.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único do Pará. **Resolução - CIB PA nº 200/2018, de 17 de dezembro de 2018**. Aprova o plano de ação para implementação, descentralização e qualificação das Ouvidorias do SUS no Estado do Pará. Belém: SES/PA, 2018. Disponível em: <https://cosemspa.org.br/wp-content/uploads/files/documentos/309/res-200-de-17-de-dezembro-de-2018.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde de Paraná. Conselho Estadual de Saúde. **Recomendação CES-PR nº 02, de 18 de novembro de 2013**. Recomenda a implantação de Ouvidorias Municipais. Curitiba: SES/PR, 2013a. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-01/RECOMENDACAO_02_2013.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde de Paraná. **Resolução SESA nº 40, de 26 de janeiro de 2018**. Instituir o Instrumento Normativo da Ouvidoria Geral de Saúde-SESA e Ouvidorias Regionais de Saúde no Estado do Paraná. Curitiba: SES/PR, 2018. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-01/RESOLUCAO_040_2018.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde de Paraná. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-PR nº 42, de 02 de abril de 2012**. Define critérios mínimos para implantação de Ouvidoria Municipal do SUS no Estado do Paraná. Curitiba: SES/PR, 2012a. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-01/CIB_042.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde de Paraná. **Resolução SESA nº 113, de 26 de maio de 2011**. Define os principais objetivos da Ouvidoria Estadual do SUS. Curitiba: SES/PR, 2011a. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-01/RESOLUCAO_113.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde de Paraná. **Resolução SESA nº 114, de 26 de maio de 2011**. Indica a servidora Oliva de Fátima Pacheco Vasconcellos como Ouvidora Estadual do SUS–SESA/PR. Curitiba: SES/PR, 2011b. Disponível em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-01/RESOLUCAO_114_0.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde de Paraná. **Resolução SESA nº 372, de 31 de julho de 2012**. Altera o artigo 7º da Resolução SESA nº 113/2011. Curitiba: SES/PR, 2012b. Disponível em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-01/RESOLUCAO_372_0.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde de Paraná. **Resolução SESA nº 443, de 13 de agosto de 2013**. Cria ouvidorias do SUS nas unidades próprias do Estado do Paraná e consórcios intermunicipais de saúde. Curitiba: SES/PR, 2013b. Disponível em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-01/RESOLUCAO_443_2013.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

PEIXOTO, Stefano Frugoli; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; MORRONE, Luiz Carlos. Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 785-794, set. 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2020.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Reforma da nova gestão pública: agora na agenda da América Latina, no entanto... **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 53, n. 1, p. 5-27, fev. 2002. Disponível em:

<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/278>. Acesso em: 5 nov. 2018.

PEGORARO, Jonas Wilson. **Ouvidores Régios e centralização jurídico-administrativa na América Portuguesa: a Comarca de Paranaguá (1723-1812)**. 2007. 112 p. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB PE nº 5197, de 02 de outubro de 2019**. Aprova projeto para implantação, descentralização e qualificação das Ouvidorias do SUS no estado de Pernambuco. Recife: SES/PE, 2019. Disponível em:

http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_5197_projeto_para_implantacao_descentralizacao_e_qualificacao_das_ouvidorias_do_sus_em_pe.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

PERUZOTTI, Enrique; SMULOVITZ, Catalina. Accountability social: la otra cara del control. *In*: PERUZOTTI, Enrique; SMULOVITZ, Catalina. **Controlando la política: ciudadanos y medios en las democracias latinoamericanas**. Buenos Aires: Grupo Editorial Temas, 2002. p. 1-39.

PIAUÍ. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB PI nº 103, de 30 de novembro de 2019**. Aprova o plano de ação do estado do Piauí para utilização do recurso destinado à ampliação e qualificação das Ouvidorias do SUS no estado do Piauí. Teresina: SES/PI, 2019. Disponível em: <http://cosemspi.org.br/wp-content/uploads/2020/09/103-18.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

PINHO, José Antonio Gomes de; SACRAMENTO, Ana Rita Silva. Accountability: já podemos traduzi-la para o português?. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1343-1368, dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000600006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 jul. 2019.

PÓ, Marcos Vinicius; ABRUCIO, Fernando Luiz. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 679-698, ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA. Institucional. **Organograma**. Juiz de Fora, [20-?]. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/sarh/estrutura_organizacional/ss.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL. Saúde. **Organograma**. Natal, [20-?]. Disponível em: <https://natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-406.html>. Acesso em: 20 jan. 2020.

PROVEDOR de Justiça: **O garante dos direitos fundamentais**: conferência realizada na Assembleia da República em 27 de abril de 2010. Lisboa: Provedoria de Justiça/Divisão de Documentação, [2010?]. Disponível em: http://www.provedor-jus.pt/site/public/archive/doc/Garantedosdireitosfundamentais_2011.pdf. Acesso em: 6 fev. 2019.

PROVEDOR de Justiça. **O Provedor em Portugal**. Lisboa, [2015?]. Disponível em: <http://www.provedor-jus.pt/?idc=117>. Acesso em: 28 fev. 2017.

QUINTÃO, Thales Torres. Reflexões e dilemas sobre a ouvidoria pública no Brasil: uma análise das ouvidorias do Poder Executivo federal. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 70, n. 2, p. 297 - 324, jun. 2019. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/3382>. Acesso em: 13 mar. 2017.

QUINTÃO, Thales Torres; CUNHA, Eleonora Schettini Martins. Fala que eu te escuto: ouvidorias parlamentares e o seu potencial democrático. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 26, n. 66, p. 125-143, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782018000200125&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 out. 2018.

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe 3, p. 155-170, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700155&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 set. 2020.

RICHE, Ayoub Riche. La defensa de los derechos universitarios en la raíz de las instituciones defensoras de los derechos humanos: los derechos universitarios en Brasil. In: TRISCIUOGLIO, Andrea. (Org). **Tribunado**: poder negativo y defensa de los derechos humanos. Milão: Ledizioni, 2018. p. 237-250. Disponível em: <https://iris.unito.it/retrieve/handle/2318/1679840/447357/Tribunadodefeditoriale2018.pdf>. Acesso em: 23 set. 2017.

RICHE, Ayoub Riche. Ouvidoria pública: direito de quarta geração caminho para o diálogo. **Defensores Universitarios**, México, v. 1, n. 2, p. 19-30, 2011.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Secretaria de Estado de Saúde do Rio De Janeiro. Rio de Janeiro: SES-RJ, [2020?]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Mjk2Nzk%2C>. Acesso em: 20 jul. 2020.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-RJ nº 2.630, de 12 de dezembro de 2013**. Dispõe sobre a definição dos critérios de implantação dos serviços de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde, no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SES/RJ, 2013. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/359-2013/dezembro/3024-deliberacao-cib-n-2-630-de-12-de-dezembro-de-2013.html>. Acesso em: 20 out. 2020.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-RJ nº 3.413, de 14 de maio 2015**. Dispõe sobre critérios de qualidade das respostas a serem apresentadas ao cidadão que procura os serviços de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SES/RJ, 2015. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/448-2015/maio/3876-deliberacao-cib-n-3-413-de-14-de-maio-de-2015.html>. Acesso em: 20 out. 2020.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-RJ nº 3.778, de 09 de junho de 2016**. Dispõe sobre a utilização do sistema Ouvidor SUS – nível 2. Rio de Janeiro: SES/RJ, 2016. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDczNg%2C%2C>. Acesso em: 20 out. 2020.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Secretaria de Estado de Saúde do Rio De Janeiro. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-RJ nº 5.708, de 06 de fevereiro de 2019**. Pactua o plano de ação para a utilização dos recursos da Portaria GM/MS n.º 1.975, de 29 de junho de 2018, que estabelece incentivos financeiros para implantação, descentralização e qualificação das Ouvidorias do SUS no estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SES/RJ, 2019. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/604-2019/fevereiro/6340-deliberacao-cib-rj-n-5-708-de-06-de-fevereiro-de-2019.html>. Acesso em: 20 out. 2020.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. **Resolução SES nº 937, de 30 de maio de 2014**. Institui o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior - PAHI Municipal - Competência 2014 e fixa suas diretrizes. Rio de Janeiro: SES/RJ, 2014. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=270984>. Acesso em: 20 out. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB RS nº 79, de 14 de março de 2019**. Aprova o Plano de Ação para Ampliação e Qualificação das Ouvidorias do SUS no Rio Grande do Sul, nos termos da Portaria nº 1.975 de 29 de junho de 2018; e respectiva Nota Técnica DOGES/MS nº 26/2018. Porto Alegre: SES/RS, 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190348/20144855-cibr079-19.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

ROMÃO, José Eduardo Elias. A efetividade da Ouvidoria-Geral da União. *In*: MENEZES, Ronald do Amaral; CARDOSO, Antônio Semeraro Rito. **Ouvidoria pública brasileira: reflexões, avanços e desafios**. Brasília: Ipea, 2016. p. 187-202. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=27811&Itemid=406. Acesso em: 4 maio 2020.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-RR nº 03, de 07 de fevereiro de 2019**. Aprova o plano Estadual de Implantação, Descentralização e Qualificação das Ouvidorias do SUS no Estado de Roraima. Boa Vista: SES/RR, 2019a. Disponível em: file:///C:/Users/Jorge/Downloads/resolucaocib_2019__0003.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-RR nº 06, de 17 de julho de 2019**. Aprova a Reprogramação do Plano Estadual de Ações para Implantação e Descentralização de Ouvidorias. Boa Vista: SES/RR, 2019b. Disponível em: file:///C:/Users/Jorge/Downloads/resolucaocib_2019__0007.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

ROWAT, Donald C. **The Ombudsman Plan**: essays on the worldwide spread of the idea. 2. ed. New York: University Press of America, 1985.

SALES, Lília Maria de Moraes. Ouvidoria e mediação: instrumentos de acesso à cidadania. **Pensar**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 154-167, 2006. Disponível em: http://hp.unifor.br/pdfs_notitia/1650.pdf. Acesso em: 19 maio 2019.

SÃO PAULO (SP). Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-SP nº 103, de 26 de novembro de 2018.** Aprova o Plano de Ação dos Serviços de Ouvidorias do SUS no Estado de São Paulo. São Paulo: SES/SP, 2018. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/arquivos/deliberacao-55390.pdf>. Acesso em: 20 out 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-SC nº 271, de 12 de novembro de 2018.** Aprova o Plano de Ação para implantação, descentralização e qualificação de Ouvidoria no SUS. O recurso é proveniente da Portaria MS 1.975 de 29 de junho de 2018, que estabelece incentivo financeiro no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS). Florianópolis: SES/SC, 2018. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2018-cib?limit=20&limitstart=60>. Acesso em: 21 out. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-CE nº 118, de 30 de maio de 2008.** Aprovar o Plano de Ação para Gestão da Qualificação do Sistema Único de Saúde – SUS. Florianópolis: SES/SC, 2008. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/resolucoes_1_347_2008.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Portaria nº 450, de 12 maio de 2017.** Dispõe sobre a regulamentação do serviço de Ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis: SES/SC, 2017. Disponível em: <http://www.doe.sea.sc.gov.br/Portal/VisualizarJornal.aspx?tp=pap&cd=1661>. Acesso em: 21 out. 2020.

SANTOS, Boaventura de Sousa; AVRITZER, Leonardo. Introdução: para ampliar o cânone democrático. *In*: SANTOS, Boaventura de Sousa. (Org.) **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 39-82.

SANTOS, Fabiano; TANSCHKEIT, Talita. Quando velhos atores saem de cena: a ascensão da nova direita política no Brasil. **Colomb. int.**, Bogotá, n. 99, p. 151-186, jul. 2019. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-56122019000300151&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2019.

SCHEDLER, Andreas; DIAMOND, Larry; PLATTNER, Marc F. The self-restraining State: power and accountability in new democracies. **Lynne Rienner**, London, 1-28, 1999.

SCHENKMAN, Simone; BOUSQUAT, Aylene Emilia Moraes. Alteridade ou austeridade: uma revisão acerca do valor da equidade em saúde em tempos de crise econômica internacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4459-4473, dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204459&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 jan. 2020.

SERRA, Rita de Cássia Chió; CARVALHO, João Rafael Chió Serra; CARNEIRO, Ricardo. Accountability democráticas e as ouvidorias. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 30, p. 135-153. 2012.

SILVA, Adriana Campos *et al.* **Por um sistema de ouvidorias públicas:** possibilidades e obstáculos. Brasília: Ministério da Justiça. 2012. 88 p. (Série Pensando o Direito, v. 42).

SILVA, Ionara Ferreira da; LABRA, Maria Eliana. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 161-170, fev. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 jul. 2018.

SILVA, Monika Weronika Dowbor da. **A arte da institucionalização:** estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006). 2012. 295 p. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-06032013-111003/pt-br.php>. Acesso em: 22 dez. 2019.

SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de; HOLLANDA, Eliane; MOTTA, José Inácio Jardim. Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1397, maio 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501397&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 maio 2020.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 nov. 2018.

SOUZA, Jomilton Costa. **Avaliação da implementação da Política ParticipaSUS com foco na estruturação dos conselhos estaduais de saúde.** 2012. 65 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13206/1/2013_JomiltonCostaSouza.pdf. Acesso em: 20 maio 2017.

SPECK, Bruno Wilhelm. **Caminhos da transparência:** análise dos componentes de um Sistema Nacional de Integridade. 1. ed. Campinas: Editora Unicamp, 2002. v. 1. 518 p.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde “Controle Social e Políticas de Saúde”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 366- 378, dez. 1992. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2019.

STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 9-30, mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462005000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 ago. 2019.

TÁCITO, Caio. Ombudsman: O Defensor do Povo. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 171, p. 15-26, 1988. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/45696>. Acesso em: 5 maio 2017.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 472-480, dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902009000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 fev. 2020.

TOCANTIS. Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução - CIB TO nº 082/2005, de 03 de novembro de 2005**. Dispõe sobre a implantação do Serviço de Ouvidoria na Gerência de Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde, em parceria com a Vigilância Sanitária Estadual. Palmas: SES/TO, 2005. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/316651/>. Acesso em: 20 out. 2020.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB TO nº 316, de 05 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre o projeto para implantação, descentralização e qualificação das Ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Tocantins, com recurso oriundo da Portaria GM/MS nº 1.975, de 29 de junho de 2018. Palmas: SES/TO, 2018. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/426119/>. Acesso em: 21 out. 2020.

UGÁ, Maria Alcía *et al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 mar. 2019.

VARGAS, Ingrid; VAZQUEZ, Maria Luisa; JANE, Elisabet. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 927-937, ago. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 dez. 2019.

VÉLIZ, Ale Pérez. El Justicia Mayor como garante de derechos: ¿antecedente o referente? **Éforo**, Buenos Aires, v. 2, p. 73-90, 2015.

VIADDEL, Antonio Colomer. El Defensor del Pueblo de España: un caso singular en el contexto europeo. *In*: TRISCIUOGLIO, Andrea. (Org). **Tribunado**: poder negativo y defensa de los derechos humanos. Milão: Ledizioni, 2018. p. 89-96. Disponível em: <https://iris.unito.it/retrieve/handle/2318/1679840/447357/Tribunadodefeditoriale2018.pdf>. Acesso em: 2 set. 2019.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacifico da. A política social brasileira em tempos de crise: na rota de um modelo social liberal privado?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2471-2474, dez. 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2015.v31n12/2471-2474/pt/>. Acesso em: 15 nov. 2018.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A cidadania na República Participativa**: pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os Conselhos de Saúde. 2013. 540 p. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/107508>. Acesso em: 2 mar. 2019.

VISMONA, Edson Luiz. A evolução das Ouvidorias no Brasil. *In*: PEREZ, José Roberto Rus; BARREIRO, Adriana Eugênia Alvim; PASSONE, Eric. **Construindo a Ouvidoria no Brasil**: avanços e perspectivas. Campinas: UNICAMP, 2010. p. 29-42.

VISMONA, Edson Luiz *et al.* **A Ouvidoria no Brasil**. São Paulo: Associação Brasileira de Ouvidores, 2001. 119 p.

WOHRNATH, Vinicius Parolin. Duas dinâmicas, dois resultados: uma Igreja Católica na Assembleia Nacional Constituinte 1987-1988. **Pro-Posições**, Campinas, v. 28, n. 3, p. 242-270, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072017000300242&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 set. 2019.

APÊNDICE A – Caracterização dos Ouvidores(as) entrevistados

Quadro 8 – Caracterização dos Ouvidores(as) entrevistados

	Esfera do governo em que atua	Região do país em que atua	Observações
Entrevistado 1	Federal e Estadual	Sul	Sua trajetória de atuação registra momentos na Ouvidoria-Geral do SUS e em Ouvidoria do SUS estadual
Entrevistado 2	Federal	-----	
Entrevistado 3	Estadual/Regional	Norte	
Entrevistado 4	Estadual	Sul	
Entrevistado 5	Federal e Estadual	Sudeste	Sua trajetória de atuação registra momentos na Ouvidoria-Geral do SUS e em Ouvidoria do SUS estadual
Entrevistado 6	Estadual	Nordeste	
Entrevistado 7	Estadual	Sudeste	
Entrevistado 8	Estadual	Norte	
Entrevistado 9	Municipal	Norte	
Entrevistado 10	Estadual	Centro-Oeste	
Entrevistado 11	Estadual	Sudeste	
Entrevistado 12	Estadual	Sul	
Entrevistado 13	Estadual	Sudeste	
Entrevistado 14	Federal	Sudeste	
Entrevistado 15	Estadual	Sudeste	
Entrevistado 16	Estadual	Nordeste	
Entrevistado 17	Federal	-----	
Entrevistado 18	Federal	-----	
Entrevistado 19	Estadual	Centro-Oeste	
Entrevistado 20	Municipal	Sudeste	

Nota: SUS – Sistema Único de Saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

APÊNDICE B – Instrumento orientador para entrevistas com Ouvidores/técnicos do DOGES

1. Fale um pouco de sua trajetória profissional e relação com a Ouvidoria.
2. Comente sobre o papel desempenhado pelo DOGES.
3. Como você percebe essa relação Ouvidoria do SUS municípios, Ouvidoria do SUS estados e DOGES na construção da Ouvidoria do SUS?
4. Comente um pouco sobre os momentos que você considera mais e menos frutíferos em relação ao crescimento da Ouvidoria do SUS.
5. Quanto a repasses e investimento financeiro, como você observa o desenvolvimento da Ouvidoria do SUS? [estados e municípios]
6. Em relação aos repasses financeiros, como você avalia a operacionalização desses recursos pelos entes federados?
7. Para além dos recursos financeiros, como o DOGES investiu ou investe no estímulo à implantação e manutenção de Ouvidorias SUS em relação aos entes federados?
8. Como você tem percebido o planejamento como ferramenta de desenvolvimento da Ouvidoria do SUS?
9. Quais são/foram as estratégias para criação e sustentação da Política Nacional de Ouvidoria do SUS?
10. Na construção e efetivação da Política Nacional de Ouvidoria do SUS, quais são os principais enfrentamentos e dificuldades encontradas?
11. Existe alguma relação entre o DOGES e outros equipamentos da Política de Participação Social do SUS? Fale sobre.
12. Que nomes você considera importantes na construção da Ouvidoria do SUS?

APÊNDICE C – Instrumento orientador para entrevistas com Ouvidores/técnicos de SES e SMS

1. Fale um pouco de sua trajetória profissional e relação com a Ouvidoria.
2. Comente sobre o papel desempenhado pela Ouvidoria do SUS SES. [atenção secundária/descentralização].
3. Como você percebe essa relação Ouvidoria do SUS municípios, Ouvidoria do SUS/SES e DOGES na construção da Ouvidoria do SUS?
4. Comente um pouco sobre os momentos que você considera mais e menos frutíferos em relação ao crescimento da Ouvidoria do SUS.
5. Quanto a repasses e investimento financeiro, como você observa o desenvolvimento da Ouvidoria do SUS?
6. Em relação aos repasses financeiros, como você operacionalizou a utilização? Comente seu uso.
7. Como você tem percebido o planejamento como ferramenta de desenvolvimento da Ouvidoria do SUS?
8. Fale um pouco de suas contribuições em relação à Ouvidoria do SUS.
9. Como você entende a Política Nacional de Ouvidoria do SUS?
10. Como você observa o DOGES nessa construção da Política Nacional de Ouvidoria do SUS?
11. Existe alguma relação de sua Ouvidoria com outros equipamentos da política de participação social (conselho, por exemplo)? Fale sobre.
12. Que nomes você considera importantes na construção da Ouvidoria do SUS?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Análise da implementação da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde**, desenvolvida por **Alex da Silva Xavier**, discente de Doutorado em Sociologia Política no Programa de Pós-Graduação e Sociologia Política, do Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), sob orientação do Professor Dr. **Nilo Lima de Azevedo**.

O objetivo central do estudo é: **Analisar a trajetória de implementação da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde no Brasil.**

O convite à sua participação se deve à **sua atuação direta ou indireta em ouvidorias do Sistema Único de Saúde.**

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas:

- Todo material coletado será armazenado no Laboratório de Gestão e Políticas Públicas do Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Norte Fluminense;
- Na divulgação dos resultados, se necessário referir-se a nomes, os participantes da pesquisa receberão nomes fictícios;
- Apenas o pesquisador e orientador do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades.

A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista ao pesquisador do projeto. A gravação da entrevista é condição fundamental para a participação do entrevistado(a).

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o transcritor, pesquisador e seu orientador.

Os seus dados pessoais são considerados sigilosos e não serão divulgados sob hipótese alguma.

Ao final da pesquisa, todo o material será armazenado pelo prazo de cinco (05) anos, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador, para utilização em pesquisas futuras, sendo necessário, para isso, novo contato para que você forneça seu consentimento específico para a nova pesquisa, ao final do qual será destruído.

Os resultados poderão ser apresentados aos participantes por intermédio de relatórios individuais para os entrevistados, caso solicitados, a ser emitido após a defesa da tese, prevista para ocorrer em março de 2020.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Contato com o pesquisador
responsável Tel.: (21) 99848-4053
e-mail.: xavier_fisio@yahoo.com.br

Alex da Silva Xavier – (pesquisador de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**Análise da implementação da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde**” e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

APÊNDICE E – Lista de assuntos e subassunto 1

Quadro 9 – Lista de assuntos e subassunto 1 (continua)

Tipificações	
Assunto	Subassunto 1*
Alimento	Leite Outros tipos de alimento
Assistência à saúde	Armazenamento de células Cirurgia Consulta/Atendimento/Tratamento Diagnóstico Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia Diagnóstico em angiologia Diagnóstico em cardiologia Diagnóstico – Coleta de material Diagnóstico em endoscopia Diagnóstico em ginecologia e obstetrícia Diagnóstico em laboratório clínico Diagnóstico por medicina nuclear <i>in vivo</i> Diagnóstico em neurologia Diagnóstico em oftalmologia Diagnóstico em otorrinolaringologia e fonoaudiologia Diagnóstico por radiologia Diagnóstico por ressonância magnética Diagnóstico por tomografia Diagnóstico por ultrassonografia Internação Transferência de paciente Transplante
Assistência farmacêutica	Atenção básica Inclusão de medicamento na rede SUS Componente Especializado da Assistência Farmacêutica Medicamento Estratégico Não especificado Não padronizado Outros Quebra de patente

Quadro 9 – Lista de assuntos e subassuntos 1 (continuação)

Tipificações	
Assunto	Subassunto 1*
Assistência odontológica	Assistência básica Assistência especializada Assistência não especificada Credenciamento de CEO Descredenciamento de CEO Estabelecimento de saúde bucal Exame odontológico Indícios de mau uso/desvio de verbas Outros Publicação/Material informativo Recursos humanos Recursos materiais
Assuntos não pertinentes	Assuntos não pertinentes
Carta SUS	2ª via da carta SUS Cobrança indevida Dados divergentes Faturamento Recebimento da carta SUS
Cartão SUS	Cadastramento Demora na entrega do cartão Dificuldade de acesso a serviços de saúde por falta do cartão SUS Informações gerais sobre o Programa Outros Publicação/Material informativo Retificação cadastral Segunda via do cartão SUS
Comunicação	Campanha Curso/Evento/Seminário E-mail/Site eletrônico Entrevista/Imprensa Outros Palestra Publicação/Material informativo

Quadro 9 – Lista de assuntos e subassuntos 1 (continuação)

Tipificações	
Assunto	Subassunto 1*
Conselho de Saúde	Composição Funcionamento Inexistência Outros Publicação/Material informativo
ESF/PACS	Área de cobertura Unidades de Saúde da Família Funcionamento da ESF Implantação da ESF Inexistência do Programa Outros Publicação/Material informativo Recursos financeiros Recursos humanos Recursos materiais Visitas da equipe Veículo da ESF
Financeiro	Cobrança indevida Faturamento Licitação Pagamento de fornecedor/prestador de serviço Reembolso Repasse de verbas/Investimento
Gestão	Auditoria Ações e Programas de Saúde CDAM CNES Central de regulação Credenciamento Descredenciamento Documentos Estabelecimento de saúde Legislação, direitos e deveres Outros Recursos humanos Recursos materiais Saúde privada

Quadro 9 – Lista de assuntos e subassuntos 1 (continuação)

Tipificações	
Assunto	Subassunto 1*
Orientação em Saúde	Cobertura de procedimentos pelo SUS Doação de sangue Doenças Outros Saúde/Qualidade de vida
Ouvidoria do SUS	BITS Divulgação Formulário <i>Web</i> Funcionamento Implantação/implementação Insatisfação Legislação, direitos e deveres Outros Publicação/Material informativo Satisfação URA
Produtos para saúde/correlatos	Absorvente Aparelho auditivo Aparelho para aferir pressão sanguínea (esfigmomanômetro) Aparelho – Balão de O2/CPAP Auxiliar da respiração/(Balão de O2/CPAP) Bolsa de colostomia/ostomia/urostomia Bomba de infusão de insulina Cadeira de rodas Cadeira para banho Cama hospitalar Caneta para aplicação de insulina Colchão casca de ovo Colchão d'água Coletor de urina Cosméticos Faixa de microporo/roupa para queimados Fitas reagentes para glicose Fralda descartável Glicosímetro Lancetas Lentes de contato

Quadro 9 – Lista de assuntos e subassuntos 1 (continuação)

Tipificações	
Assunto	Subassunto 1*
Produtos para saúde/correlatos	Material de uso hospitalar (gaze, esparadrapo, outros) Muletas/Bengala Não especificado Óculos Órtese Outros Prótese Seringa Sonda/Equipo/Frasco
Programa Farmácia Popular do Brasil – Unidades próprias	Outros
Programa Farmácia Popular do Brasil – Sistema copagamento	Ausência de farmacêutico Comercialização em quantidade inferior ao prescrito Dificuldade em adquirir medicamento Falha no sistema operacional Falta de medicamento Funcionamento do Programa Habilitação de farmácias ao Programa/Abertura de novas farmácias Impedimento de compra devido a problemas com CPF Inclusão de medicamento no elenco Insatisfação Outros Preço do medicamento Publicação/Material informativo Satisfação Uso indevido do CPF
Programa Nacional de Controle do Tabagismo	Apoio técnico/financeiro Ausência de registro na Anvisa Embalagem Endereço/telefone de local para tratamento de tabagismo Fumantes em recintos coletivos Fumantes em transportes coletivos Inexistência do Programa Mídia/Propaganda Outros Publicação/Material informativo

Quadro 9 – Lista de assuntos e subassuntos 1 (continuação)

Tipificações	
Assunto	Subassunto 1*
Programa Nacional de Controle do Tabagismo	<p>Teor de substâncias tóxicas do cigarro</p> <p>Terapêutica nova</p> <p>Venda de cigarros por internet ou via postal</p>
Programa Nacional de DST e AIDS	<p>Administração e finanças</p> <p>Avaliação e monitoramento do Programa Nacional</p> <p>Comunicação</p> <p>Cooperação Técnica Internacional</p> <p>Desenvolvimento humano e institucional</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Inexistência do Programa</p> <p>Informação e vigilância</p> <p>Informática</p> <p>Outras informações</p> <p>Pesquisa e desenvolvimento tecnológico</p> <p>Planejamento</p> <p>Prevenção</p> <p>Sociedade civil e direitos humanos</p> <p>Tratamento</p>
SAMU	<p>Ambulância</p> <p>Área de cobertura</p> <p>Dificuldade de acesso</p> <p>Funcionamento do SAMU</p> <p>Implantação do serviço do SAMU</p> <p>Interrupção de serviços</p> <p>Indício de mau uso/desvio de verbas</p> <p>Outros</p> <p>Publicação/Material informativo</p> <p>Recursos humanos</p>
Transporte	<p>Ambulância/Veículo</p> <p>TFD</p>
Vigilância em Saúde	<p>Animais sinantrópicos</p> <p>Aplicação de inseticida pelo carro fumacê</p> <p>Caso confirmado</p> <p>Caso suspeito</p> <p>Contaminantes ambientais</p> <p>Criadouro em potencial</p> <p>Dados epidemiológicos</p>

Quadro 9 – Lista de assuntos e subassuntos 1 (conclusão)

Tipificações	
Assunto	Subassunto 1*
Vigilância em Saúde	Epidemia/Surto Equipe de saúde Saneamento básico Vacinação Outros
Vigilância Sanitária	Agrotóxicos/Toxicologia Água e ambientes Alimentos/Bebidas Animais em vigilância sanitária Cosméticos Gestão da Vigilância Sanitária Medicamento Produtos para saúde (correlatos) Saneantes Sangue, hemoderivados, tecidos e órgãos Saúde ocupacional/Saúde do trabalhador Serviços de interesse à saúde Serviço de saúde

Nota: * O subassunto 1 é desdobrado em subassunto 2, que se desdobra no subassunto 3. Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária; BITS – Banco de Informações Técnicas em Saúde; CDAM – Certificado de Direito à Assistência Médica no Exterior; CEO – Centro de Especialidade Odontológica; CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde; CPAP – *Continue Positive Airway Pressure*; CPF – Cadastro de Pessoa Física; DST – Doença Sexualmente Transmissível; ESF – Estratégia de Saúde da Família; O2 – Oxigênio; PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde; SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; SUS – Sistema Único de Saúde; TFD – Tratamento fora de domicílio; URA – Unidade de resposta audível.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de Brasil (2014g).

APÊNDICE F – Pactuação da Ouvidoria nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, excluídas as pactuações referentes à Portaria nº 1.975/2018

Quadro 10 – Pactuação da Ouvidoria nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, excluídas as pactuações referentes à Portaria nº 1.975/2018 (continua)

Estado	Documento	Assunto
Tocantins	Resolução nº 82/2005	Implantação do Projeto de serviço de Ouvidoria.
Rio de Janeiro	Deliberação CIB nº 3.778/2016	A utilização do Sistema Ouvidor SUS no nível 2 (Sub Rede), para fins de tramitação das manifestações encaminhadas pela Ouvidorias da Secretaria de Estado de Saúde.
	Deliberação CIB nº 3.413/2015	Definir critérios de qualidade das respostas a serem apresentadas ao cidadão que procura os serviços de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro.
	Deliberação CIB nº 2.630/2013	Os critérios para a implantação dos serviços de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.
Espírito Santo	Resolução CIB nº 316/2014	Implantação da Ouvidoria SUS-ES em municípios da Região Sul.
	Resolução CIB nº 200/2014	Implantação de técnicos interlocutores da Ouvidoria SUS-ES nos 14 municípios da Região Norte de Saúde.
	Resolução CIB nº 194/2014	Implantação de técnicos interlocutores da Ouvidoria SUS-ES nos 20 municípios da Região de Saúde Metropolitana e na Superintendência Regional de Saúde de Vitória, para integrarem a Rede de Ouvidoria do SUS-ES.
	Resolução CIB nº 909/2009	Plano de Ação para Gestão do SUS, referente à monitoramento e avaliação, auditoria, ouvidoria e fortalecimento do Controle Social do Estado do Espírito Santo.

Quadro 10 – Pactuação da Ouvidoria nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, excluídas as pactuações referentes à Portaria nº 1.975/2018 (continuação)

Estado	Documento	Assunto
Minas Gerais	Deliberação CIB nº 3.088/2019	Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.101, de 14 de abril de 2015, que aprova o prazo de execução dos recursos financeiros de incentivo à criação e à efetivação de ouvidorias com função regional no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais (SUS/MG), e dá outras providências.
	Deliberação CIB nº 2.875/2018	Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.101, de 14 de abril de 2015, que aprova o prazo de execução dos recursos financeiros de incentivo à criação e à efetivação de ouvidorias com função regional no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais (SUS/MG), e dá outras providências.
	Deliberação CIB nº 2.635/2017	Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.101, de 14 de abril de 2015, que aprova o prazo de execução dos recursos financeiros de incentivo à criação e à efetivação de ouvidorias com função regional no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais (SUS/MG), e dá outras providências.
	Deliberação CIB nº 2.471/2017	Aprova a criação e organização do Sistema Estadual de Ouvidorias do SUS de Minas Gerais (Seos/MG), e dá outras providências.
	Deliberação CIB nº 2.454/2017	Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.101, de 14 de abril de 2015, que aprova o prazo de execução dos recursos financeiros de incentivo à criação e à efetivação de ouvidorias com função regional no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais (SUS/MG), e dá outras providências.
	Deliberação CIB nº 2.386/2016	Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.101, de 14 de abril de 2015, que aprova o prazo de execução dos recursos financeiros de incentivo à criação e à efetivação de ouvidorias com função regional no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais (SUS/MG), e dá outras providências.

Quadro 10 – Pactuação da Ouvidoria nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, excluídas as pactuações referentes à Portaria nº 1.975/2018 (continuação)

Estado	Documento	Assunto
Minas Gerais	Deliberação CIB nº 2.258/2015	Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.101, de 14 de abril de 2015, que aprova o prazo de execução dos recursos financeiros de incentivo à criação e à efetivação de ouvidorias com função regional no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais (SUS/MG), e dá outras providências.
	Deliberação CIB nº 2.101/2015	Aprova o prazo de execução dos recursos financeiros de incentivo à criação e à efetivação de ouvidorias com função regional no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais (SUS/MG), e dá outras providências.
	Deliberação CIB nº 1.411/2013	Aprova a instituição da Rede Estadual de Ouvidoria de Saúde.
	Deliberação CIB nº 1.664/2013	Altera a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.617, de 13 de outubro de 2013, que aprova o repasse de recursos financeiros para a criação e efetivação de ouvidorias de saúde com função regional no Sistema Único de Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais (SUS/MG).
	Deliberação CIB nº 1.617/2013	Aprova o repasse de recursos financeiros para a criação e efetivação de ouvidorias de saúde com função regional no Sistema Único de Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais (SUS/MG).
	Deliberação CIB nº 1.519/2013	Aprova a realização do Curso de Extensão Ouvidoria em Saúde – 2ª Edição – para o SUS no âmbito do Estado de Minas Gerais.
	Deliberação CIB nº 1.059/2012	Aprova as normas gerais do Curso de Extensão Ouvidoria em Saúde para o SUS no âmbito do Estado de Minas Gerais.
Goiás	Resolução CIB nº 101/2015	Aprova a realização do Curso Capacitação em Ouvidoria e Auditoria, ofertado pela ENSP/FIOCRUZ.
	Resolução CIB nº 396/2012	Aprova a Redefinição de Plano de Trabalho para aplicação dos recursos do ParticipaSUS provenientes da Portaria 3060/2007; 2588/2008 e 2344/2009 referentes à ação 6182 – Ouvidoria Nacional de Saúde.
	Resolução CIB nº 53/2010	Aprova o Projeto de Implantação da Ouvidoria de Rio Verde, Luziânia e da Secretaria de Estado da Saúde.

Quadro 10 – Pactuação da Ouvidoria nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, excluídas as pactuações referentes à Portaria nº 1.975/2018 (conclusão)

Estado	Documento	Assunto
Goiás	Resolução CIB nº 165/2009	Aprovar o Projeto de Implantação da Ouvidoria do município de Rio Verde para implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde.
	Resolução CIB nº 4/2008	Aprovar o Projeto: Implantação da Rede de Ouvidoria – Serviço de Proteção aos Usuários do SUS em Goiás.
Mato Grosso	Resolução CES nº 01/1996	Normatiza o fluxograma da Ouvidoria-Geral do Conselho Estadual de Saúde.
	Resolução CES nº 19/2010	Define o processo eleitoral do Ouvidoria-Geral do Conselho Estadual de Saúde.
	Resolução CES nº 03/2016	Define a atuação integrada da Ouvidoria-Geral do CES/SUS/MT e da Ouvidoria-Geral da SES/MT.
Paraná	Resolução SESA nº 113/2011	Instrumento Normativo de Ouvidoria.
	Resolução SESA nº 114/2011	Instrumento Normativo indicando Ouvidor.
	Resolução CIB nº 40/2018	Instituir o Instrumento Normativo da Ouvidoria-Geral de Saúde-SESA e Ouvidorias Regionais de Saúde no Estado do Paraná.
	Deliberação CIB nº 42/2012	Define critérios de implantação de Ouvidoria de Saúde no Paraná.
	Recomendação CES nº 02/2013	Recomenda a implantação de Ouvidorias Municipais.
	Resolução SESA nº 443/2013	Cria as Ouvidorias do SUS nas Unidades Próprias do Estado e Consórcios Intermunicipais de Saúde.
Santa Catarina	Portaria nº 450/2017	Dispõe sobre a regulamentação do serviço de Ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde.
	Ceará	Resolução nº 118/2008

Nota: CES – Conselho Estadual de Saúde; CIB – Comissão Intergestores Bipartite; ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; ES – Espírito Santo; Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz; GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde; MG – Minas Gerais; MT – Mato Grosso; Seos/MG – Sistema Estadual de Ouvidorias do SUS de Minas Gerais; SES – Secretaria Estadual de Saúde; SESA – Secretaria de Estado da Saúde; SUS – Sistema Único de Saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de Espírito Santo (2009, 2014a, 2014b, 2014c), Goiás (2008, 2009, 2010, 2012, 2015), Mato Grosso (1996, 2010, 2016), Minas Gerais (2012, 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2015a, 2015b, 2015c, 2016, 2017a, 2017b, 2018b, 2019), Paraná (2011a, 2011b, 2012a, 2012b, 2013a, 2013b, 2018), Rio de Janeiro (2013, 2015, 2016), Santa Catarina (2008, 2017), Tocantins (2005).

APÊNDICE G – Comparativo entre a normativa aprovada pelo Ministério da Saúde e a proposta do Poder Legislativo

Quadro 11 – Comparativo entre a normativa aprovada pelo Ministério da Saúde e a proposta do Poder Legislativo (continua)

Tema	Portaria MS/GM nº 2.416/2014	Projeto de Lei nº 5.028-b/2013
Definição	Os serviços de ouvidoria do SUS serão estruturados nos âmbitos Federal, Distrital, Estadual e Municipal.	Os serviços de ouvidoria do SUS devem ser estruturados nas administrações federal, estadual, distrital e municipal de forma a compor o Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS.
Objetivo	Aprimorar o acesso, pelos cidadãos, às informações sobre o direito à saúde e ao seu exercício e possibilitar a avaliação permanente dos serviços de saúde, com vistas ao aprimoramento da gestão do SUS.	Facilitar a participação do usuário dos serviços de saúde no que respeita a sua avaliação permanente, mediante apresentação de sugestões, denúncias, reclamações e opiniões, bem como possibilitar a disseminação de informações em saúde.
Inovação	Os serviços de ouvidoria do SUS poderão ser estruturados no âmbito de ouvidorias gerais, de acordo com a oportunidade e conveniência dos respectivos entes federativos.	Os serviços de ouvidoria poderão também ser criados em regiões de saúde, de acordo com os planos de regionalização acordados entre os entes federados.
Serviços contratados e conveniados	-----	Integram o Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS as entidades privadas, conveniadas ou contratadas que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde.
Competências	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detectar, mediante procedimentos de ouvidoria, as reclamações, sugestões, elogios e denúncias, para subsidiar a avaliação das ações e serviços de saúde pelos órgãos competentes. 2. Encaminhar as denúncias aos órgãos e unidades da Secretaria de Saúde ou congêneres para as providências necessárias. 3. Realizar a mediação administrativa junto às unidades administrativas do órgão com vistas à correta, objetiva e ágil instrução das demandas apresentadas pelos cidadãos, bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta ao demandante. 4. Informar, sensibilizar e orientar o cidadão para a participação e o controle social dos serviços públicos de saúde. 5. Analisar, de forma permanente, as necessidades e os interesses dos usuários do SUS, recebidos por meio de sugestões, denúncias, elogios e reclamações relativas às ações e serviços de saúde prestados pelo SUS. 6. Informar os direitos e deveres dos usuários do SUS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detectar, mediante procedimentos de ouvidoria ativa e direta, a avaliação dos serviços de saúde reclamações, denúncias e sugestões. 2. Encaminhar as denúncias aos órgãos competentes para as providências necessárias. 3. Realizar a mediação entre as unidades administrativas dos serviços de saúde, com vistas à avaliação das demandas apresentadas pelos cidadãos e sua correta instrução, bem como sua conclusão dentro do prazo estabelecido. 4. Informar, sensibilizar e orientar o cidadão para a participação e o controle social dos serviços de saúde. 5. ----- 6. -----

Quadro 11 – Comparativo entre a normativa aprovada pelo Ministério da Saúde e a proposta do Poder Legislativo (conclusão)

Tema	Portaria MS/GM n° 2.416/2014	Projeto Lei n° 5.028-b/2013
Competências	7. ----- 8. -----	7. Estabelecer estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e serviços, como instrumento de sua melhoria. 8. Apurar permanentemente as necessidades e interesses do usuário.
Diretrizes organizativas	1. Objetividade e imparcialidade no tratamento das informações, sugestões, elogios, reclamações e denúncias recebidas dos usuários do SUS. 2. Zelo pela celeridade e qualidade das respostas às demandas dos usuários do SUS. 3. Defesa da ética e da transparência nas relações entre administração pública e os cidadãos. 4. Sigilo da fonte quando o interessado solicitar a preservação de sua identidade. 5. Identificação das necessidades e demandas da sociedade para o setor da saúde, tanto na dimensão coletiva, quanto na individual, transformando-as em suporte estratégico à tomada de decisões no campo da gestão. 6. Defesa dos direitos da saúde, visando contribuir para o fortalecimento da cidadania e da transparência. 7. Reconhecimento dos cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito.	1. Objetividade e imparcialidade no tratamento das informações, sugestões, reclamações e denúncias recebidas de seus usuários. 2. Zelo pela celeridade e qualidade das respostas às demandas dos seus usuários. 3. Defesa da ética e da transparência nas relações entre a administração pública e os cidadãos. 4. Sigilo da fonte quando o interessado solicitar a preservação de sua identidade. 5. ----- 6. ----- 7. -----
Enforcement indireto	Os serviços de ouvidoria deverão, sempre que possível, atuar em cooperação com os órgãos e entidades de defesa dos direitos do cidadão.	Os serviços do Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS poderão atuar em cooperação com os ministérios públicos e as defensorias públicas para providências que visem apurar irregularidades no SUS.
Estrutura	-----	A entidade nacional reguladora dos serviços de telecomunicações procederá de forma a disponibilizar às ouvidorias do SUS numeração de três dígitos, adotando o número 136 para acesso do usuário dos serviços de saúde às ouvidorias em todo o território nacional.
Relação com conselho de saúde	-----	Ouvidoria do SUS dos entes federados deverá encaminhar ao controle social do respectivo nível governamental relatório sobre suas atividades, entre outras, a relação de denúncias, reclamações, opiniões e disseminação de informações em saúde recebidas, prestadas, respondidas, solucionadas e pendentes.

Nota: MS/GM – Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro; SUS – Sistema Único de Saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir da Portaria MS/GM n° 2.416/2014 (BRASIL, 2014f) e do Projeto de Lei n° 5.028-b/2013 (BRASIL, 2013b).

ANEXO A – Modelos de Ouvidoria Pública – Gomes

Quadro 12 – Modelos de Ouvidoria Pública – Gomes (continua)

	Modelo I: Ouvidoria interna	Modelo II: Ouvidoria de entidade de controle	Modelo III: Ouvidoria interorgânica	Modelo IV: Ouvidoria extraorgânica
1. Localização institucional	intraorgânica: a ouvidoria se localiza no próprio órgão, entidade ou Poder controlado.	intraorgânica: a ouvidoria se localiza no próprio órgão, entidade ou Poder controlado no que se refere ao controle da própria agência; extraorgânica: a ouvidoria se localiza no Estado e exerce controle sobre pessoas jurídicas de direito privado prestadoras de serviço público.	interorgânica: atua sobre um órgão, entidade ou Poder diferente do qual se situa.	extraorgânica: a ouvidoria se localiza fora da esfera estatal.
2. Função preponderante	aperfeiçoamento do órgão, entidade ou Poder controlado.	controle da atuação administrativa interna (material e formal) e controle da adequação do serviço prestado (legal e contratual).	controle preponderantemente formal da atuação administrativa.	defesa dos direitos e legítimos interesses dos cidadãos em face de ilegais ou injustos cometidos pelo órgão, entidade ou Poder controlado.

Quadro 12 – Modelos de Ouvidoria Pública – Gomes (continuação)

	Modelo I: Ouvidoria interna	Modelo II: Ouvidoria de entidade de controle	Modelo III: Ouvidoria interorgânica	Modelo IV: Ouvidoria extraorgânica
3. Funções complementares	i) aumento da legitimidade política em razão do controle (material e formal); ii) controle do exercício da função administrativa do órgão, entidade ou Poder em que se localiza; iii) defesa dos administrados em face da conduta (comissiva ou omissiva) do órgão, entidade ou Poder em que se localiza.	i) legitimação do Estado decorrente do controle da execução da de serviços públicos; ii) satisfação do usuário do serviço público; e iii) cumprimento das metas praticadas por agentes políticos e servidores públicos.	i) legitimação política do Estado; e ii) defesa dos direitos e legítimos interesses dos cidadãos em face de atos potencialmente relevantes.	i) participação e legitimação política do Estado, com percussões em termos de governabilidade e de fortalecimento da democracia; e ii) defesa dos direitos e legítimos interesses dos cidadãos.
4. Natureza	instrumento de controle intraorgânico.	instrumento de controle intra e extraorgânico.	instrumento de controle interorgânico; quando há comissão de seleção com representantes da sociedade civil, pode ter também natureza de instrumento de participação popular.	instrumento de controle extraorgânico.
5. Tipo de controle	controle de procedimento e de resultado.	controle de atuação intraorgânica – especialmente controle de procedimento; no caso de atuação extraorgânica: especialmente controle de resultado.	controle de procedimento.	controle de procedimento e de resultado.
6. Racionalidade preponderante	material e formal.	formal-instrumental (sistêmica).	formal, podendo também possuir racionalidade material nos limites do princípio da boa administração.	não sistêmica.

Quadro 12 – Modelos de Ouvidoria Pública – Gomes (continuação)

	Modelo I: Ouvidoria interna	Modelo II: Ouvidoria de entidade de controle	Modelo III: Ouvidoria interorgânica	Modelo IV: Ouvidoria extraorgânica
7. Previsão jurídica	lei, decreto ou portaria (no caso do Poder Judiciário e do Ministério Público, há previsão constitucional – EC nº 45/2004).	legal (lei ou decreto) e contratual.	constitucional.	Constituição ou lei.
8. Bem jurídico tutelado	princípios constitucionais administrativos, especialmente os elencados no <i>caput</i> do artigo 37 da CF.	serviço público adequado, envolvendo, entre outros, os princípios da eficiência, regularidade, continuidade, segurança, atualidade, modicidade de tarifas, generalidade e cortesia.	princípios administrativos constitucionais, especialmente o princípio da legalidade.	princípio da participação e outros princípios e subprincípios relacionados ao princípio da soberania popular.
9. Nível hierárquico	subordinado ao chefe do Poder ou ao titular do órgão ou da entidade em que se situa.	segundo escalão (em geral de assessoria).	superior.	superior, subordinado apenas ao colegiado de representantes da sociedade civil.
10. Forma de seleção do titular	livre nomeação pelo chefe do Poder ou pelo titular da entidade na qual se situa.	livre nomeação do titular da agência ou indicação do órgão colegiado superior.	escolha por representantes de outro Poder, em situações especiais, como é o caso do ouvidor do município de Curitiba, antecedido por seleção de conselho composto por representantes da sociedade civil.	eleição por um colegiado composto de representantes da sociedade civil.
11. Requisitos do cargo	em geral, os requisitos são subjetivos, estabelecidos pelo chefe do Poder ou titular da entidade na qual está localizada.	em geral, os requisitos são subjetivos, estabelecidos pela própria agência.	requisitos objetivos definidos em lei, como reconhecida idoneidade moral, reputação ilibada e conhecimento da função administrativa do Poder controlado.	vínculos com entidades do terceiro setor, reputação junto à sociedade e histórico de defesa dos direitos dos cidadãos.

Quadro 12 – Modelos de Ouvidoria Pública – Gomes (continuação)

	Modelo I: Ouvidoria interna	Modelo II: Ouvidoria de entidade de controle	Modelo III: Ouvidoria interorgânica	Modelo IV: Ouvidoria extraorgânica
12. Garantias do cargo	em geral, de livre exoneração.	livre nomeação e exoneração, havendo casos de fixação de período de estabilidade funcional.	mandato, com garantia de remoção apenas por ação judicial ou decisão fundamentada do órgão colegiado responsável pela eleição do titular.	em geral, mandato é do tipo imperativo.
13. Poderes	investigação e recomendação, em alguns casos, correção do ato e aplicação de sanções.	investigação e, em alguns casos, de requisição de servidores.	investigação e recomendação.	investigação e recomendação.
14. Nível de autonomia	reduzido, possuindo em geral dependência administrativa e financeira.	reduzido ou médio, possuindo em geral dependência administrativa e financeira.	elevado, com autonomia funcional, administrativa e, em alguns casos, financeira.	ampla, com independência funcional, política, administrativa e financeira.
15. Competência objetiva	todos os atos administrativos (vinculados e discricionários) realizados no âmbito da função administrativa.	atos administrativos (vinculados e discricionários) realizados no âmbito da agência e serviços públicos prestados por pessoas jurídicas de direito público ou privado, que mantêm vinculação legal ou contratual com a agência em que se situa.	todos os atos administrativos (especialmente vinculados) realizados no âmbito da função administrativa.	políticas públicas e atos administrativos (sobretudo vinculados) no âmbito do órgão, entidade ou Poder controlado.
16. Competência em razão de pessoas	não alcança os agentes políticos, limitando-se aos servidores públicos situados em nível hierárquico inferior ao titular da ouvidoria e a prestadores privados de serviços públicos.	não alcança os agentes políticos, limitando-se aos servidores públicos situados em nível hierárquico inferior ao titular da ouvidoria e prestadores de serviços públicos, que mantêm vinculação legal ou contratual com a agência.	ampla, alcançando agentes políticos, servidores públicos e prestadores privados de serviços públicos.	alcança os agentes políticos, funcionários públicos e prestadores privados de serviço público.

Quadro 12 – Modelos de Ouvidoria Pública – Gomes (conclusão)

	Modelo I: Ouvidoria interna	Modelo II: Ouvidoria de entidade de controle	Modelo III: Ouvidoria interorgânica	Modelo IV: Ouvidoria extraorgânica
17. Instrumentos de atuação	estritamente administrativos na forma de recomendações, sugestões e, em raros casos, sanções.	contratuais e administrativos na forma de recomendações, sugestões e, em raros casos, sanções – em geral, sanções de natureza contratual.	administrativos, na forma de recomendações e sugestões, sendo possível previsão legal ou constitucional que atribua legitimação ativa para propositura de ação.	recomendações, audiências públicas e outros instrumentos de participação popular.
18. Modo de acesso do cidadão	universal, direto, informal e gratuito.	universal, direto, informal e gratuito.	universal, direto e gratuito.	universal, direto, informal e gratuito.
19. Exemplo	ouvidorias do estado do Paraná e a grande maioria das demais ouvidorias brasileiras.	ouvidoria das agências (por exemplo, Aneel e Anvisa).	Ouvidoria do Município de Curitiba.	Ouvidoria do Município de Santo André.

Nota: Aneel – Agência Nacional de Energia Elétrica; Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária; CF = Constituição Federal; EC = Emenda Constitucional.

Fonte: Adaptado de Gomes (2016).

ANEXO B – Submodelos de Ouvidorias Públicas Internas

Quadro 13 – Submodelos de Ouvidorias Públicas Internas (continua)

	Submodelo IA: Ouvidoria interna com autonomia	Submodelo IB: Ouvidoria interna com participação da sociedade civil
1. Tipo de controle	controle de procedimento (preponderante) e de resultado.	controle de procedimento e de resultado (preponderante).
2. Racionalidade preponderante	material e formal, sendo o acento à racionalidade formal diretamente relacionado ao grau de autonomia.	material.
3. Nível hierárquico	primeiro ou segundo escalão, com baixo ou nenhum nível de subordinação funcional.	sem subordinação direta ao chefe do Poder ou ao titular da entidade em que se situa.
4. Forma de seleção do titular	singular (nomeação pelo chefe do Poder ou pelo titular da entidade na qual se situa) ou colegiada (colegiado governamental ou não).	escolha por órgão colegiado com composição majoritária de representantes da sociedade civil.
5. Requisitos do cargo	em geral, os requisitos são mais objetivos, estabelecidos em lei.	liderança ou destaque social na área de defesa dos direitos afetos à cidadania.
6. Garantias do cargo	mandato certo e estabilidade durante o exercício da função.	estabilidade (exoneração dependente de julgamento do órgão colegiado responsável pela escolha do titular).
7. Nível de autonomia	ampliado, alcançando, em alguns casos, autonomia financeira, administrativa e funcional.	ampliado, em geral, limitado apenas pelo colegiado composto de representantes da sociedade civil.

Quadro 13 – Submodelos de Ouvidorias Públicas Internas (conclusão)

	Submodelo IA: Ouvidoria interna com autonomia	Submodelo IB: Ouvidoria interna com participação da sociedade civil
8. Competência em razão de pessoas	em alguns casos, pode alcançar, além dos servidores, os agentes políticos.	pode alcançar, inclusive, agentes políticos.
9. Modo de acesso do cidadão	universal, direto, informal e gratuito.	-----
10. Exemplo	Ouvidoria-Geral do Município de São Paulo, Ouvidoria do Estado de Minas Gerais, ouvidorias criadas no estado de São Paulo por força da Lei nº 10.294/1999.	ouvidorias de polícia e a ouvidoria da Defensoria Pública, ambas do estado de São Paulo.
11. Funções complementares	-----	i) aumento da legitimidade política em razão da participação da sociedade civil; b) controle social do exercício da função administrativa do órgão, entidade ou Poder que se localiza; iii) defesa dos administrados em face da conduta (comissiva ou omissiva) do órgão, entidade ou Poder em que se localiza.
12. Natureza	-----	instrumento de controle intraorgânico ou espaço institucional de participação popular.
13. Bem jurídico tutelado	-----	princípios constitucionais administrativos, com destaque ao princípio da participação.
14. Instrumento de atuação	-----	administrativos, na forma de recomendações, sugestões e, em raros casos, sanções.

Fonte: Adaptado de Gomes (2016).

ANEXO C – Síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS

Quadro 14 – Síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS

Princípios e diretrizes do SUS	Direitos dos cidadãos	Deveres do Estado
Universalidade no acesso e igualdade na assistência	Igualdade de todos às ações e aos serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde.	Garantia de ações e serviços necessários a toda a população, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, independentemente da natureza das ações envolvidas, da complexidade e do custo do atendimento.
Integralidade na assistência	Acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos, de diferentes complexidades e custos, agravos, e que proporcionem o cuidado à saúde.	Garantia de condições de atendimento adequadas ao indivíduo e à coletividade, de acordo com as necessidades de saúde, tendo em vista a integração das ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Articulação da política de saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas cujas ações tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida das pessoas.
Participação da comunidade	Participação na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implementação de políticas de saúde nos diferentes níveis de governo.	Garantia de espaços que permitam a participação da sociedade no processo de formulação e implantação da política de saúde. Transparência no planejamento e na prestação de contas das ações públicas desenvolvidas.
Descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde	Acesso a um conjunto de ações e serviços, localizados em seu município e próximos à sua residência ou ao seu trabalho condizentes com as necessidades de saúde. Atendimento em unidades de saúde mais distantes, situadas em outros municípios ou estados, caso isso seja necessário para o cuidado à saúde.	Garantia de um conjunto de ações e serviços que supram as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de respostas aos problemas apresentados, organizados e geridos pelos diversos municípios e estados brasileiros. Articulação e integração de um conjunto de ações e serviços, de distintas naturezas, complexidades e custos, situados em diferentes territórios político-administrativos.

Nota: SUS – Sistema Único de Saúde.

Fonte: NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 442-443.

ANEXO D – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS – racionalidade sistêmica, formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, modelos de atenção à saúde e acordo federativo

Quadro 15 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS – racionalidade sistêmica, formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, modelos de atenção à saúde e acordo federativo (continua)

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS	Modelo de atenção	Acordo federativo
1990 a 1994	NOB 91/92	Ausente.	Única forma utilizada: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada.	Ausente.	Negociações em âmbito nacional por meio dos Conass e Conasems e CIT.
1994 a 1998	NOB 93	Fraca: vinculada às iniciativas e negociações municipais isoladas.	Forma preponderante: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada. Forma residual: transferência em bloco (<i>blockgrants</i>) segundo montante definido no teto financeiro.	Definição de responsabilidade sobre algumas ações programáticas e de vigilância (sanitária e epidemiológica) para a condição de gestão mais avançada vigente (semiplena).	Negociação em âmbito nacional e estadual, por meio dos Cosems e da CIB. Iniciativas isoladas de consórcios. Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS.

Quadro 15 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS – racionalidade sistêmica, formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, modelos de atenção à saúde e acordo federativo (continuação)

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS	Modelo de atenção	Acordo federativo
1998 a 2002	NOB 96	Moderada: vinculadas às iniciativas e negociações intermunicipais, com participação e mediação da instância estadual (PPI).	Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada. Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas.	PACS/PSF. Programas e projetos prioritários para controle de doenças e agravos (carências nutricionais, catarata, varizes,	Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais). Iniciativas isoladas de consórcios. Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e da PPI.
2002 a 2005	NOAS 2001/2002	Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados nos módulos assistenciais pelo nível federal e às iniciativas e negociações intermunicipais sob coordenação da instância estadual (PPI, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos).	Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada. Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas, incluindo a definição de referências intermunicipais.	Manutenção dos dispositivos anteriores e definição das responsabilidades mínimas e conteúdos para a atenção básica. Redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade. Redefinição de procedimentos da atenção de alta complexidade. Criação de protocolos para assistência médica.	Negociação em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais). Iniciativas isoladas de consórcios. Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da PPI e de experiências de contrato de gestão isoladas. Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto da Atenção Básica).

Quadro 15 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS – racionalidade sistêmica, formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, modelos de atenção à saúde e acordo federativo (conclusão)

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS	Modelo de atenção	Acordo federativo
A partir de 2006	Pacto pela Saúde	Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados no processo de regionalização da saúde conduzidos no âmbito estadual com pactuação entre os gestores.	Transferências em cinco grandes blocos segundo o nível de atenção à saúde, o tipo de serviço, programas e funções – em fase de implantação.	Definição das responsabilidades em todos os níveis de atenção.	Negociação em âmbito nacional e estadual. Fomento à expansão das experiências de negociação regional e compartilhamento da gestão dos sistemas de saúde. Formalização dos acordos entre gestores por meio da PPI, da assinatura de termos de compromissos entre os gestores no âmbito do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida. Implementação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados.

Nota: CIB – Comissão Intergestores Bipartite; CIT – Comissão Intergestores Tripartite; Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Cosems – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde; NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde; NOB – Norma Operacional Básica; PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PSF – Programa Saúde da Família; PPI – Programação Pactuada e Integrada; SUS – Sistema Único de Saúde.

Fonte: NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 459-460.

ANEXO E – Conselhos Municipais de Saúde de acordo com o ano de criação, Brasil

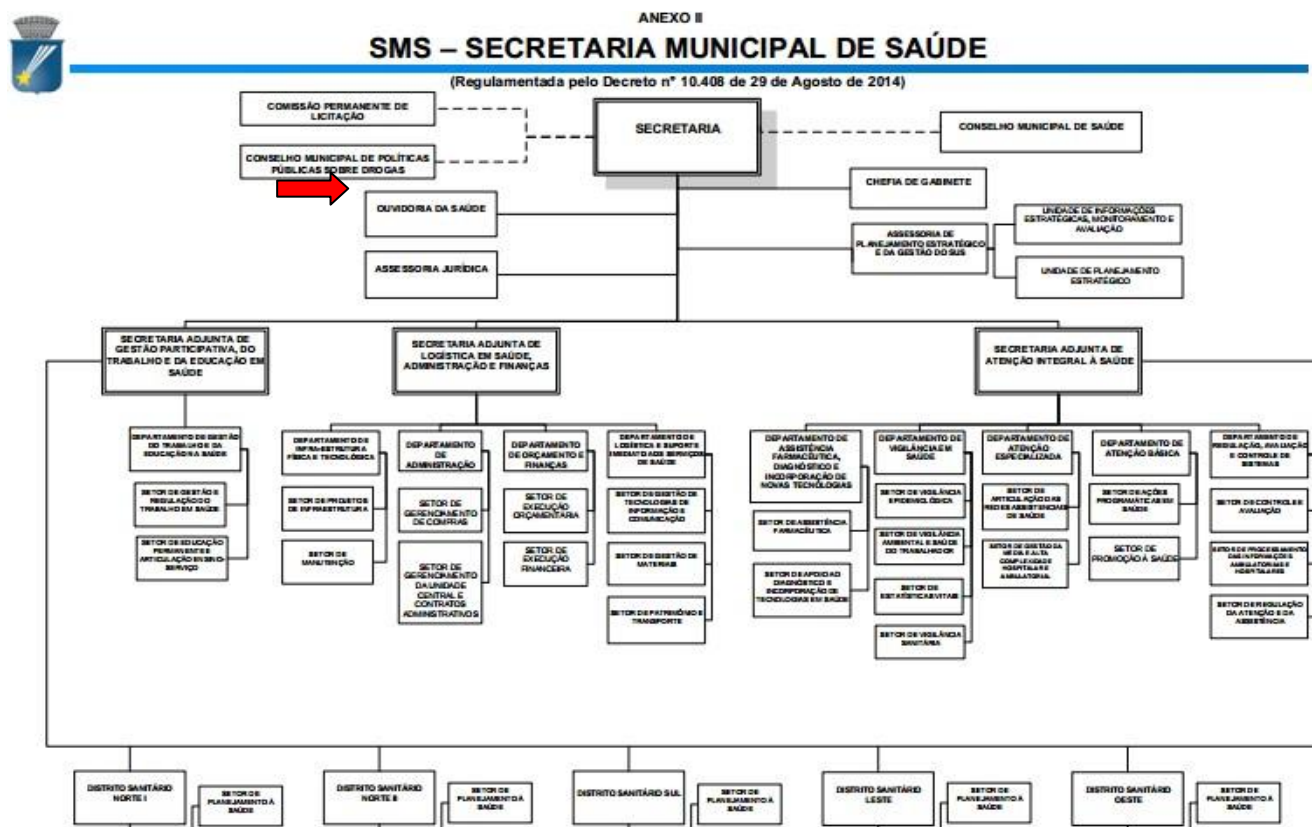
Quadro 16 – Conselhos Municipais de Saúde de acordo com o ano de criação, Brasil

Conselhos Municipais de Saúde de acordo com o ano de criação, Brasil.				
Ano de criação	CMS criados			
	N	%	N total	% total
Antes de 1991	312	5,7	312	5,7
1991	1351	24,7	1663	30,4
1992	281	5,1	1944	35,5
1993	758	13,9	2702	49,4
1994	477	8,7	3179	58,1
1995	176	3,2	3355	61,3
1996	145	2,7	3500	64,0
1997	1.003	18,4	4503	82,4
1998	196	3,6	4699	86,0
1999	98	1,8	4797	87,8
2000	50	0,9	4847	88,7
2001	233	4,3	5080	93,0
2002	38	0,7	5118	93,7
2003	31	0,6	5149	94,3
2004	27	0,5	5176	94,8
2005	98	1,8	5274	96,6
2006	18	0,3	5292	96,9
2007	13	0,2	5305	97,1
Não informado	158	2,9	5463	100,0
Total	5463	100		

Nota: CMS – Conselho Municipal de Saúde.
 Fonte: Adaptado de Moreira e Escorel (2009).

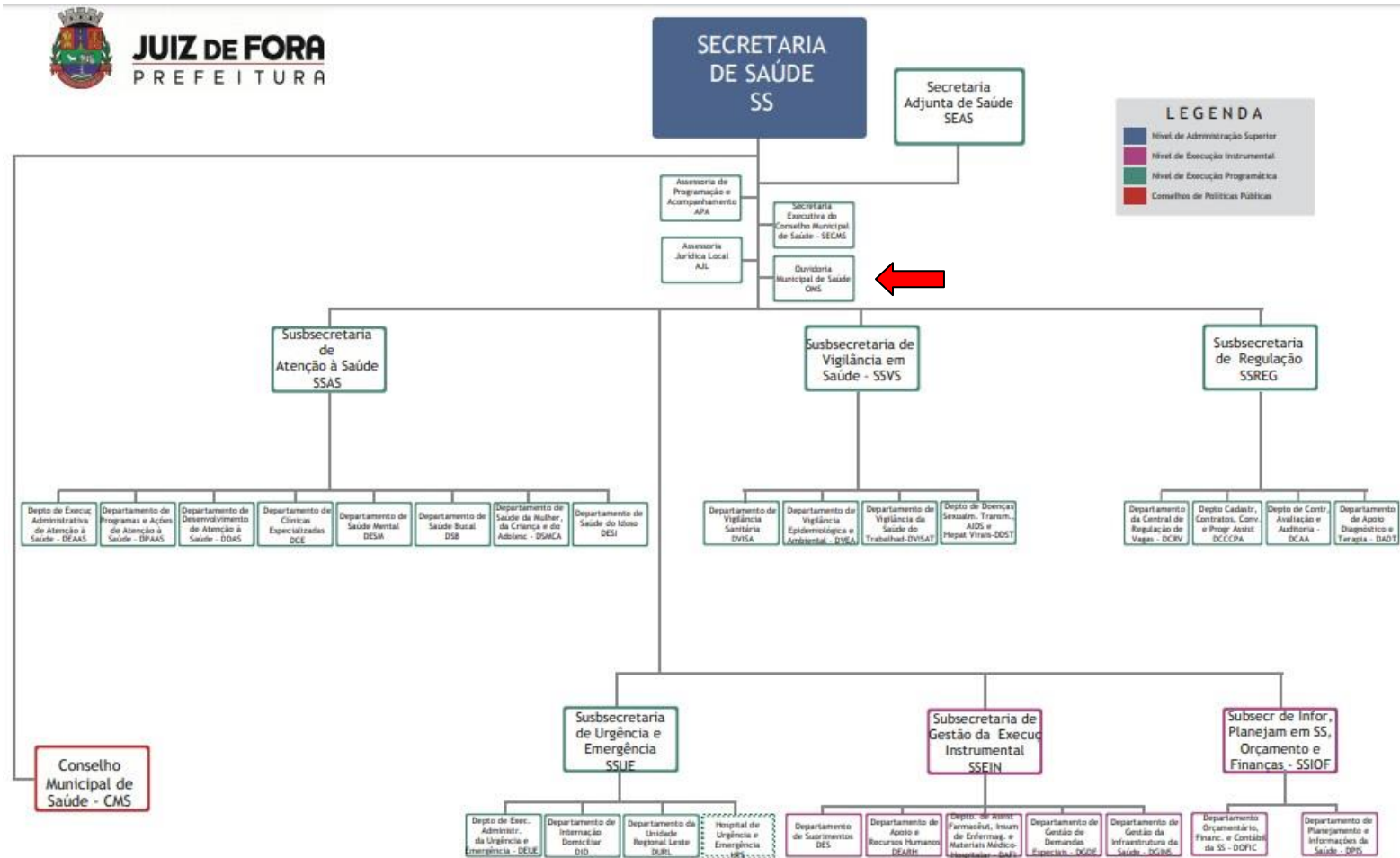
ANEXO F – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN e da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora/MG

Figura 2 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN



Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL, [20-?].

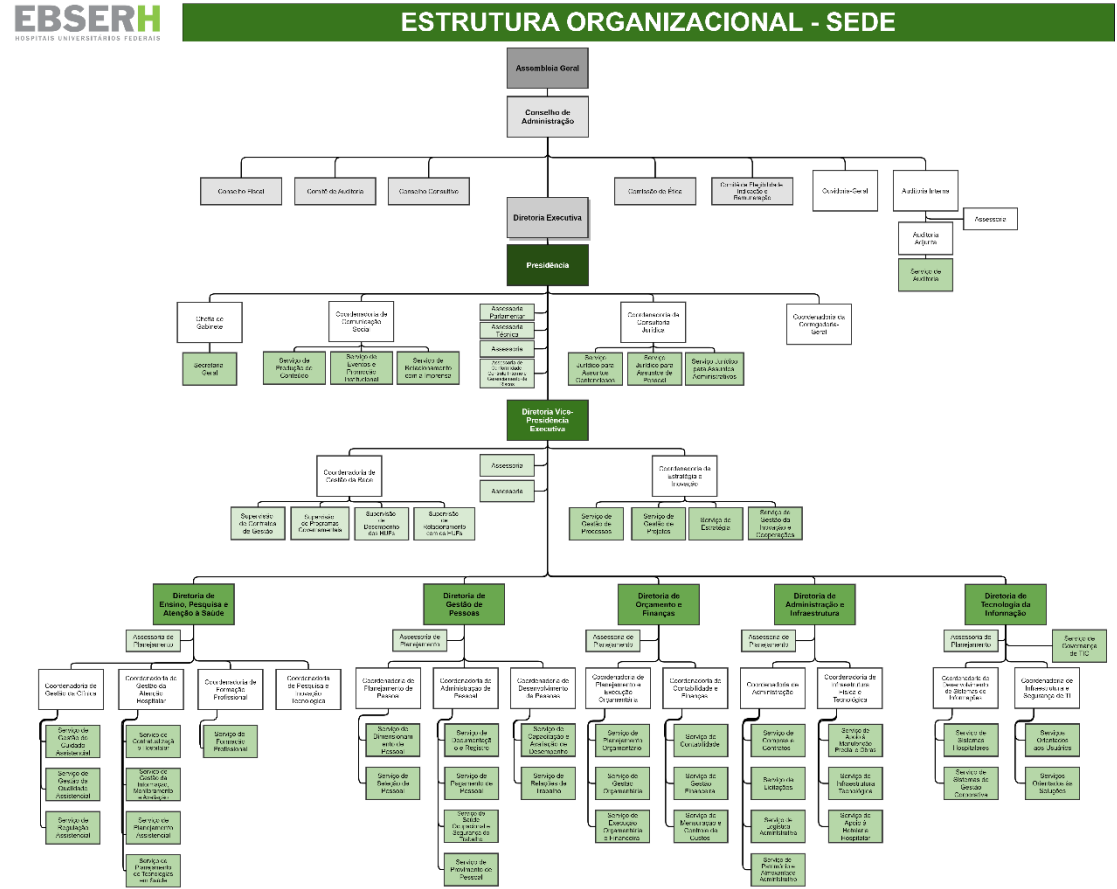
Figura 3 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora/MG



Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, [20-?].

ANEXO G – Organograma de Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Figura 4 – Organograma de Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares



Fonte: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, [2020?].

ANEXO H – Meios de Verificação na Avaliação Externa

Quadro 17 – Meios de Verificação na Avaliação Externa (continua)

Dimensão	Subdimensão	Padrões de Referência	Meios de verificação
Infraestrutura	Pessoal Qualificado	<p>1.1.1 - A organização deve admitir seus trabalhadores e gestores a partir de perfis explicitados (conhecimentos, habilidades e atitudes).</p> <p>1.1.2 - O quadro de pessoal deve ser em quantidade e qualidade adequadas ao funcionamento da ouvidoria.</p> <p>1.1.3 - As atribuições e as ações da ouvidoria devem ser conhecidas e aplicadas.</p> <p>1.1.4 - A ouvidoria deve promover a qualificação e atualização do seu quadro de pessoal.</p> <p>1.1.5 - A análise das manifestações deve ser enriquecida pelo conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes do pessoal da ouvidoria.</p> <p>1.1.6 - Os princípios e diretrizes do SUS e da administração pública devem ser considerados nos processos de formação dos trabalhadores da ouvidoria.</p>	<p>1.1.1 - Análise documental: entrevista com gestor.</p> <p>1.1.2 - Análise documental e grupo focal.</p> <p>1.1.3 - Análise documental.</p> <p>1.1.4 - Análise documental e grupo focal.</p> <p>1.1.5 - Grupo focal e análise documental.</p> <p>1.1.6 - Grupo focal e análise documental.</p>
	Estrutura Física	<p>1.2.1 - O ambiente da ouvidoria deve ser de fácil identificação visual e facilitar o deslocamento dos usuários.</p> <p>1.2.2 - A ouvidoria deve dispor de ambiente exclusivo para o desenvolvimento das funções, proporcionando visibilidade aos cidadãos.</p> <p>1.2.3 - O mobiliário deve ser confortável, limpo e conservado, com disponibilidade de recursos para aquisição, manutenção e melhorias.</p> <p>1.2.4 - A ouvidoria deve possuir boa conexão com internet e por meio telefônico.</p> <p>1.2.5 - Os equipamentos devem estar disponíveis e em quantidade suficiente para o pessoal realizar suas atividades.</p> <p>1.2.6 - A ouvidoria deve utilizar sistema de informação com <i>software</i>, de modo a permitir a disseminação de informações, registro e tratamento de manifestações.</p> <p>1.2.7 - As redes elétrica, hidráulica e de esgoto devem ser adequadas.</p>	<p>1.2.1 a 1.2.7 - Entrevista (questionário): verificar <i>in loco</i>.</p>
	Estrutura Jurídica	<p>1.3.1 - A ouvidoria deve ser instituída por portaria, decreto ou lei.</p> <p>1.3.2 - Os cargos, funções, atribuições, organograma e prazos devem ser definidos em regimento interno.</p> <p>1.3.3 - A ouvidoria deve possuir autonomia financeira para a programação e execução das atividades.</p>	<p>1.3.1 a 1.3.4 - Análise documental.</p>

Quadro 17 – Meios de Verificação na Avaliação Externa (continuação)

Dimensão	Subdimensão	Padrões de Referência	Meios de verificação
Infraestrutura		1.3.4 - A ouvidoria deve ter autonomia na execução do orçamento, previamente definido pela instituição à qual está vinculada.	
Gestão	Trabalho e Educação	2.1.1 - As manifestações e seu tratamento devem ser problematizados nos processo de educação permanente. 2.1.2 - Os fluxos administrativos devem ser explicitamente definidos e compreendidos pelos atores envolvidos. 2.1.3 - A gestão da ouvidoria deve estimular o desenvolvimento de políticas de qualificação profissional e de educação permanente. 2.1.4 - A gestão da ouvidoria deve favorecer a constituição de espaços de educação permanente, no âmbito interno ou externo. 2.1.5 - Os trabalhadores da ouvidoria devem integrar um plano de cargos, carreiras e salários. 2.1.6 - A instituição deve elaborar um planejamento coletivo das ações. 2.1.7 - Os trabalhadores da ouvidoria devem possuir vínculos institucionais alinhados com os direitos trabalhistas em vigor. 2.1.8 - A ouvidoria deve orientar a prática de gestão de materiais.	2.1.1 - Grupo Focal. 2.1.2 - Análise documental e entrevista com gestor. 2.1.3 - Grupo Focal. 2.1.4 - Entrevista com gestor e grupo focal trabalhadores. 2.1.5 - Entrevista e grupo focal. 2.1.6 - Análise documental. 2.1.7 - Grupo focal e análise documental. 2.1.8 - Grupo focal e entrevista.
	Informação	2.2.1 - A ouvidoria deve dispor de instrumentos sistemáticos de coleta de dados. 2.2.2 - Os dados são processados de forma adequada para análise e manutenção de registro. 2.2.3 - A análise dos dados deve ser realizada de modo quantitativo e qualitativo para atender às demandas dos usuários e da gestão. 2.2.4 - Os relatórios devem ser elaborados e publicizados periodicamente, informando sobre pactuação local, acontecimentos e diretrizes nacionais. 2.2.5 - A ouvidoria deve implantar processos de avaliação da qualidade da informação produzida e seus efeitos na gestão do SUS.	2.2.1 - Análise documental. 2.2.2 - Análise documental e grupo focal com gestor e trabalhador. 2.2.3 - Análise documental e grupo focal com gestor e trabalhador. Entrevista com controle social e rede. 2.2.4 - Análise documental. Entrevista com secretário e entrevista com gestor. 2.2.5 - Análise documental e entrevista com gestor.
		2.3.1 - A ouvidoria deve promover encontros para discussões e compartilhamento dos conhecimentos produzidos. 2.3.2 - A instituição deve implantar estratégias de difusão do papel e dos resultados em favor da coletividade.	2.3.1 - Grupo focal. 2.3.2 - Grupo focal.

Quadro 17 – Meios de Verificação na Avaliação Externa (continuação)

Dimensão	Subdimensão	Padrões de Referência	Meios de verificação
Gestão	Comunicação	<p>2.3.3 - A ouvidoria deve desenvolver estratégias de contato com os grupos organizados, no sentido de subsidiá-los com informações e em busca de novos dados.</p> <p>2.3.4 - A entidade deve adotar, periodicamente, um sistematização de revisão das publicações produzidas.</p> <p>2.3.5 - A comunicação externa e interna deve ser estabelecida a partir do reconhecimento do usuário e de redes de articulação, cujo conteúdo envolva e expresse realidades diferentes, sob diversos pontos de vista, de forma objetiva, clara e compreensível a todos os cidadãos.</p>	<p>2.3.3 - Análise documental, entrevista com gestor e entrevista com controle social.</p> <p>2.3.4 - Análise documental, entrevista com gestor e entrevista com controle social.</p> <p>2.3.5 - Análise documental, entrevista com gestor, entrevista com controle social e com a rede.</p>
Processos de Trabalho	Recebimento de manifestação	<p>3.1.1 - A ouvidoria deve disponibilizar e avaliar, sistematicamente, os meios físicos e virtuais de chegada, entrada, utilização e participação dos usuários, para que eles possam interagir com a instituição, por meio de uma comunicação qualificada e humanizada, de modo a facilitar suas manifestações.</p> <p>3.1.2 - A ouvidoria deve disponibilizar meios pelos quais os cidadãos possam avaliar as ações e serviços de saúde.</p>	<p>3.1.1 - Entrevista com gestor, análise documental, grupo focal com trabalhador e entrevista com cidadão.</p> <p>3.1.2 - Análise documental, entrevista com gestor e com controle social.</p>
	Articulação e intergestão	<p>3.2.1 - A equipe da ouvidoria deve compartilhar informações, discutir dados e resultados, através de uma agenda regular com a gestão da saúde. Deve também compartilhar informações com sua rede interna e externa, a fim de intermediar resoluções para atender às necessidades da ouvidoria e as manifestações dos cidadãos.</p> <p>3.2.2 - A ouvidoria deve desenvolver, junto aos órgãos da administração pública, pactuações com potencial capacidade de resolução de problemas indicados nas manifestações dos usuários.</p> <p>3.2.3 - A gestão da instituição deve utilizar-se de informações da ouvidoria para se articular com outros órgãos e com a sociedade civil, na busca da resolução de problemas específicos.</p>	<p>3.2.1 - Entrevista com gestor, com controle social e com rede.</p> <p>3.2.2 - Entrevista com gestor, com gestor de outros órgãos de governo e análise documental.</p> <p>3.2.3 - Entrevista com gestor e com controle social.</p>
		<p>3.3.1 - As manifestações devem ser tratadas respeitando as singularidades e as diferenças entre as pessoas, em suas preferências, valores e escolhas, a fim de facilitar a interação dos usuários.</p>	<p>3.3.1 - Grupo focal com trabalhador e entrevista com gestor.</p>

Quadro 17 – Meios de Verificação na Avaliação Externa (continuação)

Dimensão	Subdimensão	Padrões de Referência	Meios de verificação
	Tratamento das demandas	<p>3.3.2 - A ouvidoria deve explicitar fluxos, prazos e processos no tratamento de demandas, levando-se em consideração os pactos formados no contexto local e em conformidade com a legislação e documentação existentes.</p> <p>3.3.3 - A ouvidoria deve propiciar condições aos trabalhadores, para que possam avaliar as etapas do tratamento de manifestações dos usuários, permitindo correções e aperfeiçoamento dessas práticas.</p> <p>3.3.4 - As manifestações dos usuários devem ser tratadas por todos os atores da organização que nela atuem direta ou indiretamente. Nessa atividade, os atores envolvidos devem considerar os valores e os fatos com a devida agilidade.</p>	<p>3.3.2 - Análise documental, grupo focal com trabalhador e entrevista com gestor.</p> <p>3.3.3 - Grupo focal com trabalhador.</p> <p>3.3.4 - Análise documental.</p>
Processos de Trabalho	Resposta	<p>3.4.1 - O prazo para resposta da área técnica deve ser definido e monitorado.</p> <p>3.4.2 - O prazo estipulado para a resolução do problema deve estar de acordo com o regimento interno (marco regulatório local).</p> <p>3.4.3 - A ouvidoria pode flexibilizar o cumprimento de prazos, na hipótese de ocorrerem circunstâncias específicas.</p> <p>3.4.4 - O usuário deve ser informado sobre eventual atraso da resposta de sua manifestação.</p> <p>3.4.5 - A resolução do problema, com resposta ao cidadão e relatório à gestão, deve atender aos critérios de clareza, objetividade, consistência e coerência.</p> <p>3.4.6 - A gestão da ouvidoria deve ser subsidiada com informações internas e externas para promover melhorias no SUS.</p> <p>3.4.7 - A ouvidoria deve articular espaços junto aos órgãos interno e externo, negociando fluxos e respostas adequadas às demandas dos cidadãos.</p>	<p>3.4.1 - Análise documental.</p> <p>3.4.2 - Análise documental.</p> <p>3.4.3 - Análise documental e grupo focal com trabalhador.</p> <p>3.4.4 - Análise documental.</p> <p>3.4.5 - Análise documental.</p> <p>3.4.6 - Análise documental, entrevista com gestor e controle social.</p> <p>3.4.7 - Grupo focal e entrevista com gestor.</p>
	Intermediação	<p>3.5.1 - A ouvidoria deve informar seu fluxo de atuação para que os cidadãos possam acompanhar o andamento de suas manifestações.</p> <p>3.5.2 - Os atores devem se engajar no processo de trabalho da ouvidoria e estimular o envolvimento dos usuários. Para tanto, devem desenvolver estratégias e táticas que permitam a produção de conhecimento no trabalho desenvolvido com os cidadãos.</p> <p>3.5.3 - A ouvidoria deve abrir canais de conversação com os cidadãos, no caso de manifestação, sobre o fluxo de trabalho que vem sendo realizado.</p>	<p>3.5.1 - Entrevista com gestor, com outros órgãos de governo e com rede.</p> <p>3.5.2 - Análise documental.</p> <p>3.5.3 - Grupo focal com Trabalhador.</p>

Quadro 17 – Meios de Verificação na Avaliação Externa (continuação)

Dimensão	Subdimensão	Padrões de Referência	Meios de verificação
Processos de Trabalho		3.5.4 - A ouvidoria deve atuar junto ao usuário do SUS, informando-o sobre o trabalho em realização, garantindo-lhe avaliação de eficácia do trabalho realizado e demonstrando-lhe preocupação com a defesa de seus direitos.	3.5.4 - Análise documental.
	Defesa de direitos	<p>4.1.1 - As sugestões da ouvidoria devem contribuir para o planejamento e organização da gestão, de modo a promover mudanças em práticas, ações e serviços de saúde.</p> <p>4.1.2 - A população usuária do SUS deve perceber as mudanças positivas ao buscar novamente os serviços da ouvidoria.</p> <p>4.1.3 - Os usuários devem sentir-se envolvidos na busca de solução quando se manifestam diante da ocorrência de algum problema. As relações entre a ouvidoria e os usuários devem ser abertas ao diálogo, respeitadas e participativas.</p>	<p>4.1.1 - Grupo focal com trabalhador e controle social.</p> <p>4.1.2 - Grupo focal com trabalhador e entrevista com gestor.</p> <p>4.1.3 - Grupo focal com controle social e com rede.</p>
	Integralidade e Intersetorialidade das práticas	<p>4.2.1 - A ouvidoria deve desenvolver ferramentas capazes de influenciar mudanças nas práticas da gestão. As sugestões da ouvidoria devem contribuir com o planejamento e organização da gestão a ponto de promover mudanças em práticas, ações e serviços de saúde.</p> <p>4.2.2 - A relação das ouvidorias entre si e com outros órgãos, setores, instituições, entidades e sociedade civil deve propiciar o fortalecimento e a integração das ações e serviços.</p> <p>4.2.3 - A ouvidoria deve dispor de orçamentos negociados de forma transparente, além de recursos externos ou setoriais.</p>	<p>4.2.1 - Entrevista com gestor e com controle social.</p> <p>4.2.2 - Análise documental e entrevista com controle social.</p> <p>4.2.3 - Análise documental, entrevista com gestor, com outros órgãos de governo, com controle social e com rede.</p>
Resultados		<p>4.3.1 - A ouvidoria deve buscar a efetiva participação da sociedade, por meio da introdução de novas práticas de melhoria no seu desempenho organizacional, sempre levando em consideração os usuários do SUS.</p> <p>4.3.2 - A gestão da ouvidoria deve apoiar esforços e ideias que indiquem soluções e melhorias de fluxos de trabalho na busca permanente da eficiência, eficácia e efetividade de suas ações.</p> <p>4.3.3 - A ouvidoria deve buscar apoio e reconhecimento da sociedade ao produzir mudança em suas práticas. Essas mudanças devem ser percebidas pelos atores sociais envolvidos, comunidade e usuários do SUS.</p>	<p>4.3.1 - Entrevista com gestor.</p> <p>4.3.2 - Grupo focal com trabalhador e entrevista com Gestor.</p> <p>4.3.3 - Grupo focal com trabalhador e entrevista com gestor.</p>

Quadro 17 – Meios de Verificação na Avaliação Externa (conclusão)

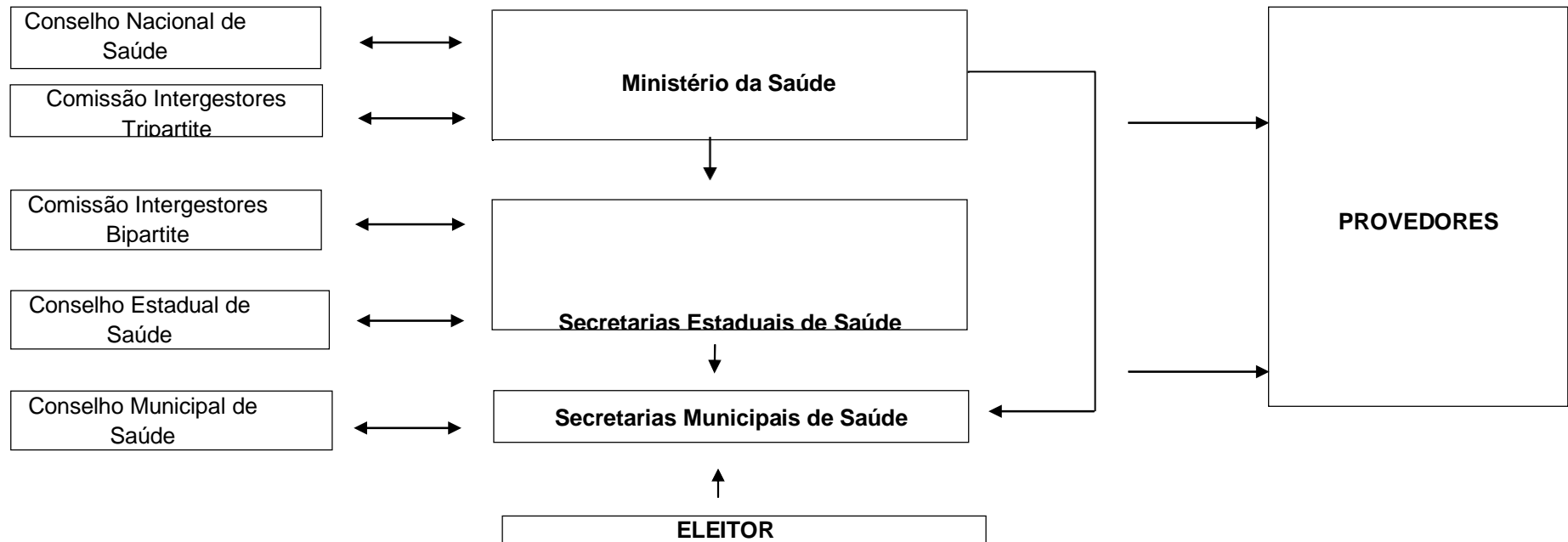
Dimensão	Subdimensão	Padrões de Referência	Meios de verificação
Resultados	Inovação	4.3.4 - A ouvidoria deve propiciar condições para uma maior participação do conjunto dos trabalhadores nos processos decisórios.	4.3.4 - Grupo focal com trabalhador e entrevista com gestor.
Resultados		4.3.5 - A ouvidoria deve estimular os atores a apresentarem ideias inovadoras a gestão.	4.3.5 - Grupo focal com trabalhador e entrevista com gestor.
		4.3.6 - A ouvidoria deve oferecer alternativas que simplifiquem a comunicação com os usuários.	4.3.6 - Grupo focal com trabalhador e entrevista com gestor.
		4.3.7 - A ouvidoria deve otimizar e aplicar todos os instrumentos com vista à obtenção de novas ideias que modernizem a organização do trabalho.	4.3.7 - Grupo focal com trabalhador e entrevista com gestor.

Nota: SUS – Sistema Único de Saúde.

Fonte: MOREIRA, 2018.

ANEXO I – Engenharia institucional do SUS

Figura 5 – Engenharia institucional do SUS



Fonte: ARRETCHE, 2003a.

ANEXO J – Projeto de Lei nº 4.278/2016



CÂMARA DOS DEPUTADOS



PROJETO DE LEI N.º 4.278, DE 2016
 (Da Sra. Professora Marcivania)

Altera a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, para dispor sobre as ouvidorias do Sistema único de Saúde (SUS) como instância de participação da comunidade.

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:
 SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA E
 CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54 RICD)

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

*Art. 1º - 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:

I -

II -; e

III - as Ouvidorias do SUS.

(...)

§ 6º - A Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde são considerados instâncias colegiadas, e as Ouvidorias do SUS se configuram como instâncias de participação direta do cidadão na gestão da saúde.

§ 7º - Em sendo pactuado na região de saúde, os municípios integrantes poderão compor apenas a ouvidoria regional do SUS, ou mesmo consorciada, resguardada a possibilidade de consignar os três formatos.

Art. 4º

VII – Ouvidoria do SUS, observado o disposto no § 7º, do Art. 1º desta Lei.”

Art. 2º - Esta Lei entre em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JUSTIFICAÇÃO

Senhoras Deputadas, Senhores Parlamentares, o constituinte originário foi sábio em abordar, entre outras prioridades da democracia, o caráter representativo e o caráter participativo preconizado logo no primeiro rol da Carta Magna, seu Art. 1º, assim denotando que ao cidadão elementos estatais de seu interesse seriam fomentados pelos eleitos de sua preferência (leia-se: prefeitos, governadores, deputados etc.), ou pelo mecanismo de intervenção direta, destarte, os institutos que consignaram aos indivíduos, unilateralmente ou colegiadamente, se fazerem avocar direitos e prerrogativas.

Pois bem! A analogia do Art. 1º da CF-88 se fará oportuna como primeiro argumento a clamar a aprovação desta Lei. Senão, vejamos: este Congresso Nacional sempre atento à valorização da democracia, embora neste caso setorizada à Saúde, portanto, aferindo ainda mais valor ao Sistema Único de Saúde (SUS), esta política revolucionária que tanto é servida de modelo a outros países no globo terrestre, aprovou em 1990 a Lei nº 8.142 e garantiu ao povo sua capacidade de intervenção em instâncias objetivas de congruência colegiada. Garantia-se, por conseguinte, a representação do indivíduo (usuário, cidadão, enfim, a pessoa humana) nos processos de construção e consolidação do SUS. No entanto, não por desatenção, mas por desfavor temporal e aguardo evolutivo, a saber, a capacidade inventiva do ser humano, pronto a ajustes e novas tecnologias (estruturais, sociais etc.), o Congresso deixara de fora a possibilidade de o cidadão, do ponto de vista

4

individual, livre, com ou sem recursos e insumos, poder este acionar a gestão pública para dizer o direito. É neste instante que se invoca a figura do Ouvidor.

Ora, não fosse o espaço da Ouvidoria do SUS, o seria somente as esferas colegiadas, contempladas pela Lei em comento, o vetor de controle social à Saúde e sua elaboração a partir dos pressupostos da comunidade. Não somente isso: a Ouvidoria tem seu ajustamento apropriado para elaborar, a partir das demandas (manifestações) do cidadão, um acervo de propostas, de ideias de aprimoramento e otimização da própria Administração Pública. São Relatório de Gestão, pesquisas, processos dialógicos, enfim, um conjunto de insumos derivados da matéria-prima das Ouvidorias, qual seja, a colocação do usuário, que auxilia coerentemente o agente público no acerto cada vez mais eficiente e eficaz.

É pertinente lembrar que o referido Diploma Legal (a 8.142) antecipa-se considerando os colegiados: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde como sendo os legítimos instrumentos da participação e do controle social. No entanto, guardada a peculiaridade de serem as Ouvidorias do SUS os espaços, reitera-se, de intervenção individualizada, ou seja, o ambiente em que o usuário, sem a necessidade de constituir um advogado [como no Judiciário], de pleitear necessariamente a defesa do direito difuso [a partir do Ministério Público], de integrar os fóruns dos movimentos sociais e de entidades de classe [fato que congrega o Conselho de Saúde], ou mesmo estar na condição de – ou influenciador de – um agente público [gestor e/ou trabalhador] da Saúde, a ouvidoria permite ao cidadão direta e individualmente opinar, propor, solicitar, criticar, fiscalizar (etc.) a política, a administração e as necessidades da saúde pública brasileira. Em suma, é o cidadão não-organizado sendo percebido pessoa de direito na democracia objetiva do SUS.

Dessa forma, reivindicamos a inclusão da nossa proposta de alteração da Lei nº 8.142/1990, para fazer constar no rol das instâncias que compõem a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde, as **Ouvidorias do SUS**.

Sala das Sessões, em 02 de Fevereiro de 2016.

Marcivania Flexa
Deputada Federal – PT-AP

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
 Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
 Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
 Seção de Legislação Citada - SELEC

CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988

TÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

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.

.....

.....

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º 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.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde - FNS serão alocados como:

- I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta Lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- I - Fundo de Saúde;
- II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;
- III - plano de saúde;
- IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS, previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta Lei.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

8

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

.....
.....
FIM DO DOCUMENTO

ANEXO K – Capa das revistas de divulgação das políticas sob a gestão da SGEP

Figura 6 – Capa das revistas de divulgação das políticas sob a gestão da SGEP



Fonte: BRASIL, 2013c, 2013d, 2013e, 2014h.