

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
CENTRO DE EDUCAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES APRENDENTES

ADALBERTO FULGÊNCIO DOS SANTOS JÚNIOR

OUVIDORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
É UM ESPAÇO DE GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA?

JOÃO PESSOA

2012

ADALBERTO FULGÊNCIO DOS SANTOSJÚNIOR

**OUVIDORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
É UM ESPAÇO DE GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA?**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Organizações Aprendentes da Universidade Federal da Paraíba, linha de pesquisa Aprendizagem em Organizações, requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão.

Orientador: Dr. Wilson Honorato Aragão,

JOÃO PESSOA
2012

S237o Santos Júnior, Adalberto Fulgêncio dos.
Ouvidoria no sistema único de saúde: é um espaço de
gestão democrática e participativa? / Adalberto Fulgêncio dos
Santos Júnior. - - João Pessoa: [s.n.], 2012. 112f. il.

Orientador: Wilson Honorato Aragão.
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CE/CCSA.

1. Administração pública-Gestão. 2. Sistema Único de
Saúde-Ouvidorias. 3. Ouvidorias - Participação popular. 4.
Democracia. 5. Ouvidorias-Brasil.

UFPB/BC

CDU: 35:658(043)

ADALBERTO FULGÊNCIO DOS SANTOS JÚNIOR

OUVIDORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
É UM ESPAÇO DE GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA?

Dissertação aprovada em 24/08/2012.

Banca Examinadora

Dr. Wilson Honorato Aragão
Universidade Federal da Paraíba
(Orientador)

Dra. Emília Maria Trindade Prestes
Universidade Federal da Paraíba
(Examinadora Interna)

Dr. Charliton José dos Santos Machado
Universidade Federal da Paraíba
(Examinador Externo)

Dedico este trabalho a Maria
das Vitórias,

que carrega em seu nome a
vontade de vencer de forma plural
(inclusive comigo).

AGRADECIMENTOS

A Maria Monteiro, personagem principal da minha vida;

A Adalberto Fulgêncio, que se reflete em mim como espelho até no nome;

A Vinícius, um empréstimo já devolvido ao mundo (Saramago);

A Dona Vitória, que me acolheu como se eu fosse seu fruto;

Aos professores Ana Paula Romão, Éder Dantas e Wilson Honorato, que me
provocaram como a força de uma lua cheia;

A Márcio Paysan, a Musa Denaíse, a Luciana Albano e a todos que fazem a
Ouvidoria-Geral do SUS, com os quais quase aprendi a ouvir;

A todos os professores do mestrado profissional, que enfrentaram as incertezas de
quem ousa a ser pioneiro;

Aos colegas de curso, com os quais vivi em comunidade; e,

A todos com quem brinquei na infância e na adolescência.

RESUMO

Há quase trinta anos, a sociedade brasileira convive com os pressupostos clássicos da democracia, todavia a participação dos cidadãos na geração de direitos é insuficiente, inclusive na gestão do aparelho do Estado. Por isso, este estudo verificou se as ouvidorias no Sistema Único de Saúde (SUS) se constituem como espaço de participação e como instrumento de gestão, tornando o aparelho estatal brasileiro mais acessível aos usuários dos serviços de saúde a partir da escuta de suas vozes. Para tanto, a pesquisa se referenciou no conceito de sociedade democrática como sendo aquela que gera direitos como uma criação social que modifica a ação do aparelho estatal (CHAUÍ, 2011); e, em Lüchmann (2007) que define um espaço de democracia participativa como um ambiente de discussão pública em torno de decisões de interesse coletivo, sustentado pelo compromisso governamental, pela tradição associativa dos cidadãos e pelo seu desenho institucional. Nesse rumo, foram analisados os relatórios gerenciais da Ouvidoria-Geral do Ministério da Saúde referentes à assistência farmacêutica no período de 2008 a 2011, que permitiu o cotejamento com as listas de medicamentos do SUS publicadas no mesmo período, a fim de verificar se as manifestações dos usuários do SUS são consideradas na elaboração dessas listas. Ao final, verificou-se que o SUS contribuiu para democratizar o aparelho estatal brasileiro; que a Ouvidoria-Geral do SUS é uma possibilidade de participação, ainda não sendo um ambiente de democracia participativa; e, que ela não é vista como instrumento de gestão, pois os seus relatórios gerenciais não foram considerados pelo Ministério da Saúde, pelo menos naquilo concernente às manifestações dos usuários sobre a elaboração da lista de medicamentos. Por este estudo, considera-se que a Ouvidoria-Geral do SUS está ainda se instituindo como ambiente de democracia participativa e instrumento de gestão.

Palavras chaves: Democracia. Participação. Gestão Pública. Sistema Único de Saúde. Ouvidoria.

ABSTRACT

The Brazilian society has experienced classical principles of democracy for almost thirty years however citizen involvement remains insufficient when it comes to Public Administration. In doing so, this study aimed to verify whether the Public Health Care System (SUS) Ombudsmen have in fact served as a public management tool giving room to participation and listening to users concerns. The study based itself on the concept that a democratic society is one where civil rights are created as a mean to change and enhance the state (CHAUÍ, 2011). As per Luchman (2007), a participative democracy is an open debate environment of public affairs towards collective interests based on government commitment. Health Care Ombudsman management reports from 2008 to 2011 regarding drug programs have been analyzed allowing for a comparison between the drug lists published by SUS in the same period with the purpose of verifying whether user requests are taken into account. The results showed SUS has helped socialize the state and might very well allow for participation although not yet considered a management instrument once its reports have not been taken into account in the development of drug lists. Based on this study, the SUS General Ombudsman is still in the process of establishing itself as a democratic environment and management instrument.

Keywords: Democracy. Participation. Public Administration. Public Health Care (SUS). Ombudsman.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPSESP – Caixa de Assistência e Pecúlio dos Servidores
CES – Conselho Estadual de Saúde
CF – Constituição Federal
CGRH – Coordenação-Geral de Recursos Humanos
CIB – Comissão Intergestora Bipartite
CIT – Comissão Intergestora Tripartite
CLT – Consolidação da Leis do Trabalho
CNS¹ – Conselho Nacional de Saúde
CNS² - Conferência Nacional de Saúde
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica
DASP – Departamento de Administração do Serviço Público
DDG – Discagem Direta Gratuita
DF – Distrito Federal
DOGES – Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde
DOU – Diário Oficial da União
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GEAP – Grupo Executivo de Assistência Patronal – Fundação de Seguridade Social
LDB – Lei de Diretrizes e Base de Educação Nacional
MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado
MS – Ministério da Saúde
MS/GM – Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro
OGU – Ouvidoria Geral da União
OUVIDORSUS – Sistema Informatizado da Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde
PDRAE – Plano Diretor de Reforma e Aparelho do Estado
PPA – Plano Plurianual
PR – Paraná
SAC-SUS – Serviço de Atendimento ao Cidadão do Sistema Único de Saúde
SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SNAS/SG-PR – Secretaria Nacional de Articulação Social da Secretaria Geral
Presidência da República
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. Os caminhos de uma pesquisa.....	11
2. Contextualização e problematização do tema	16
2.1 Objetivos	23
2.1.1 Objetivo geral.....	23
2.2.1 Objetivos específicos	23
2.2 Os alinhamentos teóricos e metodológicos da investigação	24
2.3 A estruturação do trabalho	28
3. O SUS e as reformas do aparelho do Estado brasileiro	30
3.1 Alguns traços dos modelos de administração pública.....	30
3.2 Uma visão geral das reformas administrativas.....	36
3.3 A contribuição do SUS para a reforma do aparelho do Estado	41
4. A Ouvidoria do SUS como democracia participativa.....	48
4.1 Um panorama das Ouvidorias no Brasil.....	48
4.2 A concepção da Ouvidoria-Geral do SUS	54
4.3 A Ouvidoria como espaço de participação	61
5. A Ouvidoria como instrumento de gestão	66
5.1 A origem e a constituição da Ouvidoria-Geral do SUS.....	66
5.2 As potencialidades e os limites da Ouvidoria como instrumento de gestão	72
5.3 A análise dos relatórios gerenciais da Ouvidoria-Geral do SUS	74
6. Considerações finais.....	86
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICES.....	97
ANEXOS	105

1 - Os caminhos de uma pesquisa

Trago, nesta dissertação, uma parte de minha vida: minha trajetória que volta para o mundo da saúde. Trata-se de uma experiência que vivenciei como funcionário do Ministério da Saúde (MS), nos anos de 1980, que passa, rapidamente, pela direção de entidades sindicais desse ramo da política pública. Estreei como gestor em 1993, quando assumi a gerência estadual do Grupo Executivo de Assistência Patronal (GEAP), da Fundação Seguridade Social, na Paraíba, uma entidade fechada, de previdência privada e de plano de saúde complementar, que me levou a enxergar atitudes e assuntos relacionados a processos de trabalho, gestão da informação, gestão do conhecimento, gestão de pessoas e o significado do orçamento e do planejamento.

A experiência como gestor de um plano de saúde complementar me fez refletir sobre a minha vivência no mundo do trabalho em saúde, especialmente durante os anos da década de 1980 do século passado, quando, mais intensamente, foram externadas as inquietações do movimento pela reforma sanitária brasileira, que agregou profissionais da área de Saúde, intelectuais, usuários e agentes políticos em torno da defesa da saúde como direito de cidadania. Esse movimento culminou na constitucionalização da saúde como um direito de todos e dever do estado e elencou as diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, especialmente a diretriz organizativa, que cuida da participação comunitária, regulamentada de forma infraconstitucional pelas Leis 8080 e 8142, ambas de 1990, particularmente no tocante à obrigatoriedade das realizações das conferências e do funcionamento dos conselhos de saúde nas três esferas de governo, o que abriu espaço para práticas de democracia participativa.

Assim, ao passar uma dezena de anos como trabalhador da saúde, dos quais, a metade como dirigente sindical, mais doze meses como gestor e participante dos movimentos que fizeram o surgimento do Sistema Único de Saúde, adentro este século na chefia da Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), na Paraíba, no período de 2003 a 2006, ao mesmo tempo em que representei o Ministério da Saúde, como conselheiro, no Conselho Estadual de Saúde (CES) na Paraíba.

Isso me fez migrar para outros cantos, como Brasília, por exemplo. Nesse momento, na condição de gerente da Coordenação Geral de Recursos Humanos

(CGRH) da FUNASA, onde cuidei das relações de trabalho entre 2007 e 2008 e, nesse mesmo período, agi como membro conselheiro titular do Plano de Saúde Suplementar (CAPSESP) dos servidores da FUNASA. Em seguida, no final de 2008, assumi o cargo de diretor do Departamento de Ouvidoria-Geral (DOGES) do SUS, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS).

Essa trajetória pelo mundo da saúde, desempenhando papéis de trabalhador, dirigente sindical, conselheiro de saúde, conselheiro em empresa de plano de saúde e gestor, especialmente como diretor da Ouvidoria-Geral do SUS, despertou-me o desejo de averiguar uma das diretrizes organizativas estruturantes do SUS - a participação da comunidade. Essa minha inquietação se deu porque a Ouvidoria se apresenta como um espaço de participação da sociedade, porém não está institucionalizada nos normativos legais que regulamentam os dispositivos constitucionais que tratam da participação no SUS. Em outros termos, a participação pensada para o exercício da democracia participativa, no âmbito do SUS, não levou em consideração as possibilidades de outros espaços de participação que não fossem os conselhos de saúde, previsto nos comandos normativos da Lei 8.142 de 1990.

Assim, esta pesquisa foi desenvolvida para investigar se o DOGES é uma Ouvidoria que se revela como espaço de participação dos usuários do SUS, em uma perspectiva de exercício de cidadania ativa. E por isso, pergunto: é possível afirmar que a participação da sociedade, por meio das Ouvidorias do SUS, é um vetor de influência na tomada de decisão daqueles que formulam as políticas de saúde no MS? Para responder a essa pergunta, concentrei minhas reflexões sobre os meus últimos dois anos como gestor, em que estive à frente do DOGES/SGEP/MS, pois analisei os relatórios que fazem referência às manifestações originárias dos usuários sobre o sistema de saúde e que são levadas ao conhecimento das áreas técnicas que elaboram as políticas de saúde, para verificar se tais relatórios gerenciais são considerados pelos gestores responsáveis por essas áreas.

Esse período, em que fiquei à frente do Departamento anteriormente referido, fez-me perceber que as manifestações dos usuários do sistema de saúde carregam experiências, práticas, valores, intuições e tirocínios que representam saberes não estruturados. Todavia, parece que os gestores não concebem tais saberes como um motivo de reflexão nem como possibilidades de modos de agir diferente. Isso pode

representar um desperdício de oportunidade em que as estruturas do aparelho do Estado se fecham para a sociedade, não se deixando abrir como ouvidos para as vozes advindas das ruas. Percebi também que essas manifestações acontecem sem a mediação de sujeitos coletivos, como sindicatos, partidos políticos, igrejas, clubes etc. Elas expressam as vontades de indivíduos e individualidades, estabelecendo uma relação direta entre o usuário, que vocaliza sua manifestação, e o aparelho do Estado, que recepciona a escuta dessas vozes, em busca da concretização de um direito ou de novos direitos. Tudo isso mediado por esse ambiente chamado de Ouvidoria.

Nesse sentido, este estudo se justifica para que possamos investigar se as Ouvidorias se caracterizam mesmo como espaços de cidadania e instrumentos de gestão, pois essas vozes, muitas vezes, representam pontos de vista de parte da sociedade que não se sente ou não quer ser representada por ninguém, ativando a sua cidadania de modo próprio, individualizado, sem nomear ou eleger representantes. Assim, é por meio das Ouvidorias que as vozes das ruas, dos becos e das esquinas adentram a máquina estatal e fazem com que os gestores públicos da área de Saúde passem a refletir, considerando essa realidade extrainstitucional, posto que vem por meio de um espaço não pensado inicialmente pelo movimento sanitarista.

Esse movimento, que teve como um de seus pilares a participação da comunidade, além de ter se caracterizado por um conjunto de atos e ações impulsionados por profissionais de saúde, sindicatos, organizações de usuários, universidades, agentes políticos etc., voltados para a busca da saúde como um direito de cidadania, não foi capaz de pensar um espaço, como as Ouvidorias, que se abrisse para manifestações originárias de indivíduos sem a mediação de quaisquer sujeitos coletivos, muito menos que pensasse na possibilidade de se transformar em um espaço que contribuísse para um gerenciamento compartilhado da máquina pública, envolvendo o usuário em sua inteireza e dando efetividade à participação como diretriz organizativa do Sistema Único de Saúde.

As manifestações dos usuários de saúde acolhidas pelas Ouvidorias podem carregar práticas de aprendizagem em gestão e subsidiar não somente os organismos de controle social – conselhos de saúde – para aferir a aplicação das políticas de saúde, mas também contribuir para uma possível remodelagem da gestão pública da saúde brasileira sob a perspectiva de um usuário que não está

organizado em sujeitos coletivos, como sindicatos, partidos políticos, associações, organizações não governamentais, igrejas, clubes etc., ampliando espaços de participação direta do cidadão.

Como se vê, as Ouvidorias podem ser espaços de cidadania, porque se configuram como um ambiente em que o aparelho do Estado se abre para a comunidade e, talvez seja, ao mesmo tempo, instrumento de gestão, porque as manifestações chegam até elas em forma bruta, como dados que devem ser tratados para se transformar em informação. Por conseguinte, tais informações devem ser trabalhadas em forma de relatório gerencial que poderá ou não servir de referência para rebaixar os atos e as ações dos gestores e confirmar se o SUS carrega em seu bojo elementos que contribuíram para a reforma do aparelho do Estado brasileiro, inclusive verificando se a Ouvidoria surge ou está interconectada com tais elementos reformadores no interior da nossa administração pública.

Nesse rumo, os relatórios gerenciais gerados pelo sistema de informação da Ouvidoria-Geral do SUS serão os principais caminhos de precursão deste estudo, com vistas a desanuviar a nossa curiosidade a respeito desse Órgão como mais um espaço de democracia e de participação, influente no modelo de gestão pública e que se serve, inclusive, como instrumento de gestão, bem como suas relações com os elementos contributivos do SUS para a reforma do aparelho do nosso Estado.

É assim que está clarividente a necessidade de analisar a efetividade das Ouvidorias, pois esses ambientes institucionalizados, especialmente no âmbito do SUS, são pouco estudados em nosso país como espaços reais de participação da cidadania, menos ainda, são estudados os seus relatórios gerenciais, em uma perspectiva de considerá-los como um instrumento de gestão, e, por conseguinte, como uma oportunidade de remodelar a própria gestão pública em saúde e que pode incorporar uma nova racionalidade gerencial que se deixe influenciar pelo usuário, originário daquilo que é externo ao aparelho de Estado.

Por essa razão, esta pesquisa foi necessária, a fim de demonstrar se os relatórios gerenciais da Ouvidoria-Geral do SUS estão carregados de exercício de cidadania e práticas de aprendizagem em gestão, que possam representar uma contribuição para um modelo de gestão mais democrática e mais acessível à participação e, igualmente, ativar a cidadania, gerando novos direitos, ampliando e fortalecendo novas formas de democracia e participação. Em outras palavras, fizemos um estudo a respeito dos relatórios da Ouvidoria-Geral do SUS, vinculada à

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, para investigar se as manifestações dos usuários do Sistema Único de Saúde se transformaram em um vetor de influência na formulação das políticas públicas de saúde.

2. Contextualização e problematização do tema

Para se falar em Ouvidoria, como um eventual espaço para uma gestão democrática e participativa, no interior do aparelho do Estado brasileiro, precisamos falar sobre uma compreensão de Estado, democracia e participação, além de repassar os nossos olhos por um campo de visão que focalize os últimos trinta anos, pois, nesse período, os ventos da democracia começaram a se espalhar na direção dos países da América do Sul, inclusive no Brasil, pelo menos naquilo que comumente passou a se considerar como tal a partir do advento do Estado moderno, para atender aos pressupostos clássicos da democracia liberal, que, segundo Giddens, só pode ser definida de forma processual (1996: 124). O mesmo autor expressa a sua concordância com Weber e Bobbio, ao afirmar que a democracia liberal é basicamente um sistema de representação. Em outras palavras,

é uma forma de governo caracterizada por eleições regulares, sufrágio universal, liberdade de consciência e pelo direito universal de candidatar-se a um cargo ou de formar associações políticas. Definida dessa maneira, a democracia é normalmente relacionada ao pluralismo e à expressão de interesses diversos (GIDDENS, 1996, p.129).

Nesse sentido, Bobbio² assevera que, para definir minimamente a democracia,

não bastam nem a atribuição a um elevado número de cidadãos do direito de participar direta ou indiretamente da tomada de decisões coletivas, nem a existência de regras de procedimento como a da maioria (...). É indispensável uma terceira condição: é preciso que aqueles que são chamados a decidir ou eleger os que deverão decidir sejam colocados diante de alternativas reais e postos em condição de poder escolher entre uma e outra. Para que se realize esta condição é necessário que aos chamados a decidir sejam garantidos os assim denominados direitos de liberdade de opinião, de expressão, das próprias opiniões, de reunião, de associação, etc. (1997, p. 20).

Diante dessas assertivas, podemos afirmar que o Brasil se redemocratizou seguindo esses pressupostos e as trilhas de uma agenda que buscava a democracia e o exercício pleno da cidadania, percorrendo momentos de mobilização institucional intensa, como: a campanha das Diretas Já, a campanha pelos direitos na Assembleia Constituinte, a campanha pelo *impeachment* do presidente Collor e a

mobilização da campanha presidencial em 2002, que elegeu o presidente Lula (GUIMARÃES, 2009, p. 16).

Em consonância com o restante do país, na Paraíba, essa mobilização não foi exceção, todavia, diante da realidade baseada nas atividades primárias e de serviços da economia paraibana, esse movimento social ocorreu em torno da reorganização dos trabalhadores rurais e de setores do serviço público, especialmente a reorganização sindical dos professores da rede estadual de ensino, sob a perspectiva de uma nova concepção de sindicalismo, cujos primeiros passos são descritos assim, nas palavras de Aragão:

Em 1980 tomamos o poder na AMPEP. Aquele foi o ano de mudança, do conflito entre a diretoria assistencialista e imobilista, que havia traído a greve, e o novo sindicalismo, forjado na luta da categoria. A eleição foi em abril de 1980, mas antes dela, tivemos que enfrentar um concurso público, pois o governo, sabedor de que a maioria dos integrantes da vanguarda do movimento docente era ainda estudante, aliou-se à diretoria da AMPEP e resolveu antecipar o concurso. Mesmo consciente de que muitos de nós perderíamos o emprego por ainda sermos estudantes, não podíamos deixar de defender a realização de concurso público como a forma mais adequada de ingresso na categoria do magistério, dos educadores. Tínhamos, porém, a certeza de que perderíamos alguns valorosos companheiros, mas não os princípios. (2007, p. 20).

Perecebe-se que, ao longo desse período, o país passou a conviver com suas instituições democráticas em plena atividade, seguindo o ritmo da maioria dos Estados considerados democráticos, aqueles que adotam em seu interior a democracia representativa para o seu funcionamento. Entretanto, isso parece ser insuficiente para que as pessoas participem mais diretamente em defesa de seus interesses, haja vista que as sociedades contemporâneas se apresentam com um grau de complexidade nunca visto, especialmente pelo surgimento de novas tecnologias, que possibilitam a transparência e a comunicação em uma velocidade que desafia os conceitos tradicionais de tempo e de espaço; pelo surgimento de relações sociais em um mundo pós-industrial; pela exorbitância da concentração do poder econômico; pela força das mídias e pelo surgimento de novas estruturas sociais heterogêneas e diversificadas.

Atualmente, como afirma Brennand, para que se possa pensar na questão democrática, é necessário “compreender a conexão entre a mundialização, a despolitização e os processos econômicos” (BRENNAND *et al* [org.] 2006: 31), evidenciando as insuficiências dos limites das formas de democracia consagradas

pela modernidade e, por conseguinte, fazendo emergir a necessidade de se ampliar e fortalecer a participação da sociedade nas tomadas de decisão das políticas públicas.

Para tanto, é preciso aperfeiçoar os processos de ativação da cidadania e criar novos ambientes que permitam a escuta da população em uma perspectiva democrática que tenha a participação dos cidadãos evidenciada mais direta e amplamente, promovendo a população em níveis mais elevados de participação decisória e diminuindo a distância entre os que decidem e os que são postos a meros exercícios de cumprimento da decisão tomada sem a sua efetiva participação.

Nesse rumo, vejamos quais são os fundamentos de uma democracia, sob o ponto de vista de Benevides:

A exigência de juntar, de modo inarredável, democracia política e democracia social rompem com a definição tradicional que restringe democracia à existência de direitos e liberdades públicas individuais e eleições periódicas – indispensáveis, é óbvio. Além disso, é preciso afirmar, com veemência, que a democracia supõe, sempre, o controle sobre as possibilidades de abuso de poder, inclusive o do povo soberano. Se a democracia significa “governo do povo”, a soberania popular sem freios e regras não sustenta um regime democrático. Sem limitação dos poderes governamentais e popular e sem respeito aos direitos humanos, a soberania popular tende fatalmente ao abuso da maioria e à sua transformação, por exemplo, em “ditadura do proletariado”, ditadura da oligarquia partidária ou ditadura de um déspota. Por outro lado, o mecanismo formal da separação de poderes e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, sem que o povo exerça efetivamente o poder supremo, é mero disfarce da dominação oligárquica ou, o que acontece frequentemente, floreio de retórica “para inglês ver” (2003, p. 86).

A contemporaneidade, com toda a complexidade que representa, inclusive demonstrando seu inacabamento, suas incompletudes e suas incertezas, contribui para se resgatar uma noção de participação como o “caminho natural para que o homem possa exprimir sua tendência inata de realizar, de fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e dominar a natureza e o mundo” (BORDENAVE, 1983, p. 16). Por isso o modelo único e exclusivo da democracia representativa, “entendida aqui como aquela em que as deliberações coletivas são tomadas em nome da coletividade inteira, e não diretamente por aqueles que delas fazem parte, mas por pessoas eleitas para este fim” (BOBBIO, 1997: 44), ainda que formal e constitucionalmente represente o conjunto dos eleitores por meio de seus representantes, devidamente eleitos pelo sufrágio universal, secreto e em pleitos periódicos, não é suficiente.

Esse modelo de democracia está se esgarçando nas sociedades contemporâneas, pois representante e representado passam a compor mundos diferentes e conflitantes, o que promove um ambiente de desconfiança e de descrédito nas próprias instituições democráticas. O cidadão não se sente mais representado, estabelecendo uma separação de seus representantes, “o que gera um razoável desestímulo à participação” (BRASIL, 2010, p. 10) ou, nos termos expostos por Bordenave,

a frustração da necessidade de participar constitui uma mutilação do homem social. Tudo indica que o homem só desenvolverá seu potencial pleno numa sociedade que permita e facilite a participação de todos. O futuro ideal do homem só se dará numa sociedade participativa (1983, p. 17).

Diante dessa realidade, a democracia deve se manifestar, também, por meio de outras formas e modelos que permitam a aproximação entre os que decidem e os que sofrem as consequências das decisões. Esses modelos podem agregar características de ampliação e fortalecimento da participação, buscando criar ligaduras entre a democracia representativa e a democracia participativa. Para isso, as estruturas do aparelho do Estado precisam de ambientes que acolham as manifestações originárias da sociedade.

Assim, a democracia requer outras formas por meio das quais seja possível escutar a vocalização dos cidadãos. Nesse contexto, a democracia participativa é aquela que implica o exercício de cidadania de forma direta e pessoal nos atos de governo que fazem funcionar o aparelho do Estado, no dizer de Boaventura de Souza Santos: precisamos democratizar a democracia (2007).

Entre as mobilizações que marcaram os últimos trinta anos, ao final dos anos de 1970 e especialmente no decorrer dos anos de 1980 do século passado, ocorreu o movimento para democratizar o acesso à saúde para todos os brasileiros, de maneira universal e gratuita, o chamado movimento pela reforma sanitária em nosso país, que inter-relacionou mobilização social e institucional a um só tempo, o que resultou na instituição do art. 196 da Constituição Federal (CF), promulgada em 5 de outubro de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e em cujo inciso III do art. 198, acrescentou a participação da comunidade como uma das diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL,

2007, p. 07). Esses institutos constitucionais foram regulamentados infraconstitucionalmente pela Lei 8.142 de 1990.

Esse arcabouço jurídico estabeleceu, entre outras coisas, que a participação da comunidade na definição de políticas públicas voltadas para a saúde se dará pela realização de conferências de saúde, no âmbito de todas as três esferas de governo, e pela constituição de conselhos de saúde em todas as unidades federativas da República brasileira. Essas práticas sociais, a partir da posse do governo Lula, em 2003, passam a ser estimuladas pela esfera federal como uma orientação política de governo genericamente participativa, constatada pela ampliação da participação da sociedade nos atos de governo, pois a elaboração do Plano Plurianual (PPA), pioneiramente, passou a receber consultas públicas de entidades da sociedade civil; pelo fortalecimento dos conselhos de políticas públicas, já existentes, que passaram a ter dotação orçamentária e financeira própria; pela criação de novos conselhos e pela realização de um conjunto de conferências que contribuíram para definir as prioridades das políticas governamentais (AVRITZER, 2009: 41).

É nesse cenário que a 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília-DF, de 7 a 11 de dezembro de 2003 – depois que o tema da Ouvidoria foi abordado tanto na 10ª quanto na 11ª Conferência Nacional de Saúde, ambas anteriormente realizadas em Brasília – DF, de 6 a 9 de setembro de 1996, e de 15 a 19 de dezembro de 2000, respectivamente - aprovou, em seu relatório final, a necessidade de se elaborar uma política nacional de Ouvidorias no âmbito do SUS, *in verbis*:

49. 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. (12ª, 2004, p.111).

Esse item do relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde (12ª, 2004) passou a ser considerado pelas três esferas de governo em seus planos de saúde, inclusive porque a esfera federal passou a destinar incentivos financeiros e apoio técnico do Ministério da Saúde para estados e municípios, além de o próprio Ministério já ter se antecipado a esse relatório com a criação de sua Ouvidoria-Geral, por meio do Decreto nº 4.726 de 9 de junho de 2003, que instituiu o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES), vinculado à Secretaria de Gestão Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS) que, entre outras atribuições, tem a competência de propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidorias do SUS (BRASIL, 2009), em consonância com a orientação governamental de tornar o aparelho do Estado mais aberto à participação.

A partir daí, a cada ano, as Ouvidorias do SUS foram sendo constituídas nos municípios e nos estados, no âmbito das respectivas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde da Federação e passaram a representar um novo ambiente de participação dos usuários do sistema, abrindo mais um canal de interlocução com os usuários do SUS, além das já existentes formas consagradas das conferências e conselhos de saúde.

Eis o despertar de minha curiosidade, pois foi essa nova possibilidade de participação dos usuários, no âmbito do SUS, que me chamou a atenção, visto que essa participação se dava sem intermediários. Nesse ambiente de participação, o cidadão, ao buscar os serviços de Ouvidoria, não se fazia representar por ninguém, diferentemente das vocalizações dos conselheiros de saúde, que representam entidades de trabalhadores, de usuários ou de prestadores de serviço ou aqueles que representam simplesmente os governos em seus respectivos conselhos. Por isso mesmo, aqueles que buscavam os serviços da Ouvidoria não sofriam ingerência dos filtros das organizações e das entidades sociais, porque, na relação entre o cidadão e os serviços de Ouvidoria, não há o intermediário, não há o instituto da representação.

Essa particularidade me fez perceber que era necessário estabelecer um novo marco referencial para o serviço de Ouvidoria como espaço de cidadania e instrumento de gestão, com vistas a alargar a participação social que pode influir na tomada de decisões daqueles gestores que são responsáveis pela formulação das políticas públicas em saúde, o que contribui como elemento reformador do aparelho

do Estado brasileiro, ao introduzir elementos de democratização em sua estrutura, e dialogar com alguns aspectos da proposta de Bresser-Pereira (1995).

Nesse sentido, este trabalho mirou no estudo das Ouvidorias dos serviços públicos de saúde brasileira, especialmente a Ouvidoria-Geral do SUS, vinculada ao Ministério da Saúde, para verificar se essa estrutura do aparelho estatal se constitui, a um só golpe, em espaço de cidadania e em instrumento de gestão, propiciando a incorporação de práticas de aprendizagem por meio do acolhimento e devido ao tratamento das manifestações advindas dos usuários dos bens e serviços de saúde pública, contribuindo para reformar a estrutura da máquina pública.

Assim, vale lembrar a noção de democracia como invenção, a que Marilena Chauí se referiu na XIII Conferência Nacional da Ordem dos Advogados (1990) *apud* SOUZA JUNIOR:

a cidadania ativa é aquela que é capaz de fazer o salto do interesse ao direito, que é capaz portanto de colocar no social a existência de um sujeito novo, de um sujeito que se caracteriza pela sua autoposição como sujeito de direitos, que cria esses direitos e no movimento da criação desses direitos exige que eles sejam declarados, cuja declaração abra o reconhecimento recíproco. O espaço da cidadania ativa, portanto, é o da criação dos direitos, da garantia desses direitos e da intervenção, da participação direta no espaço da decisão política. (2002, pp.152-153).

Ainda sobre esse tema, ela assevera:

a marca da democracia moderna, permitindo a passagem da democracia liberal para a democracia social, encontra-se no fato de que somente as classes populares e os excluídos concebem a exigência de reivindicar direitos e criar novos direitos (CHAUÍ, 2011, p. 352).

É aí que reside o problema central desta pesquisa. Nessa experiência estudada, verificamos se as áreas técnicas e programáticas do Ministério da Saúde, que são responsáveis pela elaboração e pela formulação das políticas de saúde pública, consideram como vetor de influência, em sua tomada de decisão, as manifestações vocalizadas pelos usuários do SUS, por meio de sua Ouvidoria-Geral, com base no entendimento de espaço democrático e participativo esposado por Luchmann (2007), e com a possibilidade de essas manifestações se transformarem em geração de novos direitos, que expressam a noção de cidadania ativa, como defende Chauí (2011).

Assim, considerando a análise dos relatórios da Ouvidoria-Geral do SUS e as referências teóricas anteriormente ventiladas, podemos sintetizar em termos

interrogativos: Essa Ouvidoria pode ser considerada, concomitantemente, como um espaço de participação e como instrumento de gestão democrática, que contribui, a partir das vozes originárias da sociedade, para tornar o aparelho do Estado brasileiro mais aberto e mais acessível aos usuários dos bens e serviços de saúde pública?

2.1 Objetivos

Para fins de responder ao problema da pesquisa, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

2.1.1 Objetivo geral

Identificar se as manifestações vocalizadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde foram consideradas como vetores de influência na formulação das políticas de saúde, na esfera do governo federal, mais precisamente, as voltadas para a assistência farmacêutica, recepcionadas pela Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde e expressas em seus relatórios gerenciais, no período compreendido entre 2008 e 2011. E se este ambiente diz respeito a um espaço de democracia participativa, no âmbito do aparelho do Estado brasileiro, que transforma seus dados e informações em instrumento de gestão democrática e se o SUS contribui como elemento reformador do aparelho estatal.

2.2.1 Objetivos específicos

As definições dos objetivos específicos, a seguir elencados, estão direcionadas no sentido de atingir o objetivo geral proposto:

- a) Identificar a contribuição do SUS como elemento reformador do aparelho do Estado brasileiro;
- b) Identificar as características da democracia participativa na Ouvidoria-Geral do SUS;

- c) Verificar as potencialidades e os limites da Ouvidoria-Geral do SUS como instrumento de gestão.

2.2 Os alinhamentos teóricos e metodológicos da investigação

Para efeitos desta pesquisa, não obstante a multiplicidade de teorias e dos conceitos que tratam de palavras tão categorizadas como Estado, democracia, participação, administração e aprendizagem, afirmamos que tão somente foram utilizados os conceitos básicos defendidos por Bobbio (1997) e Giddens (1998) para fins de balizamento da noção geral daquilo que entendemos como uma democracia no âmbito do Estado moderno.

Para tanto, é necessário, também, um conceito mínimo de Estado, sem prejuízo de estabelecer as necessárias relações com a complexidade inerente ao mundo contemporâneo, que exige um diálogo com outros autores que tratam da mesma matéria. Isso quer dizer que foram considerados, também, os fundamentos da democracia, segundo Benevides (2003), bem como os conceitos de Boaventura Santos (2002), ao afirmar a necessidade de democratizar a democracia por caminhos que levem à participação e àquilo que Chauí (2002) chama de exercício de cidadania ativa.

Nesse mesmo rumo, para tratar da participação como originária de um mundo prenhe pela democracia, tivemos como fundamento a noção de democracia participativa ou deliberativa nos preceitos defendidos por Luchmann (2007), sem menosprezo de inter-relacionamentos com outros autores que cuidam do assunto, inclusive as referências clássicas afirmadas por Pateman (1992). Isso tudo sem perder de vista as noções do modelo de gestão operado pelo aparelho estatal. Por isso, cuidamos genericamente das reformas do aparelho do Estado brasileiro, vislumbrando a convivência de características dos modelos patrimonialista, burocrático, gerencial e participativo, na gestão pública brasileira, em sua esfera federal, passando pelos fundamentos que nortearam tais reformas. Para isso, os princípios da reforma do aparelho do Estado brasileiro propostos por Luiz Carlos Bresser-Pereira (1995) foram referenciados neste estudo, sem prejuízo das referências de Chiavenato (2011). Já para o fenômeno das Ouvidorias em nosso país e sua expressiva expansão na primeira década deste século, apesar da

escassa literatura em torno do assunto, balizamo-nos com a produção de conhecimento do Professor Rubens Pinto Lyra (2011).

E, finalmente, naquilo que diz respeito à abordagem de eventuais práticas de aprendizagem decorrentes dos processos de trabalho no interior do SUS, mais especialmente, aqueles inerentes à constituição de sua Ouvidoria-Geral, utilizamos o conceito de aprendizagem que incorpora a perspectiva de ações dialogadas de Paulo Freire (1967), colada à capacidade de extração de saberes originários das escutas dos usuários do SUS, por meio dos conceitos presentes na importância do ato de ler (FREIRE, 1989), somando-se ao enunciado do artigo primeiro da Lei 9.394/96, conhecida como Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB, 1996), que afirma a educação como um processo que abarca a formação desenvolvida, não apenas na escola, mas também no seio do trabalho, nos ambientes de movimentos sociais e por meio de manifestações culturais.

Este estudo, ao seguir esse alinhamento teórico, buscou encadeá-lo com o uso do método qualitativo e analítico descritivo, porém sem desprezar os dados quantitativos. Por esse caminho, esta pesquisa observou as Ouvidorias nos serviços de saúde pública brasileira, buscando informações a seu respeito nos últimos três planos nacionais de saúde, nos relatórios finais das conferências nacionais de saúde e, muito especialmente, nos seus relatórios gerenciais da Ouvidoria-Geral que espelham o tratamento das manifestações vocalizadas pelos usuários sobre os serviços do SUS, a fim de identificar se tais vocalizações materializadas nesses relatórios gerenciais se revelam como vetores de influência na formulação das políticas de saúde pública pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde que, se incorporadas pelos gestores, podem contribuir para novas práticas de governança que passem a considerar as singularidades dos sujeitos beneficiários dos serviços de saúde e verificar se as Ouvidorias podem ser consideradas como espaço de participação e instrumento de gestão.

A análise das informações contidas nos planos nacionais de saúde e nos relatórios finais das conferências nacionais de saúde possibilitou que se averiguasse a sintonia desses documentos aprovados em espaços de natureza participativa com a tomada de decisão dos gestores, a fim de verificar se o advento das Ouvidorias e o próprio SUS possam ser considerados como elementos que contribuíram para reformar o aparelho da administração pública federal.

Já a análise dos relatórios gerenciais das Ouvidorias espelha as singularidades em que se encontram os indivíduos que buscam ter acesso aos serviços públicos de saúde. Essas singularidades, muitas vezes, podem representar contribuições para práticas de gestão que se caracterizam por uma racionalidade que conflita com a racionalidade gerencial predominante na estrutura do aparelho do Estado brasileiro. Portanto, vislumbra-se que os referidos relatórios podem significar oportunidades para que os gestores, como agentes da administração pública, incorporem tais práticas na perspectiva de desenvolver um modelo de gestão democrática e acessível à participação dos usuários, estabelecendo uma mediação entre os saberes técnicos e os saberes encontrados nas ruas, nos becos e nas esquinas, que possam, inclusive, gerar direitos e ativar a sua cidadania.

Assim, é preciso analisar os relatórios gerenciais do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, no período de 2008 a 2011, mais especialmente, os dados relativos às manifestações da assistência farmacêutica, porque a formulação da política de assistência farmacêutica para o sistema brasileiro de saúde pública se dá pelo Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) da Secretaria de Ciência e Tecnologia (SCTIE) do Ministério da Saúde, para onde são encaminhadas as demandas e os relatórios gerenciais da Ouvidoria, e porque o sistema de informação da Ouvidoria, chamado de OuvidorSUS, só passou a emitir relatórios anualizados a partir de 2008.

Por isso, foram analisados apenas os dados gerais das manifestações no que é concernente à assistência farmacêutica e se tais manifestações se transformaram em vetor de influência em novas formulações dessa política e de seu respectivo modelo gerencial.

A restrição da amostra ao assunto assistência farmacêutica deu-se também porque esse assunto esteve entre os cinco primeiros mais demandados pelos cidadãos que procuraram os canais de entrada da Ouvidoria-Geral do SUS, no período pesquisado, e porque fizemos o cotejamento dos relatórios das manifestações que se referiam ao assunto assistência farmacêutica, especialmente a solicitação de medicamentos não padronizados (os que não fazem parte da lista do SUS - RENAME), com as três últimas edições: 6ª, 7ª e 8ª da Relação Nacional de Medicamentos Especiais (RENAME), que foram publicadas, respectivamente, em 2008, 2010 e 2012, o que possibilitou verificar se as demandas da população foram

consideradas pelos gestores responsáveis pela elaboração da política de assistência farmacêutica do SUS.

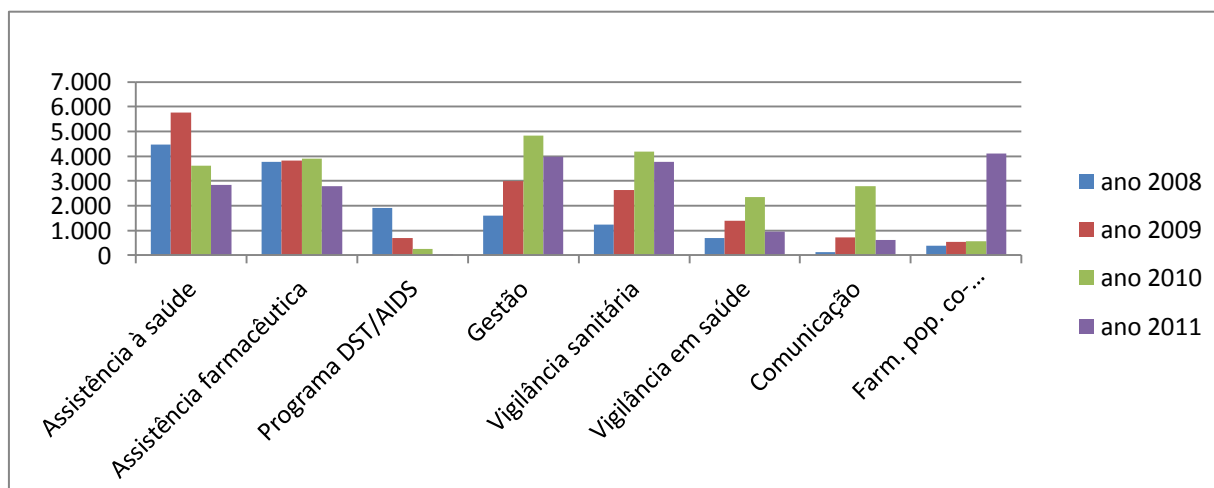
Tal amostra ainda se restringiu ao período de quatro anos, entre 2008 e 2011, e foi definida pelas seguintes razões: porque é um período suficiente para evidenciar uma amostra significativa de dados sob o aspecto estatístico; é um período recente; é um período suficiente para servir de referência como uma série histórica; e porque o sistema informatizado OuvidorSus só entrou em operação em períodos anualizados a partir de 2008, o que facilita a extração e o tratamento dos dados.

Ademais, verificou-se, também, que, durante o período pesquisado, a relação institucional do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), responsável pela formulação, pelo monitoramento e pela avaliação da política de assistência farmacêutica do SUS com o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES), responsável pela elaboração dos relatórios gerenciais da Ouvidoria, foi sempre de integração, o que vislumbra um bom fluxo das demandas e dos relatórios entre os dois departamentos e nega empecilhos de natureza procedimental.

Verificamos, ainda, que, em números absolutos, oito assuntos se revezaram entre os cinco primeiros mais demandados pelos usuários do SUS nesse mesmo período, com destaque para a Assistência Farmacêutica, que esteve sempre entre os cinco primeiros mais demandados nessa série histórica e que guardou uma estabilidade e homogeneidade de manifestações geradoras de protocolos/demandas, segundo as informações dos relatórios gerenciais da Ouvidoria-Geral do SUS, como mostra o gráfico seguinte:

Gráfico 1

Assuntos mais demandados na Ouvidoria-Geral do SUS entre 2008 e 2011



FONTE: OuvidorSus

Vê-se que os assuntos relacionados ao Programa DST/AIDS, Comunicação, Farmácia Popular, Copagamento e Vigilância em Saúde só apareceram uma vez, durante os quatros anos estudados, entre os cinco primeiros mais demandados, evidenciando um viés que sugere o descarte da análise de seus dados para os fins deste estudo. O mesmo descarte se faz necessário em relação aos assuntos da Assistência à Saúde, da Gestão e da Vigilância Sanitária, pois tais assuntos sempre foram demandados entre os cinco primeiros, porém de maneira muito irregular, o que aumentou a possibilidade de vieses que poderiam comprometer o fim da pesquisa. Ademais, esses são assuntos demasiadamente genéricos, o que dificulta balizamentos, cotejamentos e a identificação de alguma alteração ocorrida como consequência dos relatórios da Ouvidoria.

Por isso, optamos por fazer um recorte dos dados, para analisar apenas aqueles que dizem respeito às manifestações relacionadas ao assunto Assistência Farmacêutica, porquanto apresentam mais homogeneidade no período pesquisado, e o assunto e o subassunto do sistema OuvidorSus nos permitem cotejar a Relação Nacional de Medicamentos Especiais (RENAME) (*vide* ANEXOS), além do sistema de informações da Ouvidoria propiciar a extração desses dados para a elaboração das tabelas postas em APÊNDICE.

Por fim, convém frisar que os dados de cadastro, bem como a íntegra das manifestações dos cidadãos não foram identificados. De igual modo, ressalte-se que todos os dados quantitativos para o objeto de análise são públicos e estão disponíveis nos relatórios gerenciais elaborados pelo Departamento de Ouvidoria-Geral, a partir de seus sistemas eletrônicos de dados e informação no endereço eletrônico <http://www.saude.gov.br/Ouvidoria>.

2.3 A estruturação do trabalho

Este trabalho de pesquisa está estruturado em seis capítulos a seguir detalhados:

O primeiro traz uma breve narrativa sobre os caminhos que levaram este aluno ao enxerimento de voltar aos bancos de sala de aula após quase vinte anos,

percorrendo diversas trilhas entrecruzadas de sua experiência de vida, especialmente as vivenciadas no mundo das organizações do trabalho.

O segundo capítulo, do qual faz parte este item, espelha a abordagem de sua contextualização e de sua problematização, definindo os seus objetivos - o geral e os específicos - e discorre sobre a metodologia empregada, que está baseada no uso do método qualitativo e analítico descritivo dos dados apresentados nos relatórios gerenciais do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS), no período de 2008 a 2011, enfatizando os dados relativos à assistência farmacêutica; também apresenta os alinhamentos necessários ao seu referencial teórico, buscando conceitos gerais de Estado, diferenciando-o de aparelho do Estado, de democracia, de participação, de administração e de aprendizagem no mundo moderno e diante da complexidade da contemporaneidade.

O terceiro capítulo apresenta uma visão geral das reformas do aparelho do Estado brasileiro, buscando o elemento de convicção que o SUS evidenciou como um elemento que contribuiu para reformar a estrutura da administração pública brasileira, sem esquecer os princípios que nortearam os nossos modelos de gestão do aparelho estatal.

O quarto capítulo faz uma abordagem sobre as Ouvidorias no Brasil e mostra como se concebeu a Ouvidoria-Geral do SUS, numa possibilidade de prática de gestão democrática incorporada pelo governo federal a partir da pressão da mobilização social expressa nos relatórios das conferências nacionais de saúde e da vocalização dos usuários do SUS, materializada em seus relatórios gerenciais.

No quinto capítulo, são feitas considerações sobre a constituição da Ouvidoria-Geral do SUS, suas potencialidades e seus limites como instrumento de gestão e descreve e analisa os dados dos seus relatórios gerenciais, verificando se tais dados oriundos das manifestações dos usuários são considerados como vetores de influência na formulação das políticas públicas de saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, especialmente na assistência farmacêutica.

E, o sexto capítulo, discorre sobre as considerações finais deste trabalho, suas implicações teóricas e práticas, as potencialidades e as barreiras enfrentadas pela Ouvidoria, como espaço de cidadania e/ou como instrumento de gestão, e apresenta sugestões para o aperfeiçoamento da gestão a partir de práticas participativas.

3. O SUS e as reformas do aparelho do Estado brasileiro

3.1 Alguns traços dos modelos de administração pública

Para se falar em Ouvidoria, é necessário discorrer sobre o que entendemos por Estado e pelos seus modelos de administração, pois as Ouvidorias surgem em seu interior. Elas nascem das entranhas do aparelho do Estado, muitas delas devido à pressão da sociedade sedenta de transparência e de participação.

A palavra estado passou a ser recorrente nas discussões e nos estudos sobre o poder e a política, depois de abrir o primeiro parágrafo da obra clássica de “O Príncipe” (1985), disseminando-se pela força de propagação emprestada pelo prestígio que essa obra alcançou até os dias de hoje. Todavia, apenas para efeitos de argumentação, vamos nos socorrer daqueles que, como Bobbio¹, veem o Estado sob uma perspectiva sociológica e sistêmica, como se percebe em suas próprias palavras:

A relação entre o conjunto das instituições públicas políticas e o sistema social no seu todo é representada como uma relação demanda-resposta (*input-output*). A função das instituições políticas é o de dar respostas às demandas provenientes do ambiente social ou, segundo uma terminologia corrente, de converter as demandas em respostas. As respostas das instituições políticas são dadas sob a forma de decisões coletivas vinculatórias para toda a sociedade. (1997, p. 60).

Portanto, o termo Estado pode ser definido como aquele que

sobre determinado território se tenha formado um poder em condição de tomar decisões e emanar os comandos correspondentes, vinculatórios para todos aqueles que vivem naquele território e efetivamente cumpridos pela grande maioria dos destinatários na maior parte dos casos em que a obediência é requisitada. Sejam quais forem as decisões. (Bobbio, 1997a, p. 95).

Mais simplesmente, podemos afirmar que o Estado abrange todo o sistema representado em um arcabouço jurídico constitucional-legal, que regula os integrantes de um povo nos limites de determinado território e pode fazer uso da violência legal única e exclusivamente, e de forma soberana, em relação a outros povos. Diferentemente, veremos que o aparelho do Estado é aquele representado pelos governos, pelo seu corpo de servidores e pela força militar que estrutura a

administração pública do Estado de forma organizacional, como tratado pelo professor Bresser-Pereira (PDRAE, 1995).

Essas referências de definições servem para esclarecer que trataremos genericamente das reformas do aparelho estatal brasileiro, e não, de reformas do Estado. Entendendo que uma reforma do aparelho do Estado está voltada para a sua estrutura organizacional e que tem como objetivo fazer com que a administração pública possa ser mais efetiva e mais conectada com os interesses da cidadania, ampliando espaços de participação.

Todavia, antes de falarmos propriamente das reformas pelas quais passou a administração pública brasileira, salientamos que, ao longo de nossa história, o serviço público conviveu com três modelos básicos que se sucederam, sem, contudo, um se sobrepôr ao outro. Por isso ainda hoje se verificam traços característicos do modelo patrimonialista convivendo com os modelos burocrático e gerencial, todos eles com poucos - para não dizer nenhum - instrumentos de participação social.

Somente para ilustrar, verificamos que, no modelo de administração pública patrimonialista, o aparelho do Estado funcionou como se fosse um cabo de extensão do soberano que ostentava o poder. Os cargos da elite burocrática eram preenchidos pela motivação das relações pessoais. O patrimonialismo, o nepotismo e o clientelismo eram marcas sempre presentes. No dizer de Abrucio, *in verbis*:

“... havia uma alta burocracia selecionada pelo mérito, mas que não era pública e tampouco controlada publicamente, nem no sentido liberal nem em termos democráticos. A alta burocracia respondia, basicamente, ao imperador, o mesmo que concentrava em si todos os quatro poderes definidos pela Constituição de 1824.” (2010, p. 32).

Faoro, tratando do predomínio do soberano, assevera:

Sobre as classes que se armam e se digladiam, debaixo do jogo político, vela uma camada político-social, o conhecido e tenaz estamento, burocrático nas suas expansões e nos seus longos dedos. (2010, p. 445),

Faoro acrescenta que “a camada dirigente, aristocrática na sua função e nas suas origens históricas, fecha-se na perpetuidade hereditária, ao eleger os filhos e genros, com o mínimo de concessões ao sangue novo” (2010, p. 445).

Ou, mais enfaticamente:

A opinião pública, os interesses de classe não têm autonomia: são a sombra do governo, do grupo encastelado na vitaliciedade, vitaliciedade ávida de buscar na hereditariedade, o domínio além das gerações. A influência oficial, sedimentada de tradições e vinculada a uma ordem patrimonial, mercantilista nos processos, favorece certas atividades e estrutura no Estado os imperativos de sua sobrevivência. A primeira consequência, a mais visível, da ordem burocrática, aristocratizada no ápice, será a inquieta, ardente, apaixonada caça ao emprego público. Só ele nobilita, só ele oferece o poder e a glória, só ele eleva, branqueia e decora o nome (FAORO, 2010, pp. 447-448).

Como se percebe, o patrimônio do soberano se confunde com o do aparelho do Estado, assim como os cargos públicos estão umbilicalmente vinculados e dependentes a ele, propiciando um ambiente desejável à proliferação da corrupção, do nepotismo e da ineficiência. Também não havia qualquer característica que vislumbresse um espaço que sugerisse práticas democráticas, interlocução com a sociedade ou um simples lampejo de preocupação com os destinos dos cidadãos, pois o modelo administrativo proposto se caracterizava por uma enxurrada de detalhes normativos que se fundava filosoficamente na visão de que o Estado precedia a existência da própria sociedade, originária da tradição colonial ibérica (FAORO *apud* ABRUCIO, 2010, p. 29). Logo, se o Estado precedia a sociedade, era porque os mandatários agiam e pensavam como se ela não existisse.

Em contraposição, surge a administração pública burocrática, que se fundamenta em um modelo racional-legal, imaginando que os males do patrimonialismo poderiam ser combatidos pelos princípios da profissionalização, da ideia da hierarquia, da impessoalidade e do formalismo.

Segundo Chiavenato, quem primeiro teorizou sobre as organizações foi Max Weber, que

estudou as organizações sob um ponto de vista estruturalista, preocupando-se com sua racionalidade, isto é, com a relação entre os meios e recursos utilizados e os objetivos a serem alcançados pelas organizações burocráticas. A organização por excelência, para Weber, é a burocracia. (2011, p. 238)

Essa concepção, própria de Max Weber (2004), tinha como fundamento a assertiva de que a administração do aparelho do Estado deveria refletir “uma comunidade humana que pretende o monopólio do uso legítimo da força física

dentro de determinado território", levando-o a definir aquilo que seja a autoridade, tendo as leis como limite único.

A definição de poder weberiana não deixa dúvidas a esse respeito, porquanto, para ele, poder é “a possibilidade de que uma pessoa ou um número de pessoas realizem a sua própria vontade numa ação comum, mesmo contra a resistência de outros que participam da ação.” (2004: 16). Em outras palavras, para Weber, poder é a força imantada pelo regramento legal.

Nesse aspecto, a perspectiva teórica de Weber deu-se pelo desenvolvimento da dominação, pela autoridade que se legitima e pelo tipo de uma racionalidade de um mundo legal. Essa autoridade, que se encontra imbricada nas relações de poder e que, por sua vez, origina-se das relações sociais, requer uma organização que seja limitada por imposição de regramentos que orientem as condutas daqueles que participam de uma determinada comunidade humana. Ela se esmera pela impessoalidade, e sua racionalidade tem como plataforma o estabelecimento de normas que vislumbrem uma previsibilidade definidora de competências de um corpo administrativo que toma a forma de uma estrutura burocrática.

A concepção weberiana foi desenvolvida para explicitar uma forma de organização tradicional, baseada em valores que podem transitar para uma forma de organização burocrática baseada nos fins. É ela que passa a estabelecer as relações de mando e de obediência, caracterizadas pela hierarquia, e estabelece as suas esferas de competência, pelo mérito do saber. Isso possibilita que o conflito de interesses seja mediado pela impessoalidade e pela racionalidade que emerge do caráter imparcial que está fundado no império da lei. O modelo organizacional burocrático weberiano, como forma ideal, tem seus fundamentos na organização dos cargos que devem ser preenchidos pela competência e por meio de concursos. Esses contratados devem ser controlados pela disciplina que deve primar pela separação dos meios de produção e administração, determinando a clareza dos limites entre o público e o privado, assim como os cargos não podem ser propriedade dos funcionários, e seus atos devem ser revestidos de formalidade. Por último, somente o comando político superior deve ser escolhido por meio de eleição.

Giddens afirma o que segue sobre a concepção weberiana:

Weber ligava a eficiência das grandes organizações, com suas hierarquias burocráticas, aos princípios universais da racionalidade social. Sua teoria era claramente cibernética, ainda que ele a tenha usado para atacar as

aspirações do socialismo. A burocracia para Weber é a forma mais eficiente de organização porque ele concentra informação e poder no topo; quanto mais baixa for a posição de alguém em uma organização, mais fixas e delimitadas suas tarefas tenderão a ser. (1996, p. 140)

Essas características demonstram que a burocracia é um modelo organizacional que tem um forte componente de controle dos trabalhadores, focando em um conjunto de procedimentos a serem atendidos que podem comprometer a efetividade dos objetivos a serem alcançados. Ademais, esvaziam a democracia, pois desconsideram as diferenças, as opiniões minoritárias e as maiorias instáveis, tanto dentro das organizações quanto das sociedades em geral.

Não é difícil de reconhecer que o modelo weberiano, por exigir extremamente a racionalidade, a impessoalidade e a divisão do trabalho, ocasiona prejuízos à espontaneidade e à liberdade dos indivíduos, como também contribui para manter no poder aqueles que ocupam espaços em tais estruturas burocráticas.

É perceptível que a teoria weberiana desconsidera a possibilidade de o poder estar relacionado ao arbítrio e à coerção, trata o seu modelo como científico e, como tal, isento dos interesses da dominação capitalista. É fácil perceber que os fundamentos do modelo desconsideram os conflitos entre o formal e o informal; entre o cálculo e o emocional; e entre a rigidez das normas e a flexibilidade das situações. E como a maioria dos modelos organizacionais trata de controlar os funcionários e despersonalizá-los, a burocracia weberiana pode ser considerada como uma boa alternativa ao modelo organizacional patrimonialista que predominava na época e ainda está presente em muitas das nossas administrações públicas em pleno Século XXI.

Por outro lado, os dias de hoje, marcados pelo surgimento de novas tecnologias, que diminuíram as distâncias e contribuíram para alterar as noções de tempo e de espaço, exigem dos seus líderes que desenvolvam estruturas organizacionais flexíveis, que possam se adaptar rapidamente à necessidade de responder às demandas de uma sociedade democrática envolta às questões da contemporaneidade, como as relacionadas ao meio-ambiente e às relações de gênero. Igualmente, a administração pública não pode abrir mão da subjetividade de seus funcionários, pois nela se encontram muitas soluções que dizem respeito aos interesses da própria administração e não podem se fechar em copas, deixando de ouvir as vozes de seus cidadãos.

Não se verificam, também nesse modelo de administração pública, quaisquer preocupações com a participação da sociedade. Aqui, o aparelho do Estado se volta para si mesmo, constituindo uma autorreferência que gera ineficiência e distanciamento daqueles a quem se devem os serviços: os cidadãos.

Já o modelo da administração pública gerencial emerge, na segunda metade do Século XX, como resposta à expansão das funções econômicas e sociais do Estado, ao desenvolvimento tecnológico e à globalização da economia mundial (PDRAE, 1995). A administração gerencial constitui um avanço em relação ao modelo anterior, porém sem romper, em definitivo, com a administração burocrática, pois não nega todos os seus princípios. Em verdade, o gerencialismo se apoia na burocracia e conserva seus preceitos básicos, como a admissão de pessoal segundo critérios rígidos, a meritocracia na carreira pública, as avaliações de desempenho, o aperfeiçoamento profissional e um sistema de remuneração estruturado.

A diferença reside na maneira como é feito o controle, que passa a se concentrar nos resultados, não mais nos processos em si, procurando, ainda, garantir a autonomia do servidor para atingir tais resultados a serem verificados posteriormente. A administração pública gerencial se apresenta como solução para esses problemas da burocracia, priorizando a eficácia da Administração, o aumento da qualidade dos serviços e a redução dos custos. Ao mesmo tempo, busca desenvolver uma cultura gerencial no serviço público, com ênfase nos resultados, e aumentar a governança do aparelho estatal, ou seja, a sua capacidade de gerenciar com eficácia e eficiência. O cidadão passa a ser visto com outros olhos e se torna peça essencial para o correto desempenho da atividade pública, por ser considerado seu principal beneficiário o cliente dos serviços prestados pela máquina estatal.

Em outras palavras, a administração pública gerencial está voltada para o estabelecimento de estratégias que identificam objetivos para que o administrador público busque atingir em sua unidade de trabalho. Para tanto, precisa da garantia de autonomia na gestão dos recursos a serem manipulados, a fim de ser cobrado pelos resultados futuros. A confiança passa a ser um valor significativo para o seu desenvolvimento, seu plano de estrutura organizacional prima pela descentralização e pela redução dos níveis hierárquicos e fica permeável a outros agentes externos à administração, dando ênfase aos fins em detrimento dos procedimentos.

Nesse modelo, são visíveis os sinais de preocupação com os agentes externos à máquina pública, sejam eles agentes os cidadãos, a quem se destinam os serviços públicos, sejam entidades privadas ou organizações da sociedade civil, com quem o aparelho do Estado se relaciona por meio de contratos ou convênios para realizar algum serviço considerado como não exclusivo das funções de Estado, em nome do interesse público e na busca por melhores resultados para a sociedade. Entretanto, se é verdade que o modelo gerencial tem como um de seus objetivos abrir brechas na estrutura fechada do modelo burocrático, não é menos verdade que o gerencialismo trata o cidadão como cliente, vincula-o tão somente à sua capacidade contributiva, como se ela fosse a única, e afasta-o de uma noção de cidadania ativa (CHAUÍ *apud* SOUZA JÚNIOR, 2002). Assim, não se encontram, nesse modelo de administração pública, elementos característicos ou instrumentos que possibilitem a ampliação da participação da sociedade na formulação das políticas públicas.

Como se vê, o aparelho do Estado brasileiro tem sua evolução operada na referência destes três modelos de administração pública: o patrimonialista, o burocrático e o gerencial. As vicissitudes desses modelos ainda estão presentes no serviço público brasileiro, especialmente aquelas que contribuem para uma estrutura de aparelho estatal que se fecha em copas, o que dificulta o acesso dos cidadãos aos bens, aos serviços e às informações sobre o seu funcionamento.

3.2 Uma visão geral das reformas administrativas

Trataremos agora, genericamente, das reformas realizadas no aparelho do Estado brasileiro no âmbito do governo federal. A administração pública brasileira, em sua esfera federal, realizou, ao longo da nossa história, três grandes reformas administrativas: a primeira, realizada durante o primeiro governo Vargas (1930 a 1945); a segunda, durante o período de regime militar (1964 a 1985); e a terceira, durante os anos do governo de Fernando Henrique Cardoso (1994 a 2002). É visível que duas das três reformas foram realizadas em períodos de ausência de democracia, a varguista e a da ditadura militar.

O tema gestão pública só foi levado para a pauta política pelo governo Vargas na segunda metade de seu primeiro governo, pelos idos dos anos de 1936-37 do

século passado, um período caracterizado pelo seu viés autoritário já dito. Antes, ocorreram poucas iniciativas com fins de melhorar a administração pública, excetuadas na Primeira República pela constituição das Forças Armadas e pela criação do Itamaraty (ABRUCIO, 2010).

Nesse sentido,

a Primeira República foi marcada por um paradoxo no que se refere à modernização do aparato burocrático: ao mesmo tempo em que ela enfraqueceu o Estado e reforçou o modelo patrimonial, também foi nesse período que se formaram as duas burocracias profissionais cujas características mais se aproximavam do projeto de modernização administrativa preconizado pelo Estado varguista. (ABRUCIO, 2008, pp. 34-35).

Essas exceções não foram suficientes para desconectar a administração brasileira das nossas origens de colônia de Portugal, de onde herdamos características ainda hoje presentes no bojo do aparelho do Estado, como o clientelismo e o patrimonialismo. E isso estabeleceu uma relação com a política e com os políticos, que influenciou a forma de organizar a nossa administração pública e gerou uma percepção da sociedade em relação ao próprio Estado, identificando-o fortemente com esses elementos caracterizadores e gerando uma cultura organizacional impregnada desses valores. Todavia, tais iniciativas, especialmente o aparato administrativo do Itamaraty, serviram como paradigma para a criação do modelo de administração pública brasileira. Não é à toa que essa reformulação foi empreendida por Luiz Simões Lopes, que representava a vontade política do presidente Vargas, mas foi elaborada por um diplomata, embaixador Maurício Nabuco (PDRAE, 1995).

A motivação do governo Vargas para reformar a estrutura do aparelho do Estado estava vinculada à criação de uma espécie estatal que estivesse comprometida com o desenvolvimento econômico do país, que passava pela industrialização e pela urbanização, e menos pela democratização da máquina pública. Para isso, era preciso constituir um corpo de funcionários qualificados, estruturados em cargos e carreiras que pudessem se transformar em um estamento burocrático, capaz de comandar os ramos civil e militar da administração, invadindo e dirigindo a esfera econômica, política e financeira do Estado (FAORO, 2008).

Esse modelo buscava seguir os princípios da burocracia weberiana que predominavam na época e eram praticados no serviço público britânico, cujo

fundamento era criar uma estrutura institucional, profissional e meritocrática no aparelho estatal. Essas diretrizes foram implementadas pelo Departamento de Administração do Serviço Público (DASP), criado em 1936 para esse fim, e para fixar o orçamento nacional.

Essa reforma tinha em seus princípios e em sua matriz política um vetor muito centralizador e autoritário, o que ocasionou dois tipos de padrão para os funcionários públicos: os pertencentes aos altos escalões, voltados para a proposta de desenvolvimento do país, que se profissionalizaram e se tornaram referência de burocracia estatal em nosso hemisfério, e os que pertenciam aos escalões inferiores da administração, voltados para as áreas sociais, que poderiam ser indicados pelo critério do clientelismo político, representado pelos interesses agrários não incluídos na proposta varguista de desenvolvimento nacional. Ou seja, estabeleceu-se um oceano entre o alto escalão profissionalizado e bem remunerado e um corpo de funcionários pouco qualificado, mal remunerado e responsável pelas políticas públicas sociais.

A segunda reforma na administração pública brasileira aconteceu durante a ditadura militar (1964-1985), no bojo de uma necessidade política que os militares tinham de construir uma legitimação do governo que fosse além do discurso baseado na ideologia do ufanismo e do anticomunismo, buscando se identificar como uma administração ideologicamente avessa à política e marcada pela competência tecnoburocrática. Daí a motivação dos militares em aprimorar alguns aspectos do serviço público, criando e valorizando novas carreiras baseadas em critérios da meritocracia, ao mesmo tempo em que tinham como objetivo superar alguma rigidez do modelo burocrático. Essa reforma administrativa foi iniciada no ápice da ditadura militar, por força do Decreto-lei nº 200, em 1967, inclusive com parte considerável de seu texto ainda em vigor.

As suas principais características eram as seguintes: a) a descentralização administrativa; b) a previsão de coordenação e controle das unidades descentralizadas; e c) o estímulo da replicação da estrutura federal no âmbito dos estados e dos municípios. O objetivo da descentralização era de tornar o aparato estatal mais ágil e flexível para explorar suas ações, por isso foram criadas autarquias, fundações, empresas públicas e sociedade de economia mista, que poderiam contratar seus funcionários pelo regime celetista (Consolidação das Leis do Trabalho – CLT). As unidades desconcentradas eram coordenadas e controladas

por órgãos de planejamento, orçamento, auditoria e sistematização de dados, que foram ampliados e fortalecidos. Por fim, paradoxalmente à desconcentração, buscava replicar, nos estados e nos municípios, a estrutura montada em nível federal, em um ato de imposição, verticalizado de cima para baixo.

Esse modelo apresentava problemas que geraram um ambiente propício para o favorecimento de alguns setores da economia, abrindo espaço para o tráfico de influência e para a corrupção, em um período de ausência de controle social, de liberdade de imprensa e negação da democracia. Como afirma Abrucio, essa reforma tinha como marca o

seu caráter autoritário, permeado por uma ideologia tecnocrática, que pode ser resumida pela ideia da superioridade técnica sobre a política. Desse modo, a burocracia federal ficou insulada de qualquer controle público e, ao contrário do que propugnam os defensores dessa visão, essa proteção não afastou os interesses privados da órbita do Estado. (ABRUCIO, 2010, p. 50).

Em relação a essa reforma, ele assevera que ela

não incentivou os governantes locais a aprimorar a seleção e o desenvolvimento da burocracia, mantendo a porta aberta à patronagem. Mais uma vez, a reforma administrativa esquivou-se de entrar nas relações mais profundas entre política e estrutura burocrática, tendo como efeito mais importante a manutenção de um padrão frágil, ineficiente, quando não corrupto, dos serviços públicos na ponta do sistema. (ABRUCIO, 2010, p.52)

De maneira geral, a reforma da ditadura militar fortaleceu o caráter centralizador da proposta efetivada pelo Departamento de Administração do Serviço Público (DASP), ao buscar uma padronização das outras esferas de governo. Assim como a burocrática, não enfrentou os conflitos inerentes às relações da estrutura do aparelho estatal com o mundo da política e reproduziu um padrão de serviço público que não atendeu às expectativas da maioria da população, além de ser totalmente fechado em si mesmo.

A terceira reforma administrativa aconteceu durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002). Diferentemente das duas outras reformas, que foram realizadas em ambiente de ditadura, essa aconteceu sob a ordem democrática, com muito debate, capacidade de negociação e envolvida em um processo de tomada de decisão menos concentrado.

Essa reforma, denominada de gerencial, foi empunhada pelo Professor Bresser-Pereira, que ocupou o cargo de Ministro de Estado da Administração e Reforma de Estado (Mare) e se fundamentou na necessidade que tinha a administração de obter resultados. As marcas dessa ação reformista foram a busca pela melhoria do sistema de informação da administração pública; a continuidade do ideal weberiano, centrado na meritocracia; as alterações dos marcos normativos das relações de trabalho entre os servidores e o aparelho estatal; e, a elaboração de um modelo institucional que estabelecesse um espaço público não estatal.

Ressalte-se, entretanto, que sua motivação política se expressava na necessidade de se privatizarem as empresas públicas e as sociedades de economia mista, que estavam sob o domínio da União, como também pela substituição da União nas atividades consideradas de sua não exclusividade por organizações não estatais de interesse público, mas de natureza jurídica privada. Isso é o que se depreende quando da distinção dada à administração pública no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE, 1995), apresentado pelo Ministro Bresser-Pereira, com a sua proposta de reforma gerencial, que classificou o aparelho do Estado em quatro partes, quais sejam: uma formada pelos Poderes Legislativo, Judiciário e pelo Ministério Público, além do comando do Poder Executivo, denominado de núcleo estratégico, portanto selecionado por concurso público e pelo voto popular; a segunda referente às atividades necessárias para o exercício do poder de fiscalizar, regulamentar e fomentar, aquelas exclusivas do aparelho do Estado, que só podem ser executados por funcionários de carreira e concursados; a terceira, que diz respeito às atividades que podem ser exercidas pelo próprio aparato estatal e por entidades de interesse público, porém não estatal, em que é dispensável a presença da máquina pública, o que resulta em compra de serviços a terceiros; e a parte que corresponde ao exercício de atividades de natureza puramente econômica, que visam ao lucro, denominada de atividades de produção de bens e serviços para o mercado, plenamente privatizáveis.

Como se percebe, todas as grandes reformas administrativas que foram realizadas no aparelho do Estado brasileiro tiveram sempre como argumento melhorar o funcionamento dos serviços públicos, mas sempre embutiam o interesse daqueles que se encontravam encastelados no interior do aparato estatal, que pouco se convertia em benefício para a maioria da população. Além disso, tais reformas pouco contribuíram para democratizar a administração pública.

Todas as propostas de reforma afirmaram que o aparelho do Estado é imprescindível para que os governos formulem, implantem e fiscalizem a adoção de políticas públicas necessárias ao enfrentamento dos desafios sociais, e que isso pode contribuir para fortalecer a institucionalização da democracia. Porém, não vimos nas reformas realizadas propostas que viabilizassem a participação da sociedade.

Nessas reformas do aparelho do Estado brasileiro ou em suas tentativas, também não se identificou uma proposta que estivesse focada nos direitos do cidadão, imune aos vícios que marcaram a estrutura da máquina estatal, ao longo de nossa história, e que a máquina pública pudesse ser equipada para identificar irregularidades e controlar gastos, expurgando as características do período patrimonialista, desfocando dos interesses do servidor público como prioritário e incorporando um modelo de gerenciamento voltado para resultados que beneficiassem os cidadãos. Muito menos foram vistos sinais de direitos de cidadania para as camadas da população a serem beneficiadas com a oferta de bens e serviços públicos, ampliando-se para a inclusão da totalidade da sociedade e para a diminuição das desigualdades sociais, ao mesmo tempo em que pudesse abrir espaços para alargar a participação da comunidade.

Portanto, percebe-se que as reformas experimentadas pela administração pública brasileira não se deixaram contagiar por uma estratégia que estivesse baseada nos valores marcantes da democracia, voltada para os direitos dos cidadãos, especialmente para o controle social, ao contrário dos eixos estruturantes da reforma sanitária, que fez emergir o Sistema Único de Saúde, como veremos em seguida.

3.3 A contribuição do SUS para a reforma do aparelho do Estado

Na segunda metade da década de 1970 do século passado, durante a ditadura militar (1964-1985), começavam a surgir diversos movimentos sociais que questionavam o poder de mando vigente. O sistema de saúde era marcado pela centralização do governo federal, por ações verticalizadas, pela setorialização e pela importância do modelo assistencial médico-hospitalar; como também pela restrição da oferta dos serviços de saúde aos beneficiários dos regimes de previdência social,

reproduzindo a natureza autoritária e excludente do regime político em vigor, em descompasso com as expectativas de melhoria nos serviços públicos criadas pela reforma administrativa do Decreto nº 200/67.

É nesse ambiente que emerge o movimento pela reforma sanitária, ao lado de outros movimentos, que se davam as mãos pela redemocratização do nosso país. O movimento sanitário sempre esteve pautado no compromisso com a democracia. E no decorrer dos anos de 1980 do Século XX, defendeu o acesso democrático aos bens e serviços de saúde, mas também buscou defender a democratização do acesso ao poder. Essa natureza da reforma sanitária brasileira fez com que a necessidade de democracia e de saúde fosse como as duas faces de uma mesma moeda.

A proposta de reforma sanitária pautava a preocupação com os eventuais resultados da política de saúde e a necessidade de se criarem espaços de participação para fazer funcionar o aparelho do Estado sob a ótica da democracia, diferentemente das reformas da administração pública que o país vivenciara ou estava por vivenciar. Nesse sentido, Carvalho assevera:

Daí o emprego simultâneo das consignas “Democracia é saúde” e “Saúde é democracia”, emblema da Reforma Sanitária enquanto reforma também da política, no sentido de que o direito universal à saúde deveria ser acompanhado, garantido mesmo, pelo direito à participação no poder. Saúde como estratégia para a democracia e democracia como estratégia para a saúde. (1997, p. 93).

Essa compreensão, sobre a necessidade de se andar lado a lado a luta pela democracia e a luta pela reforma sanitária, gerou uma mobilização de amplos segmentos da sociedade em defesa das liberdades democráticas e de um novo papel para o aparelho do Estado que pudesse incorporar a necessidade de controle pela sociedade sobre as políticas públicas. Isso foi capaz de promover uma articulação em torno de um movimento que tinha como ideário a defesa republicana dos direitos sociais e da democratização do aparelho estatal. Essa mobilização se organizou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, de 17 a 21 de março de 1986, que marcou, historicamente, o movimento sanitário brasileiro, porque dali saíram todos os princípios que nortearam a formulação do SUS, e se transformou na proposta para a saúde, que foi apresentada para a discussão e para a aprovação na Assembleia Nacional Constituinte de 1988.

Isso resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), insculpido do art. 196 ao art. 200 da Constituição Federal (CF), promulgada em 05 de outubro de 1988, que garantia a saúde como direito de todos e dever do Estado, e definiu o SUS como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por instituições privadas, em rede regionalizada e hierarquizada, sob comando único, conforme as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Esse regramento constitucional foi regulamentado pela Lei nº 8.142/90, que demarcou a obrigatoriedade da instituição dos conselhos de saúde nas três esferas de governo e da realização das conferências, institucionalizando uma das ideias fundantes da reforma sanitária, qual seja: a participação da comunidade na tomada de decisão para a formulação de estratégias das políticas públicas de saúde, que aproxima o aparelho do Estado daqueles que são afetados por suas decisões e introduz os usuários do sistema de saúde em espaços institucionais que permitissem a expressão do direito à saúde como um legado da cidadania e, por conseguinte, viabilizando a participação dos cidadãos, como defende Robert Dahl (*apud* ARAÚJO, 2009, p. 63), ao tratar de um governo democrático: “o *demos* deve incluir todos os adultos sujeitos às decisões coletivas obrigatórias da associação”.

Os artigos constitucionais e sua regulamentação legal, referidos anteriormente, propiciaram alterações na estrutura do aparelho do Estado, que ocasionaram mudanças na condução das políticas de saúde dada ao longo dos últimos vinte e dois anos, e que podem ser vistas como referências e elementos contributivos para uma reforma democrática do aparelho do Estado brasileiro, pois instituiu mecanismos de participação social para o controle das políticas públicas e introduziu as diretrizes para a descentralização de alguns serviços públicos.

Ao se referir aos avanços advindos do Texto Constitucional de 1988, no tocante à democratização do aparelho do Estado, Abrucio afirma:

O mais amplo foco democratizador relaciona-se à instauração de instrumentos de participação da população na deliberação e controles dos governos. São os conselhos ligados às políticas públicas, as audiências públicas e também as formas de consulta direta dos eleitores, como o plebiscito e o referendo. Todos esses pontos tornaram a administração pública brasileira mais *accountable* em relação à sociedade. (2010, p. 56).

Este é o principal aspecto para aqueles que fizeram a reforma sanitária brasileira: a institucionalização da participação da comunidade como diretriz organizativa do Sistema Único de Saúde, dotando o aparelho do Estado de instâncias colegiadas de natureza permanente e caráter deliberativo para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde em sua esfera respectiva - os conselhos de saúde. Além das conferências de saúde, como fóruns que se reúnem a cada quatro anos para definir as diretrizes das políticas de saúde (BRASIL, 2007, p. 29).

Esse feito é um elemento inovador na estrutura da administração pública brasileira, pois introduz a participação da sociedade no controle da formulação das estratégias das políticas públicas de saúde e amplia espaços para uma gestão fundada em princípios da democracia participativa.

Para Rousseau (*apud* PATEMAN, 1992), o sistema participativo tem dois aspectos básicos: “o primeiro é que a participação acontece no processo de tomada de decisão; e o segundo, está relacionado com o estrito vínculo que a participação tem com o controle”. Essas duas características podem ser percebidas nos espaços dos conselhos de saúde que foram institucionalizados pelo Brasil afora, assim como no comando legal que o institucionaliza (Lei 8.142, 1990).

Ademais, é também clarividente que a existência, em si, dos conselhos de saúde abre possibilidades de ambientes de participação, que faz com que a discussão pública sobre os assuntos de governo possa produzir conflitos, no âmbito de uma racionalidade democrática, que gera a possibilidade de se articularem grupos sociais, e fomenta a prática de ações a partir da constituição de sujeitos coletivos com identidades próprias.

Assim, os conselhos de saúde se transformaram em verdadeiros estuários de exercício da cidadania ativa, onde se prolifera a expressão de desejos, necessidades, argumentos, opiniões, propostas, escuta do outro e busca de consensos, que resgatam uma prática republicana que se apresenta como um fenômeno inédito na história brasileira e no modo como funciona o nosso aparelho estatal.

Nesse sentido, podemos afirmar que os conselhos de saúde, como espaços participatórios, propiciam o desenvolvimento de um processo educativo, como sentencia Pateman:

A principal função da participação na teoria da democracia participativa é, portanto, educativa; educativa no mais amplo sentido da palavra, tanto no aspecto psicológico quanto no de aquisição de práticas de habilidades e procedimentos democráticos. Por isso, não há nenhum problema especial quanto à estabilidade de um sistema participativo; ele se auto-sustenta por meio do impacto educativo do processo participativo. A participação promove e desenvolve as próprias qualidades que lhe são necessárias; quanto mais os indivíduos participam, melhor capacitados eles se tornam para fazê-lo. (1992, pp. 60-61).

Podemos sentenciar, como Luchmann, que os conselhos de políticas públicas vêm se destacando no campo da participação. Para essa autora,

a democracia participativa ou deliberativa diz respeito a um modelo ou ideal de justificação do exercício do poder político pautado no debate público entre cidadãos livres e em condições iguais de participação. Constituído-se, portanto, como um ideal democrático que, diferente da democracia representativa, caracterizada por conferir a legitimidade do processo decisório apenas ao resultado eleitoral, advoga que a legitimidade das decisões políticas também deve advir de processos de discussão que, orientados pelos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem-comum, conferem um reordenamento na lógica de poder tradicional. (2007, p. 25).

Evidencia-se, então, que os conselhos de saúde são espaços de democracia participativa, porque têm o poder de deliberar a formulação das estratégias das políticas de saúde e de controlar a execução dessa mesma política. Além disso, a composição desses espaços institucionais é heterogênea de representantes da sociedade civil e dos governos relacionados com a área de saúde. Acrescente-se a isso o fato de que os conselhos de saúde representam elementos de democratização e de modernização do tratamento das manifestações originárias desse campo temático. Seu aspecto democratizante se encontra na capacidade de enfrentar a cultura patrimonialista presente na estrutura do Estado pátrio e se apresenta modernizador porque substitui tais características organizacionais por um estilo de racionalidade técnica e gerencial, baseada na alteridade, que começa a marcar a estrutura organizacional do SUS.

O movimento sanitário, ao longo de sua história, soube combinar mobilizações extrainstitucionais e institucionais para fins de atingir seu objetivo de incluir os princípios da reforma sanitária na Carta Maior da República, especialmente aqueles que tratavam da participação da comunidade e os princípios que se referiam à descentralização político-administrativa. Tanto é assim que, passados vinte e dois anos de sua existência, o SUS está consolidado como política pública

descentralizada, de natureza federativa e com espaços de participação social presentes em todos os entes da Federação, por meio da instauração de conselhos de saúde.

Verifica-se, pois, que os conselhos de saúde são instâncias institucionalizadas, de natureza deliberativa, com estruturas permanentes, de caráter público, presentes em cada uma das unidades federativas do país, compostos por representação paritária de membros do governo, de prestadores de serviços, dos trabalhadores em saúde e da sociedade civil, que acolhe as manifestações originárias da sociedade para se compatibilizar com o interesse público na relação com as ações do aparelho do Estado.

Assim, os conselhos são espaços de debate público de temas que possam estabelecer conflitos e consensos entre os diversos grupos de interesse ali representados, que imantam para si o processamento desses interesses e têm como referência os princípios do SUS insculpidos constitucionalmente e marcados pelos ideais da reforma sanitária. Como se vê, a reforma sanitária, ao instituir a participação da comunidade como elemento fundante do SUS, proporcionou uma reforma no interior do aparelho estatal brasileiro, pois criou espaços institucionais e públicos, como os conselhos de saúde, vistos como lugares de ampliação do exercício da cidadania. Isso, sem deixar de fazer as ligaduras necessárias da equidade com o binômio eficiência/eficácia, transformando-se em inovação social e política que pode servir de referência para uma reforma democrática profunda no seio do aparelho do Estado brasileiro, haja vista o seu significado para a democracia e seu compromisso com a cidadania que se baseia na diversidade e na solidariedade.

Nada disso ocorreu nas três grandes experiências brasileiras de reforma administrativa, inclusive na reforma gerencial, que foi marcada por uma visão de Estado minimalista, que a afastou da sociedade, voltada para ajustes da economia, afirmou o mercado como o espaço preferencial para a transferência de recursos, focando as políticas sociais como não prioritárias, desmontou as redes de serviços públicos e reduziu o aparelho do Estado a uma entidade meramente reguladora, que deixou os brasileiros em uma condição de clientes de serviços públicos e excluiu-os da condição de cidadãos portadores de direitos.

Percebe-se que, em nenhuma das reformas administrativas, manifestou-se a preocupação com ambientes democratizantes para a sociedade exercer seu direito

de participação. Todavia, ressalte-se que a transferência para o setor privado de algumas atividades de natureza puramente econômica foi necessária, talvez o maior ganho da reforma bresseriana ocorrida no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). Portanto, o SUS traz em seu bojo uma moderna concepção de administração pública, que intui novos arranjos institucionais, administrativos e de cultura organizacional, contribui como elemento reformador do aparelho do Estado brasileiro e torna-o mais acessível, mais aberto, democrático e participativo para os cidadãos.

Dessa maneira, os conselhos de saúde passaram a fazer parte da estrutura do aparelho estatal pátrio, abriram-se em pétalas para a sociedade e se tornaram uma referência para o conjunto da população, todavia passaram a receber demandas individualizadas de cidadãos, bem próprias de uma cidadania que se desenvolve no mundo contemporâneo, que é muito relacionada ao individualismo e que constitui novas identidades e sujeitos.

Esse fenômeno se multiplica em uma quantidade razoável de sujeitos que manifestam sua cidadania de forma individualizada. Tais manifestações, como não são a razão de ser dos conselhos, fizeram emergir a necessidade de outros espaços de participação que pudessem acolhê-las, daí a aprovação nos relatórios finais das últimas três Conferências Nacionais de Saúde, nos anos de 1996, 2000 e 2003, de itens que se referem à necessidade de se criarem as Ouvidorias no âmbito do SUS, que foram incorporadas nos planos nacionais de saúde de 2003/2007, 2008/2011 e 2012/2015.

É esse novo tipo de ambiente voltado para a participação, e cuja principal função é de promover a escuta individualizada e sem intermediários de cidadãos-usuários do sistema de saúde pública, denominada de Ouvidoria, que será objeto de estudo do capítulo seguinte.

4. A Ouvidoria do SUS como democracia participativa

4.1 Um panorama das Ouvidorias no Brasil

Para verificar se a Ouvidoria do SUS é um espaço de democracia participativa, inicialmente, apresentaremos um panorama desses espaços em nosso país, por isso o referido panorama que se almeja não tem a pretensão de revelar eventuais experiências de Ouvidorias ou institutos similares que ocorreram em realidades fora de nossas fronteiras, porque estão distantes no tempo e no espaço, estruturadas em aparelhos de Estados com características muito específicas e em ambientes culturais extraordinariamente diferenciadas do brasileiro. Para evidenciar esse distanciamento, é bastante a referência da criação da figura do *ombudsman* pela Constituição sueca de 1809, que cuidava de vigiar as ordens e as leis do monarca para, posteriormente, ser vinculada ao parlamento, com a função de controlar a administração e a Justiça (CARDOSO, 2011). Seria preciso uma análise comparativa para considerar essas experiências, o que não é o caso deste estudo.

Para efeitos deste trabalho, convém ressaltar que as origens das Ouvidorias públicas podem estar relacionadas a esses registros históricos que datam das últimas décadas do Século XVIII e das primeiras do Século proximo seguinte, no âmbito da monarquia sueca que vigorava na época (CARDOSO, 2011).

Dessa visão panorâmica, acrescente-se, ainda, a exclusão daquelas experiências de Ouvidorias instituídas no mundo das corporações ou das instituições privadas, porque as Ouvidorias privadas têm como objeto de proteção os direitos tutelados pelas relações de mercado - um direito circunscrito na defesa do consumidor, diferentemente das Ouvidorias públicas, que miram os direitos voltados para uma racionalidade de natureza pública que se expressa na defesa dos direitos dos cidadãos.

Em resumo, enquanto a Ouvidoria pública cuida de direitos relacionados à cidadania, portanto, vinculados à democracia, a Ouvidoria privada cuida de direitos relacionados ao consumo, que são vinculados ao mercado. No dizer de Lyra,

a Ouvidoria pública – em contraste com a privada – é um instrumento privilegiado de aprofundamento da democracia porque promove a socialização da política, fazendo dos seus demandantes artífices da construção de uma nova cultura de cidadania. Não é ao cliente, que, no mercado, consome porque tem poder aquisitivo, que a Ouvidoria atende,

mas ao cidadão, que usufrui de um serviço porque necessita dele, e essa necessidade é reconhecida como um direito, aliás, por ele conquistado. (2011, p. 24).

Continuando, o autor afirma:

O ouvidor, consciente do caráter transformador da Ouvidoria, sabe que, no exercício de seu *múnus*, contribui para a construção de uma nova cidadania, daquela que não se contenta apenas em votar, mas que quer influir, com sua participação, nos destinos da *polis*, tornando-o mais justa e mais solidária. Portanto, o *élan* que move o ouvidor público, seus objetivos e sua *práxis*, está associado à disseminação da democracia participativa. (2011, p. 24).

De igual modo, foram excluídas, também, dessa visão panorâmica, aquelas experiências de Ouvidorias ou similares ou tentativas feitas em períodos de nossa história não condizentes com a democracia, pois tais experiências não lograram êxito, porque as Ouvidorias estão relacionadas diretamente ao fortalecimento da democracia, assim como surgiu em consequência da mobilização social e da emergência de uma cultura que delineia vetores de democracia associados à participação dos cidadãos para ter acesso aos seus direitos ou para influir na tomada de decisão em torno da formulação de políticas públicas e de suas estratégias de execução.

Como se percebe, buscou-se visualizar uma panorâmica das Ouvidorias públicas a partir de uma realidade brasileira que começa a se desenhar nos últimos trinta anos e que coincide com a mobilização da sociedade para a própria redemocratização, bem como, e especialmente, para a redemocratização do aparelho do Estado nacional. Em outras palavras, o nosso campo de visão somente alcançou aquelas experiências de Ouvidorias localizadas em território nacional, voltadas para o espaço do aparelho estatal brasileiro e realizadas em períodos condizentes com o exercício da democracia pátria.

Dentro dessa perspectiva, passemos a revelar o surgimento do panorama das Ouvidorias públicas no Brasil, tendo como referência a segunda metade da década dos anos de 1980 do século passado, quando houve uma extraordinária mobilização social pela redemocratização do país. Esse período coincide com um novo momento de reanimação do povo brasileiro em torno dos valores democráticos, impulsionado por um movimento que tomou conta de todos os recantos do país e que estabelecia um entrecruzamento de mobilização institucional e extrainstitucional, propiciando um

novo modo de ver e fazer democracia, em uma espécie de refundação das bases da democracia brasileira e de seu aparelho estatal, pois estava pautada em uma agenda democrática e no exercício de cidadania ativa (CHAUÍ, 2008).

Tanto é assim que já estamos percorrendo o período mais longo de nossa história em plena estabilidade democrática. Guimarães afirma que, nesse período, a sociedade brasileira está

vivendo um momento em que não é mais propriamente a ideia de formação o que está no centro da nossa condição, mas sim uma ideia de autoformação. Não se trata de uma ideia alheia aos sujeitos que estão se constituindo, que ao se autoformarem enquanto cidadãos democráticos repensam as suas origens, as suas identidades e seus destinos (2009, p. 13).

O autor acrescenta que essa ideia de autoformação contraria a ideia de formação que estruturava todas as narrativas dos maiores intérpretes da cultura nacional, ao longo do século passado, pois organizava suas teses com base nas referências de nossas origens, de nossa identidade e do nosso destino. Enuncia, também, que o que prevalece agora é o sentido de autoformação, que se trata de uma ideia que está dentro dos sujeitos que estão se constituindo, que faz parte de sua própria constituição e que anima esse esforço participativo democrático.

Não por acaso, é nesse ambiente que surge a primeira experiência de uma Ouvidoria pública em território nacional. Tal iniciativa foi apresentada pelas mãos de um cidadão eleito em 1985 através do voto direto dos munícipes para comandar os destinos de seu município, Curitiba, a capital do estado do Paraná – PR, Roberto Requião. Essas eleições para o cargo de prefeito das capitais dos estados estavam impedidas desde o golpe militar de 1964.

É assim que se deu a institucionalização dessa Ouvidoria, por meio do Decreto nº 215, de 21 de março de 1986, para atender aos anseios da sociedade curitibana em participar da administração da coisa pública. Essa experiência se estende, em 1991, para a esfera estadual, com a criação da Ouvidoria do estado do Paraná, de onde se ramificou uma rede de Ouvidorias setoriais coordenadas pela Ouvidoria-Geral desse estado, a qual, logo em seguida, foi refletida na criação da Ouvidoria-Geral do Ceará, para, aos poucos, ocorrer uma difusão de Ouvidorias pelos municípios brasileiros (MORAES *in* LYRA, 2011).

Ressalte-se que o surgimento das Ouvidorias públicas se evidencia pela pressão da sociedade em estado de mobilização social, pela vontade política dos

gestores e pela sua institucionalização. Esses fenômenos conformam um tripé que, segundo Luchmann (2007), caracteriza uma experiência de democracia participativa, que se percebe de forma clara no caso da criação da Ouvidoria citada no parágrafo anterior, senão vejamos: a) o compromisso governamental, presente na vontade política do prefeito e, depois, do governador, para abrir espaços de participação no âmbito do aparelho do Estado curitibano e paranaense; b) a tradição associativa, verificada no momento de mobilização que vivia a sociedade curitibana e a paranaense no período de instalação das Ouvidorias; e c) o desenho institucional, evidenciado pela publicação dos decretos que criaram e regulamentaram os espaços dessas Ouvidorias.

De igual modo, podemos afirmar que a consolidação do processo de redemocratização do país, com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, estabelecendo eleições periódicas e universais para as esferas federal, estaduais e municipais, assim como as possibilidades de participação popular vislumbradas pelo Texto Constitucional, faz emergir um conjunto de diversos mecanismos de democracia participativa no Brasil, como as consultas públicas, as conferências temáticas, a discussão do orçamento de forma participativa e a disseminação da instalação de conselhos de políticas públicas. Nesse bojo, começam a surgir e a se expandir as Ouvidorias nos órgãos públicos pelo Brasil afora.

Tudo isso aconteceu sem que as Ouvidorias tivessem sido acolhidas nas Cartas Constitucionais, em âmbito federal ou estadual. Assim, vê-se, claramente, que o ordenamento constitucional pátrio contribui, em conjunto com a participação popular e a eleição de um número razoável de políticos compromissados, com o fortalecimento e a ampliação da democracia, para a abertura de espaços de democracia participativa no âmbito do aparelho do Estado, de onde se conclui que a democracia representativa e a participativa se fortalecem mutuamente, em pleno convívio de maduras instituições republicanas, com aberturas de espaços participativos, revelando a busca de uma democracia participativa.

É nesse contexto que o país passa a ostentar um número significativo de Ouvidorias em suas mais diversas modalidades. Isso se verifica na ampliação das Ouvidorias no âmbito do serviço público, com destaque para as Ouvidorias nas universidades públicas, as Ouvidorias das polícias, as Ouvidorias gerais, nos

estados, as Ouvidorias dos órgãos públicos federais e as Ouvidorias no âmbito do SUS, como assevera Lyra (2011).

O Brasil passa a constituir um ambiente propício para o desenvolvimento de práticas de gestão democrática e para a criação de espaços incubadores da democracia participativa, haja vista a sua estabilidade política, social e institucional. Esse ambiente faz surgir uma enxurrada de práticas, valores, movimentos e mobilizações democráticas rio abaixo, onde se destaca o aparecimento de uma grande quantidade de Ouvidorias no interior do aparelho do Estado. É bem verdade que as Ouvidorias públicas aparecem sem obedecer a qualquer orientação conceitual mais precisa, o que ocasiona uma expansão desordenada e desigual, marcada por fortes traços distintivos entre as diversas experiências instituídas.

Isso não quer dizer que tal assertiva impossibilite a identificação das marcas preponderantes das Ouvidorias públicas brasileiras, pois são visíveis dois eixos de ordem política e ideológica que dão ânimo ao seu surgimento, quais sejam: o primeiro, voltado para a modernização da administração pública, e, o segundo, para a democratização do aparelho do Estado.

No dizer de Lyra (2011), a vertente modernizadora que inspira uma parte significativa de nossas Ouvidorias se preocupa em enfatizar a eficácia, buscando, incessantemente, aprimorar os serviços públicos. Mas esse aprimoramento se volta de forma demasiada para a melhoria dos serviços em forma de resultados, como se estivessem descolados dos direitos de cidadania. A ênfase é dada em uma dinâmica globalizante e pela incorporação de novas tecnologias que são impostas pelo sistema produtivo sem que se considerem os elementos participativos. Essas Ouvidorias sofrem uma espécie de profilaxia dos valores democráticos, que dificultam ou diminuem as possibilidades de conectá-las à participação da sociedade, pois centralizam o seu objetivo quase exclusivamente na eficácia desejada por aquele poder que a instituiu.

Essa vertente modernizadora se encontra presente na maioria das Ouvidorias públicas de nosso país, especialmente as que surgiram no decorrer dos anos de 1990, porque foram impulsionadas pela reforma de Bresser-Pereira (PDRAE, 1995), que afirmava que era preciso ventilar ares renovadores para a administração pública brasileira.

A proposta de participação da reforma bresseriana carregava o princípio de que os bens e os direitos de cidadania podiam ser ofertados em forma de serviços

por entidades vinculadas ao terceiro setor ou pelo próprio mercado, presumidamente capazes de exercer suas atividades balizadas pela eficácia, o que só é possível pela prática de um modelo gerencial pautado nos interesses ditados pelas leis mercadológicas, sem se importar se os fundos públicos tivessem que ser alienados para viabilizar o financiamento desses mesmos serviços, que deixavam a condição de direitos para ser bens de consumo.

Por outro lado, há um número razoável de Ouvidorias públicas que caminham para um desenho mais concernente com os valores e os princípios democráticos, que Lyra (2011) classifica como sendo Ouvidorias de vertentes democráticas, que se caracterizam por serem impulsionadas pela pressão social, focadas no exercício da cidadania e chefiadas por um ouvidor com prerrogativas do encargo com autonomia, mandato com prazo determinado e escolha por órgão colegiado.

Convém enfatizar que, embora ainda predominem as Ouvidorias públicas com ouvidores indicados e nomeados por autoridades sem a mediação de um órgão colegiado, elas tendem a buscar para si os traços que as marcariam como sendo voltadas para os valores da democracia participativa. Como afirma Lyra,

a considerável ampliação do número de ouvidores públicos existentes no Brasil, muitos jovens, em boa parte, integrantes da área da saúde e de outras, de caráter social – vem produzindo uma renovação considerável dessa categoria *sui generis* de servidores, com a crescente politização desses. Politização entendida, no melhor sentido do termo, como consciência crescente da *potencialidade* transformadora de sua função crítico-propositiva, como instrumento de “radicalização da democracia”, de defesa dos direitos humanos e, eventualmente, de inclusão social. Sem deixar de se preocupar, igualmente, com a transparência, a desburocratização e a otimização dos índices de eficácia do serviço público (2011, p. 33).

Essa tendência se verifica mais fortemente nos últimos anos, especialmente devido ao estímulo dado pelo governo Lula, inclusive “*dando suporte material, mediante concessão de financiamento para a instalação de numerosas Ouvidorias públicas – como é o caso das que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)*” (LYRA, 2011), o que demonstra a vontade política do governo federal em ampliar os canais de escuta da população no interior do aparelho do Estado. Ressaltamos que essas Ouvidorias foram criadas no âmbito do SUS, especialmente a que diz respeito à Ouvidoria-Geral, a respeito da qual falaremos, de forma mais específica, no próximo item.

4.2 A concepção da Ouvidoria-Geral do SUS

Anteriormente, já dissemos que a década de oitenta do século passado foi marcada por um oceano de movimentos sociais, políticos e partidários em torno da redemocratização do Brasil. Nesse oceano de movimentos sociais, um mar de impulsos mobilizadores consagrou a saúde como um direito de todos e dever do estado em nossa Constituição Federal de 1988 (BRASIL). Essa mesma Carta expressou a participação da comunidade como diretriz organizativa do SUS, *in verbis*:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

(...)

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – (...)

II – (...)

III – participação da comunidade. (CF: 2008, p.55).

Coube à legislação infraconstitucional regulamentá-la, o que ocorreu pela feitura da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, denominada de Lei Orgânica da Saúde, na forma seguinte:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I – (...);

II – (...);

III – (...);

IV - (...);

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII – (...);

VIII - participação da comunidade; (DOU, 20/09/1990).

Essa regulamentação foi mais detalhada pelo advento da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, transcrita abaixo:

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. (DOU, 31/12/1990).

Como se percebe, essa legislação infraconstitucional estabeleceu que a participação da comunidade se evidenciasse apenas pela instituição dos conselhos de saúde e pela realização de suas conferências municipais, estaduais e nacionais, periodicamente a cada quatro anos, sem fazer quaisquer referências à criação de Ouvidorias. Todavia, a realização das conferências fez emergir o debate sobre outras modalidades de participação que não se limitassem às fronteiras dos conselhos de saúde e às suas conferências. Aqui, revela-se que um espaço democrático, como os ambientes das conferências de saúde, faz surgir a necessidade de outros espaços para o exercício da democracia participativa, pressionando o poder estatal a se abrir para a sociedade e fazendo lembrar a definição de uma sociedade democrática, segundo a compreensão de Chauí, que assevera:

(...) uma sociedade é democrática quando institui algo mais profundo, que é condição do próprio regime político, ou seja, quando institui direitos e que essa instituição é uma criação social, de tal maneira que a atividade democrática social realiza-se como luta social e, politicamente, como um contrapoder social que determina, dirige, controla, limita, e modifica a ação estatal e o poder dos governantes. (2011, p. 352).

Os participantes das conferências, ao debater sobre o direito dos usuários do SUS ao acesso à informação, passaram a enxergar a criação de Ouvidorias como espaços necessários para a escuta daqueles que buscavam os serviços e as orientações sobre o sistema de saúde público. Não é à toa que tanto a 10ª CNS

(10^a, BRASÍLIA, 1996) quanto a 11^a CNS (11^a, BRASÍLIA, 2000) já haviam aprovado em seus relatórios finais a necessidade de se criarem Ouvidorias nas esferas de governo que coordenam o sistema, as redes e os serviços de saúde brasileiros.

Ressalte-se, todavia, que os governos coincidentes com os períodos dessas duas conferências, entre 1996 e 2002, não chegaram a desenvolver uma política de implantação de Ouvidorias no SUS, em consonância com os seus relatórios finais, contrariando a definição de sociedade democrática, como sugerida por Chauí (2011). Por outro lado, durante esse período, mais precisamente no ano de 1996, como estratégia de comunicação para o enfrentamento da epidemia da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), foi disponibilizado ao público um número de telefone gratuito para informá-lo sobre a AIDS e sobre as demais doenças sexualmente transmissíveis, que foi denominado de “Pergunte AIDS” (0880 61 2437). A partir desse serviço, foi constituído “um banco de informações que facilitou a compreensão do histórico, manifestações clínicas, transmissão e prevenção dessas doenças, priorizando também questões relacionadas à defesa dos direitos humanos” (BRASIL: 2010) e garantindo a confidencialidade daqueles que o procuravam.

Esse serviço de escuta da população e, ao mesmo tempo, de disseminação de informações em saúde se expandiu e se transformou em um serviço de utilidade pública em que o Ministério da Saúde passou a prestar informações a respeito de outras doenças além da AIDS, bem como sobre as políticas, os programas e as ações de saúde e a prestar informações sobre os conselhos de saúde, institucionalizando-se como o “Disque Saúde”. A partir daí, foram criados outros serviços de Discagem Direta Gratuita (DDG) para fins específicos de combate à prática de fumar, como o “Disque Pare de Fumar” (0800 7037033) e o “Disque Medicamentos” (0800 6440644). Esses assuntos foram muito demandados pela população usuária desses serviços de prestação de informação. E ainda passou a receber registros sobre denúncias, reclamações e sugestões relacionadas ao SUS.

Esses são os indícios que evidenciam os primeiros sinais de surgimento de uma Ouvidoria no SUS. Assim, os serviços citados se unificaram, e os seus assuntos e conteúdos passaram a ser disseminados unicamente pelo número do telefone do Disque Saúde (0800 61 1997), otimizando o atendimento ao cidadão, que passou a memorizar um único número telefônico de referência nacional, o que facilitou o contato e reduziu custos (BRASIL, 2010).

Sobre essa gênese da Ouvidoria no SUS, consta no texto “Falando de Ouvidoria: experiências e reflexões”

(...) que a primeira experiência aproximada de um serviço de Ouvidoria no SUS foi instituída em 11 de abril de 2002 por meio do Decreto nº 4.194 que criou o Centro Nacional de Promoção da Qualidade e Proteção aos Usuários do SUS. A partir dele, foram agregados todos os serviços de contato com os cidadãos que existiam no Ministério da Saúde, como a Central de Teleatendimento, Disque Saúde e o Serviço de Atendimento ao Cidadão Usuário do SUS (SAC-SUS). (BRASIL, 2010, p. 15).

Além disso,

(...) o Disque Saúde se transformou no canal de entrada mais conhecido por seu caráter informativo. Como se vê, a Ouvidoria do SUS foi concebida, diferentemente de outras, disseminando informações em saúde, portanto agindo em primeiro nível de atendimento e sem prejuízo das demais características de um serviço de Ouvidoria clássico. (BRASIL, 2010, p. 16).

Entretanto, se é verdade que os primeiros passos foram dados na direção de se constituir uma Ouvidoria, não é menos verdade que a Ouvidoria, aprovada em resolução dos relatórios finais das 10ª e 11ª CNS, ainda não fora criada, pois os diversos serviços de escuta da população estavam todos voltados para a disseminação de informações em saúde, em consonância com o atendimento dos incisos V e VII do art. 7º da Lei 8.142 de 1990, já citados anteriormente, mas em confronto com os novos mecanismos de participação, como era o desejo dos delegados da 10ª CNS, em seu relatório final, *in verbis*:

112. Os Conselhos e os gestores do SUS devem constituir e implementar novos mecanismos de participação, os quais devem ter assegurados, pelos gestores do SUS, todas as informações necessárias para a análise e deliberação das questões a eles pertinentes, bem como para divulgação aos usuários. Os Conselhos e Conferências de Saúde devem obedecer à paridade estabelecida pela Lei Federal nº 8.142/90. Entre esses mecanismos, incluem-se:

112.1 (...)

112.2 (...)

112.3 Ouvidorias e Serviços Disque-Denúncia em todos os níveis do SUS, vinculados aos Conselhos de Saúde; (10. Brasília, 1996, p. 42).

De igual modo, entre outras referências no tocante à criação de Ouvidorias no SUS, a 11ª CNS tratou o assunto em seu relatório final assim:

5. A criação de outros instrumentos de controle social vinculados aos conselhos foi recomendada, para fortalecer o papel fiscalizador dos

conselhos, tornando-o mais efetivo. Nesse sentido foi enfatizada a criação de Ouvidorias, vinculadas aos Conselhos de Saúde, de fácil acesso à população, para operarem como instâncias de encaminhamento de reivindicações e sugestões, e para auxiliar na busca de soluções para problemas nos serviços de saúde. A instalação de serviços do tipo “Disque-SUS”, para receber e tratar sugestões e denúncias de atendimento nos serviços de saúde, podem, igualmente, contribuir para aproximar o cidadão das instâncias de Controle Social do Sistema. No caso específico das Ouvidorias, sugere-se que as mesmas sejam eleitas pela sociedade civil, gozando de autonomia em relação ao governo, inclusive com dotação 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 (BRASÍLIA, 2000, p. 61).

Por isso mesmo essa matéria veio novamente à tona pelos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que ratificaram a necessidade de se criarem Ouvidorias no SUS, aprovando em seu relatório final, em um de seus itens de resolução, mais uma vez, a constituição de Ouvidorias no âmbito do SUS, para alargar os espaços de participação social em seu interior, já referido.

Essa conferência coincide com a assunção ao governo central do presidente Lula, que estimulou a ampliação dos espaços e dos instrumentos de participação da sociedade no processo de formulação das políticas públicas, em que os movimentos sociais foram mais valorizados por meio da realização dessas conferências em diversos segmentos da sociedade e do atendimento de muitas de suas proposições.

É nesse contexto em que o Ministério da Saúde cria, em sua estrutura organizacional, uma Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPM/MS, para integrar e estimular práticas que ampliassem o acesso dos usuários do SUS ao processo de avaliação das políticas públicas de saúde, objetivando dotar de estrutura funcional, orçamentária e financeira a terceira diretriz organizativa do sistema de saúde, como determina a Constituição Federal, incentivando concretamente “*o efetivo exercício da cidadania em todo território nacional daqueles que buscam o serviço de saúde pública*” (BRASIL, 2010), em cujo âmago foi instituído o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES) - a Ouvidoria-Geral do SUS, como exemplo concreto de participação da comunidade e de democratização das informações em saúde e, conseqüentemente, da gestão do SUS, como estava em resolução das últimas três Conferências Nacionais de Saúde, assumindo, dentre outras competências e atribuições, a responsabilidade de propor, coordenar e apoiar a implementação da Política Nacional de Ouvidorias do SUS.

Vê-se que, durante o período dos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998/1999-2002), as proposições das Conferências Nacionais de Saúde não eram consideradas em sua inteireza. A pressão social existia de forma organizada, mas não era suficiente para impor ao governo uma agenda de natureza mais participativa, haja vista que esse governo se referenciava por uma política para modernizar o aparelho do Estado que possuía premissas que atendiam a um modelo de gestão pública voltado para um gerencialismo que desprezava a participação da comunidade. Assim, absorveu a demanda das Conferências como se fosse um serviço de atendimento ao cliente, como demonstra os serviços até então existentes, sem a participação efetiva dos cidadãos, tais como a Central de Teleatendimento, o SAC-SUS e o Disque Saúde, esquivando-se do conceito de saúde como um direito de cidadania e um bem eminentemente público.

Ao contrário, no período dos governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006/2007-2010), a proposição das Conferências de Saúde para a criação de Ouvidorias no SUS foi atendida. O comando constitucional, que instituiu como diretriz organizativa do SUS a participação da comunidade, foi estruturado em uma Secretaria do Ministério da Saúde, e a Ouvidoria foi criada como um de seus Departamentos com dotação orçamentária e financeira própria para desenvolver suas competências e atribuições, em que se destacam a elaboração e apoio à implantação de uma política nacional de Ouvidorias no SUS.

A Ouvidoria-Geral do SUS, finalmente, foi criada e constituída para abrir poros no aparelho do Estado, nesse caso, nos órgãos que constituem o Sistema Único de Saúde, a fim de que possam se transformar em vasos comunicantes entre os usuários do SUS e os que exercem suas atividades no interior do aparato estatal, conforme art. 29 do Decreto Presidencial nº 4.726 de 9 de junho de 2003, *in verbis*:

Art. 29. Ao Departamento de Ouvidoria-geral do SUS compete:
I – propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS;
II – estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de Ouvidoria em saúde;
III – implementar políticas de estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS;
IV – promover ações para assegurar a preservação dos aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade em todas as etapas do processamento das informações decorrentes;
V – assegurar aos cidadãos o acesso às informações sobre o direito à saúde e às relativas ao exercício desse direito;

- VI – acionar os órgãos competentes para a correção de problemas identificados, mediante reclamações enviadas diretamente ao Ministério da Saúde, contra atos ilegais ou indevidos e missões, no âmbito da saúde;
- VII – viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento, no campo da Ouvidoria em saúde, para subsidiar a formulação de políticas de gestão do SUS. (DOU, 9/06/2003).

Dessa maneira, institucionaliza-se a Ouvidoria-Geral do SUS para buscar integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários do sistema a possibilidades de se avaliarem os serviços públicos de saúde, em uma perspectiva de influir na elaboração das políticas por meio do acolhimento e do tratamento das manifestações dos cidadãos.

Pode-se concluir que a soma da mobilização da sociedade de forma organizada, revelada na tradição associativa em forma de conferências, mais a vontade política do governo, materializada na expressão de seu compromisso com a criação de espaços de democracia participativa, e a institucionalização organizacional desses instrumentos de participação, por meio de arcabouço normativo, sugerem a formação de um conjunto de atos que se correlacionam e dão sustentação a uma experiência de democracia participativa como assevera Luchmann (2007).

Percebe-se, pela constituição da Ouvidoria-Geral do SUS, assim como pela constituição da Ouvidoria do município de Curitiba, que instrumentos de democracia participativa, como as Ouvidorias, só se tornam sustentáveis caso os governos tragam em seu âmago a vontade política de se comprometer com a participação, dialogando novamente com os ensinamentos de Luchmann (2007). Ainda mais, quando há pouco enraizamento dessa modalidade participativa no seio da sociedade, pois, como vimos, foi preciso o assunto estar presente e aprovado em três conferências nacionais de saúde para se tornar efetivo somente no ano de 2003, quando da assunção ao poder central de um governo compromissado com instrumentos de participação social e, mesmo assim, as recomendações das Conferências não foram postas em prática em plena conformidade com os seus relatórios finais.

No caso em estudo, todavia, é preciso averiguar se aquele tripé referido por Luchmann (2007) está presente no cotidiano da gestão, o que será feito na análise dos relatórios gerenciais da Ouvidoria, pois a vontade política do gestor-mor, o Ministro, materializa-se pela ação de seus comandados que exercem atividades na

média gerência da estrutura funcional, por isso a cautela em afirmar, *prima facie*, que estão dadas as condições para considerar a Ouvidoria-Geral do SUS como espaço de democracia participativa. Para tanto, precisamos ir mais fundo e adiante em nossa pesquisa.

Em 2011, o 0800-61-1997 foi transformado em tridígito e passou a ser divulgado como 136, que passou a ser o número da Ouvidoria-Geral do SUS, a fim de ser mais facilmente memorizado pelos cidadãos, e que anteriormente era conhecido como 'Disque Saúde'. O número 136 é nacionalmente referenciado no atendimento ao cidadão, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e se transformou no canal de entrada da Ouvidoria, mais conhecido por disseminar informações.

Como se vê, a Ouvidoria do SUS nasce diferentemente de outras, disseminando informações em saúde, portanto, agindo em primeiro nível de atendimento, uma marca imprópria de Ouvidoria para, posteriormente, agregar as demais características inerentes de uma Ouvidoria clássica, o que implicará uma concepção incomum, bem particularizada das Ouvidorias do SUS, que será objeto de análise nas linhas seguintes.

4.3 A Ouvidoria como espaço de participação

A Ouvidoria-Geral do SUS, operada pelo Doges/SGEP/MS, é um poro que se abre na estrutura organizacional do aparelho estatal brasileiro, nesse caso, na estrutura do SUS, mais especificamente, na esfera do governo federal, para a escuta de manifestações (reclamação, informação, sugestão, elogio, denúncia e solicitação) dos usuários-cidadãos do sistema público de saúde a respeito de suas políticas, ações, programas e serviços, por meio de atendimento presencial, internet, correios e telefone gratuito, instituído, estruturalmente, no MS pelo Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, e que está em consonância com a perspectiva de democratização das relações em nossa sociedade, expressa pelo governo Lula em início de sua gestão que, em seu portal eletrônico, afirmou o seguinte sobre o assunto:

Novos canais de participação social estimulam uma relação de coresponsabilidade entre o Estado e a sociedade, ao mesmo tempo em que conferem legitimidade às decisões e ações de governo. O propósito é avançar na democratização do Estado, abrindo espaço para uma

participação social consciente e mobilizada, disposta a agir sobre a dinâmica da política real, cotidianamente, em cada conjuntura. (<http://www.brasil.gov.br>, acessado em 06/04/2012).

Tal assertiva se refletiu no aumento do número de Ouvidorias no serviço público federal, que passou de 40, no ano de 2002, para 165 Ouvidorias, em 2010, conforme assinalou Pedro de Carvalho Pontual, assessor especial da Secretaria Nacional de Articulação Social da Presidência da República (SNAS/SG-PR), em evento realizado pela Ouvidoria-Geral da União (OGU) e divulgado no portal eletrônico do governo federal, quando ele ainda afirmou:

Isso é reflexo da democracia participativa. “A população deve compartilhar com o governo o poder de tomada de decisões. As Ouvidorias tratam da questão de como a prestação de serviço público chega aos cidadãos. Devemos promover uma escuta qualificada dos movimentos sociais e da sociedade civil organizada, que apresentam suas avaliações sobre a execução das políticas públicas”. (<http://www.gov.br>, acessado em, 06/04/2012).

Também atendeu às deliberações dos relatórios finais das 11^a, da 12^a e da 13^a Conferências Nacionais de Saúde, realizadas em Brasília, no Distrito Federal – DF - respectivamente nos anos de 1996, 2000 e 2003, que pontificavam pela necessidade de criação de Ouvidorias no âmbito do SUS e de uma política própria para essa matéria.

Acrescente-se, ainda, que a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada pela Portaria MS/GM nº 675, de 30/03/2006, ratifica esse entendimento, em seu art. 5º, inciso XI, *in verbis*:

Art. 5º - Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe:

(...)

XI – o direito de se expressar e de ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio de Ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade; (BRASIL, 2011, p. 15-18).

Esse quadro retrata a situação de constituição, criação e funcionamento da Ouvidoria-Geral do SUS e se verifica que estão presentes os requisitos para que se possa caracterizar a criação dessa Ouvidoria-Geral como um ambiente de participação social, como parte de novos instrumentos democráticos que rumam no sentido de fortalecer a democracia, em vista de ela se tornar mais participativa. Segundo o método de análise de Luchmann (2007), um espaço de democracia

participativa se configura quando esses ambientes se consolidam como processos de institucionalização de discussão pública, em torno de decisões relacionadas ao interesse coletivo, caracterizado por um conjunto de condições e variáveis que reflitam o compromisso governamental, a tradição associativa dos cidadãos e o desenho institucional próprio para tanto.

As variáveis referidas estão presentes na criação e na constituição da Ouvidoria-Geral do SUS, senão vejamos: essa Ouvidoria surge do movimento social organizado em torno da saúde pública, que se materializa nos relatórios finais das conferências nacionais de saúde, que são realizadas periodicamente, portanto está clara a primeira variável: a tradição associativa voltada para a mobilização permanente daqueles que se envolvem com o tema saúde pública; a segunda variável está constatada pelo compromisso do governo em ampliar os mecanismos de participação, verificado em sua política de transparência, em suas falas divulgadas nos diversos instrumentos de comunicação social e nas dotações orçamentárias destinadas para o desenvolvimento dessas ações; e a terceira variável se comprova pela inclusão do espaço na estrutura formal do Ministério da Saúde, instituído por norma que estabelece cargos e funções e cria uma política própria para o assunto.

Ademais, todas essas variáveis se evidenciam na propositura da 63ª meta do Plano Nacional de Nacional (PNS), de 2008/2009-2011, que estabelece: “63) Implantar Ouvidorias nas 27 UF, em 26 capitais e em 140 municípios até 2011” (BRASIL, 2010, p. 136). O mesmo ocorre na elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) para o período de 2012-2015, que estabelece, em sua diretriz 13, que trata da qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS, as iniciativas seguintes relacionadas à questão:

(...)

a implementação federativa de uma cultura voltada para a ouvidoria ativa como instrumento de gestão, com ampliação e fortalecimento do sistema nacional de Ouvidoria, articulado às instâncias de controle social, e adequação dos sistemas de informação;

o 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;

(...)

apoiar a implantação de 125 Ouvidorias/ano com sistema informatizado;

(...) (BRASIL: 2012, p. 94-95).

Essas proposições, tanto no PNS 2008/2009-2011, quanto no PNS 2012-2015, comprovam o compromisso governamental para o desenvolvimento e a prática de uma política de Ouvidoria no SUS; revela a pressão social originária das conferências de saúde como tradição organizativa dos movimentos em defesa da saúde em nosso país e demonstra o desenho institucional pelo estabelecimento de diretrizes, objetivos e metas para fins de consecução de Ouvidorias nos dois últimos planos nacionais de saúde.

Isso evidencia que a atuação da Ouvidoria-Geral do SUS se apresenta como um espaço de cidadania, que abre as estruturas do aparelho de Estado para a participação, amplia novos instrumentos de escuta da população e possibilita que se enxerguem as Ouvidorias em saúde como um dos esteios da democracia participativa no cenário democrático em que vive o Brasil, o que contribui para consolidar uma sociedade mais democrática e participativa.

Nesse sentido,

as Ouvidorias do SUS emergem como canais democráticos de estímulo à participação comunitária, de disseminação de informações em saúde, de mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde e como ferramenta de gestão que possa contribuir para definição de ações que resultem em melhorias para o Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2010, p. 26).

Esse conjunto de ações desencadeadas pelo MS com as deliberações das conferências nacionais de saúde viabilizou a instalação da Ouvidoria, que se consolidou como um instrumento de visibilidade do Estado, ampliando os espaços de participação social, anteriormente circunscritos aos conselhos e à conferência de saúde, reforçando as discussões sobre a importância dos mecanismos de democracia participativa, no âmbito do sistema único de saúde, “como fio condutor para os avanços necessários à democracia” (BRASIL, 2010b).

Nesse contexto, a Ouvidoria-Geral do SUS pode se constituir como um espaço de cidadania e representa uma possibilidade de participação que nos leva a caracterizá-la como uma prática de gestão democrática, pois a sua atuação é como poros abertos no aparelho do Estado brasileiro, que podem viabilizar o contágio da população que se apresenta por meio de manifestações que trazem contribuições para a expressão de uma democracia participativa, visto que as manifestações acolhidas são tratadas e se transformam em informações que podem subsidiar e

legitimar as ações dos gestores de saúde. Todavia, precisamos averiguar se as demandas originárias dos cidadãos em forma de relatórios gerenciais se converteram em vetor de influência para as áreas técnicas responsáveis pela elaboração das políticas públicas voltadas para o tema da saúde, pois, se a Ouvidoria apenas se evidencia como espaço de acolhimento das demandas dos usuários, sem uma resposta adequada para elas, estabelece-se uma desconexão no atendimento às manifestações dos cidadãos, que fragiliza uma das pernas do tripé que sustentam as experiências de democracia participativa, no dizer de Luchmann (2002).

5. A Ouvidoria como instrumento de gestão

5.1 A origem e a constituição da Ouvidoria-Geral do SUS

Como vimos no capítulo anterior, a Ouvidoria-Geral do SUS constituiu-se de forma lenta e gradual, ao longo de oito anos (1996 a 2002), fruto de luta e da pressão social, que podem ser comprovadas nos relatórios finais das CNS, realizadas nesse período (BRASIL, 1997; 2003), e como consequência de iniciativas institucionais, que podem ser percebidas na materialização de práticas governamentais de comunicação que visavam prestar informações sobre saúde pública aos cidadãos. Portanto, a Ouvidoria-Geral do SUS surge de iniciativas institucionalizadas por pressão de mobilização extrainstitucional.

Essas medidas institucionalizadas se restringiam a uma estratégia de comunicação para o enfrentamento de determinada doença que se tornara uma epidemia – a AIDS - ao mesmo tempo em que atendiam ao comando legal que expressa o direito do cidadão de obter informação sobre saúde pública. Essa iniciativa se ampliou para outros serviços de prestação de informações sobre saúde, por meio de uma linha telefônica aberta e gratuita ao público. Assim, em 1997, o “Pergunte AIDS” se expandiu para o “Disque Saúde”; em 2001, criou-se o “Pare de Fumar” e, em 2003, foram criados os Programas “Saúde da Mulher” e “Disque Medicamentos”, o que constituiu a origem da Ouvidoria-Geral do SUS, em 2003, pelo normativo legal no capítulo anterior já referido.

Tal característica, em prestar informação ao usuário do sistema de saúde, marcou a gênese da Ouvidoria-Geral do SUS, diferenciando-a de uma Ouvidoria clássica. Por isso, sua concepção sofrerá dessa influência, carregando para si a significação dessas experiências, e servirá de ilustração para aqueles que acreditam que é fazendo que se aprende a fazer ou, no dizer de Freire (1989), que “todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso, aprendemos sempre.” De maneira muito óbvia, ele exclama: “É praticando que se aprende”.

É assim que a Ouvidoria do SUS nasce, como semeadora de informações e se afirmando como tal. Nesse sentido, inovadora, aprendendo com ela mesma e com os seus cidadãos-usuários, traz para a sua concepção essa evidência que faz parte de sua realidade e que não pode deixar de ser considerada. Em outras palavras, a Ouvidoria-Geral do SUS tem sua constituição marcada como

disseminadora de informações, porque atua em uma perspectiva de informar sobre saúde aos cidadãos que a procuram como sendo um direito próprio de cidadania, que se diferencia da tradição das Ouvidorias clássicas. Essa peculiaridade da Ouvidoria do SUS propicia um ambiente favorável para o desenvolvimento da transparência no trato da coisa pública, para a produção de um efeito pedagógico daqueles que recebem a informação e para a contribuição com o empoderamento dos cidadãos.

Ao difundir informações, a Ouvidoria se revela como um instrumento de visibilidade do aparelho do Estado, poliniza transparência na execução das políticas públicas de saúde e contribui para tornar translúcida a opacidade das estruturas do Estado brasileiro, em uma busca incessante para cumprir uma das promessas não cumpridas pelo advento da democracia ao mundo moderno, que era de eliminar o poder invisível do Estado (BOBBIO², 1997). Além disso, passa a atender aos requisitos exigidos pelo princípio da publicidade como forma de autocontrole, “porque a publicidade é por si mesma uma forma de controle, um expediente que permite distinguir o que é lícito do que não é.” (BOBBIO², 1997). Ao mesmo tempo se baliza pelos princípios da administração pública, insculpidos em nossa Carta Magna, na cabeça de seu art. 37, *in verbis*:

A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (...) (BRASIL, 2008, p. 18)

Acrescente-se, ainda, que a atuação da Ouvidoria-Geral do SUS considera os fundamentos da República Federativa do Brasil, segundo a nossa Constituição Federal, especialmente a cidadania, a dignidade humana e o pluralismo político como valores a serem manejados pelos seus operadores.

Como efeito pedagógico, as informações devidamente semeadas pela Ouvidoria-Geral auxiliam os usuários do sistema de saúde em sua educação para a cidadania. Ao receber mais informações sobre o SUS, os usuários passam a ter oportunidades de se apropriar do conhecimento sobre o que se passa no universo da saúde pública brasileira, o que pode gerar uma reflexão crítica da realidade em que ele se encontra e estimular a ativação de sua cidadania, no rumo da transformação do mundo que o rodeia, porque a democracia requer cidadãos ativos. Nesse sentido, reproduzo o seguinte texto que trata do tema:

O indivíduo informado reúne maiores condições para o exercício pleno da cidadania. O conhecimento dos direitos e deveres seus e do Estado é o primeiro passo na busca da concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde. Além disso, a informação é capaz de promover no cidadão uma reflexão sobre a necessidade de ampliação do conceito de saúde, que deve dar lugar a tudo o que conceitue, em última análise, a qualidade de vida. (BRASIL, 2010, p. 38)

Isso contribui, também, para que nos aproximemos do cumprimento de mais outra promessa que não foi entregue pela democracia liberal no entendimento de Bobbio (1997), qual seja: a educação dos cidadãos.

Esse aspecto *sui generis* da Ouvidoria-Geral do SUS, que difunde informações em saúde para o cidadão, também o empodera, porque fortalece sua cidadania e oferta ao cidadão a possibilidade de fazer reflexões críticas sobre seu papel em uma gestão participativa, estimulando-o ao exercício dessa participação.

De igual modo, os cidadãos podem compreender o SUS e como as diversas formas de participação e controle social podem contribuir para sua melhoria. Essa forma de atuação permite que os usuários compreendam o papel e os limites da Ouvidoria como mecanismos de participação e contribui para que se concretizem as políticas públicas, com a divulgação de ações estratégicas para a gestão, ao mesmo tempo em que a população passa a conhecer a referida política, até então abstrata, e apropria-se de seu conteúdo, contribuindo para a sua concretização.

Outro aspecto que se constata na constituição das Ouvidorias é a sua dimensão ética. Esse aspecto se revela muito nitidamente na Ouvidoria-Geral do SUS, mesmo como uma Ouvidoria de nível central, que se localiza distante da execução das ações e dos serviços de saúde. Entretanto, essa centralização não implica, necessariamente, distanciamento, pois essa Ouvidoria mantém relação com os cidadãos, não somente por telefone, mas também por meio do atendimento presencial, e a escuta passa a ser desenvolvida diretamente pelos cinco sentidos e mediada pela relação física e pessoal de dois seres humanos em posições e papéis diferentes. O aspecto que se constata na Ouvidoria-Geral do SUS é que o cidadão busca seus direitos a partir de uma necessidade que fragiliza o seu corpo e sua mente. Ele está doente - ou pensa que está doente - ou não quer ficar doente. Em suma, ele quer viver bem e ser visto como tal pelo outro.

Nesse sentido, vale a pena lembrar Eco (1997), que certifica: “A dimensão ética começa quando o outro entra em cena”. Nesse momento, o Ouvidor percebe

que as cortinas do palco se abrem para a entrada em cena do outro que busca saúde porque se encontra doente, mas ainda como sujeito. Dessa maneira, lembramos mais uma vez Eco:

Assim como ensinam as mais laicas entre as ciências, é o outro, é o seu olhar, que nos define e nos forma. Nós (assim como não conseguimos viver sem comer ou sem dormir) não conseguimos compreender quem somos sem o olhar e a resposta do outro. (1997, p. 95)

E ele acrescenta:

Na falta desse reconhecimento, o recém-nascido abandonado na floresta não se humaniza (ou, como Tarzan, busca o outro a qualquer custo no rosto de uma macaca), e poderíamos morrer ou enlouquecer se vivêssemos em uma comunidade na qual, sistematicamente, todos tivessem decidido não nos olhar jamais ou comportar-se como se não existíssemos. (1997, pp. 95-96)

Isso fica muito clarividente quando o ouvidor se depara com um cidadão hanseniano, aquele que tem hanseníase, que busca seus direitos ou transformar suas demandas em direitos, e o Ouvidor, no primeiro contato, sabedor da doença do cidadão e de seu tratamento adequado, é levado a perguntar, logo de imediato, ao hanseniano se seu tratamento já fora iniciado, e não, primeiramente, pelo seu nome, como elemento essencial de sua identidade, porque sabe o Ouvidor que o início do tratamento já o protege de um eventual contágio da doença. Aqui, os nossos preconceitos se afloram em uma magnitude que pode ser mascarada ou reveladora dos nossos limites ou se transformar em força motriz de uma ação ética.

Nesse sentido, apoiamo-nos nestas palavras de Chauí:

(...) uma ação só será ética se for consciente, livre e responsável e só será virtuosa se for realizada em conformidade com o bom e o justo. A ação ética só é virtuosa se for livre e só será livre se for autônoma, isto é, se resultar de uma decisão interior ao próprio agente e não vier de uma obediência a uma ordem, a um comando ou a uma pressão externos. Como a palavra autonomia indica, é autônomo aquele que é capaz de dar a si mesmo as regras e normas de sua ação. (2011, p. 341)

É assim que emerge a dimensão ética nas práticas da Ouvidoria-Geral do SUS. A Ouvidoria-Geral abre os ouvidos do SUS, como aparelho do estado, para a escuta das vozes dos cidadãos que buscam não somente garantir seus direitos, mas também exercê-los e estabelecer novos direitos à saúde, recusando o lugar de vítima, sofredora e indefesa e que negam com a sua prática a condição de serem cegos, mudos e inertes.

Percebe-se que a Ouvidoria-Geral do SUS surge para ambientar um espaço onde a ética ecloda baseada na autonomia e na liberdade dos indivíduos, insurgindo como sujeitos capazes de fazer direitos e se constituindo, por sua vez, como um estuário de participação, vivo e berçário da cidadania.

Vê-se a ênfase nos valores éticos de uma sociedade que os busquem no interior dos indivíduos, de dentro para fora, menos formal e mais dinâmico como os relacionados aos primados que balizam a ética spinoziana, não normativa. Segundo Chauí, trata-se de uma ética

que estuda as ações e as paixões em vista da felicidade, e que toma como critério as relações entre a razão e a vontade no exercício da liberdade como expressão da natureza singular do indivíduo ético que aspira a felicidade.(2011, p. 340)

Tal debate assume relevância na medida em que se considera o elemento ético como balizador da conduta dos operadores dos serviços públicos de uma maneira geral. Nesse contexto, o Decreto nº 1.171, de 22.06.1994, que aprova o Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal, afirma que a moralidade da administração pública não se limita a distinguir o bem do mal e deve ser acrescida da ideia de que o fim é sempre o bem comum. É baseado nessa ideia que o papel das Ouvidorias do SUS deve ser pautado, valorizando o olhar do outro, a sabedoria achada na rua e a compreensão de que a dimensão ética se estabelece quando o outro entra em cena e, nesse instante, serve como referência imprescindível à construção de uma conduta ética pautada em uma “ação que só será ética se realizar a natureza racional, livre e responsável do agente e se o agente respeitar a racionalidade, liberdade e responsabilidade dos outros agentes”, como refere Chauí (2011).

Percebemos, nesse caso, que os fundamentos e os princípios que norteiam a maioria das Ouvidorias existentes em nosso país não são os mesmos que norteiam os fundamentos estruturantes da Ouvidoria-Geral do SUS. Tal fenômeno faz com que busquemos a resposta nas contradições não previsíveis de acontecimentos futuros, e que cada vez mais nos libertemos do tacaie da certeza da linha reta, que só existe nos laboratórios de Física.

Sobre esse aspecto, pergunta Gonçalves:

Como agir com êxito num mundo em constantes mudanças, marcado por configurações imprevisíveis? Como fazer, se a mera aplicação do saber sistematizado não garante respostas satisfatórias aos desafios emergentes? Como fazer para lidar com os enganos e elementos implícitos que nos desafiam nas mais variadas esferas da produção de conhecimento e das orientações que dizem respeito à convivência humana e a uma sobrevivência sustentável? (2009, p. 1)

Essas indagações demonstram que, ao contrário de outras experiências de Ouvidorias públicas, o conceito da Ouvidoria-Geral do SUS foi se forjando ao longo de sua constituição, sofrendo influências da pressão social e de iniciativas institucionais, afirmando, reafirmando e desafirmando premissas. Constatamos que o fato de os operadores e os usuários da Ouvidoria-Geral do SUS não a conceberem como um serviço de atendimento ao consumidor marca a desvinculação da saúde como um bem de consumo e afirma o seu propósito de enxergá-la como um direito atrelado ao exercício de cidadania. Além disso, a Ouvidoria-Geral do SUS não deve ser confundida com uma assessoria de comunicação social, porquanto é uma fonte disseminadora de informações, negando sua natureza a qualquer relacionamento às técnicas de auditoria ou de correição.

Ao mesmo tempo em que excluía alguns parâmetros para a sua conceituação, afirmava e consolidava alguns outros, pois se consolidou como instrumento de disseminação de informações de forma *sui generis*, diferenciando-se da maioria das Ouvidorias públicas; passou a dimensionar a ética como propulsora de novos direitos; firmou-se como mediadora do acesso aos serviços e às ações de saúde e buscou relacionar seu marco conceitual e normativo à reafirmação de serem espaços de cidadania, instrumentos de gestão e de disseminação de informações em saúde, caracterizando a Ouvidoria do SUS como algo relevante para a democracia participativa.

Portanto, o tempo, o espaço e as práticas foram moldando a concepção de uma Ouvidoria no SUS, espelhando um aprendizado diário dos operadores da Ouvidoria, no âmbito da esfera federal do Sistema Único de Saúde, e de seus usuários que se reflete na cartilha Ouvidoria-Geral do SUS: um espaço de cidadania (BRASIL, 2010a), no Guia de Orientações Básicas para implantação de Ouvidoria do SUS (BRASIL, 2010b) e no compêndio Falando de Ouvidoria, experiência e reflexões (BRASIL, 2010c).

Como vimos, essas produções do conhecimento a respeito das Ouvidorias em saúde pública consolidaram uma concepção de Ouvidoria que se sustenta em

cinco pilares: o primeiro, que se refere à disseminação de informação; o segundo, que diz respeito à mediação de acesso às ações e aos serviços de saúde; o terceiro, que se referencia no desenvolvimento da percepção que dimensiona a ética a partir da concepção da entrada em cena do outro como ser humano que carrega diferenças (ECO, 1998) e, finalmente, os dois últimos pilares que dão sustentabilidade à Ouvidoria-Geral do SUS como espaço de cidadania e instrumento de gestão.

5.2 As potencialidades e os limites da Ouvidoria como instrumento de gestão

Como vimos no item anterior, estão evidentes os sinais que marcam a Ouvidoria-Geral do SUS como um instrumento que dissemina informações em saúde pública. Agora, passaremos a verificar se esse conjunto de características é suficiente para se afirmar que essa Ouvidoria pode ser considerada como um instrumento de gestão democrática ou em que medida ela contribui para a melhoria das ações e dos serviços de saúde e até que ponto se coloca como vetor de influência na elaboração das políticas de saúde para o SUS. Para responder a esses questionamentos, é preciso descrever brevemente como esse Órgão do SUS funciona. Segundo a publicação do DOGES, “Falando de Ouvidoria: experiências e reflexões” (BRASIL, 2010a), a porta de entrada da Ouvidoria-Geral do SUS para acolher as manifestações dos usuários-cidadãos a respeito do sistema de saúde são as seguintes: a carta, o atendimento presencial, o telefone (com linha gratuita) e a internet.

Essas portas de entrada recebem manifestações originárias de todo o país e são classificadas pelos técnicos e pelos operadores da Ouvidoria como denúncia, elogio, informação, reclamação, solicitação e sugestão. Tais manifestações, depois de serem devidamente classificadas, são inseridas em um sistema informatizado denominado de OUVIDORSUS, que trata as manifestações e as encaminha para a área técnica responsável pela execução da ação, do serviço ou do programa de saúde, estipulando um prazo em conformidade com a natureza de tempo necessário para o atendimento adequado do cidadão, a fim de que ele tenha uma resposta de sua demanda em um tempo devido e satisfatório.

O software OUVIDORSUS, ao tratar as manifestações recebidas dos usuários como dados brutos transforma-os em informações que produzem relatórios gerenciais a respeito das políticas de saúde questionadas pelos cidadãos. Tais relatórios representam o espelho de um banco de dados que pode ser manipulado para melhorar os serviços de saúde e estabelecem séries históricas que servem de balizamento para monitorar e avaliar as políticas em execução, com vistas a readequar os processos organizacionais e servir de parâmetro para medir a satisfação dos cidadãos. Esses relatórios podem servir de bússola para que os gestores identifiquem as áreas mais carentes ou necessitadas de atenção e definir os alinhamentos necessários para o desenvolvimento das ações e dos serviços.

Ademais, muitas dessas manifestações carregam saberes não estruturados, mas que representam as vozes daqueles que agem no sentido de exercitar não apenas o seu direito à saúde, como também o direito básico de cidadania, para fazer valer sua ativação cidadã, na perspectiva de influir na formulação das políticas públicas de saúde, em uma prática efetiva de fazer novos direitos.

Nesse diapasão, é imprescindível que os relatórios da Ouvidoria cheguem aos gestores responsáveis pela elaboração, pelo monitoramento e pela avaliação das políticas de saúde, tornando públicas todas as informações que são geradas na Ouvidoria por meio das manifestações dos usuários, para que os elaboradores enxerguem as políticas, caso contrário, a Ouvidoria terá seu papel reduzido a um simulacro de democracia participativa, transformando-se em um instrumento inócuo e ineficaz, como se fosse uma faca cega ou um enfeite de prateleira. É como se a Ouvidoria se ensimesmasse, construísse um banco de dados que gerasse relatórios para si mesma e perdesse o seu sentido de instrumentalizar a gestão.

A gestão da informação consiste em transformar os dados que chegam à Ouvidoria em informação, para que possam gerar conhecimento. Registre-se que esse conhecimento tem sua fonte nos saberes originários das ruas e, muitas vezes, representam práticas de aprendizagem que podem contribuir para remodelar a gestão pública em saúde, caracterizando-se como instrumento de gestão.

Na Ouvidoria-Geral do SUS, a informação transita do usuário para os gestores e faz seu caminho inverso, expressando uma troca de visão de mundo a partir de uma experiência técnica do gestor e de outra experiência fundada no saber popular do usuário, não excludente, em busca de resgatar a confiança nos nossos sentidos, contrariando Bauman (*apud* Sousa Júnior, p. 2008, p. 158), que afirma: “A

existência pessoal, social e profissional acontece nesse ambiente de riscos, incertezas, perda de raízes e desconfiâncias nos próprios sentidos e na realidade”.

Brasil enuncia que,

por meio da circulação dessas informações é possível a Ouvidoria desenvolver ações voltadas para a promoção de cidadania. Isto é, os cidadãos recebendo essas informações passam a conhecer seus deveres e reúnem melhores condições na busca da garantia de seus direitos. De outra parte, aos gestores é oferecida a possibilidade de conhecer a avaliação do usuário em relação aos serviços que vêm sendo prestados e, com isso, ganham um instrumento para acertar ou melhorar a gestão, quando não satisfatória, ou manter as estratégias adotadas, quando os resultados forem positivos (BRASIL, 2010a, p. 41).

A Ouvidoria-Geral do SUS é um canal onde há o entrecruzamento dos saberes técnico e popular; o primeiro origina-se dos ambientes de trabalho, e o segundo, das ruas, dos becos e das esquinas, que podem contribuir para remodelar uma nova forma de fazer gestão, apresentando-se como um extraordinário potencial de se converter em instrumento de gestão. Todavia tal potencialidade estará limitada se os relatórios gerenciais não forem considerados pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde que são responsáveis pela elaboração das políticas de saúde.

Os limites da Ouvidoria-Geral do SUS são impostos pelo gestor médio, que pode desconsiderar os relatórios gerenciais e as demandas que lhes são destinadas, haja vista a inexistência de mecanismos que tornem obrigatória a resposta em prazos razoáveis para o atendimento das manifestações dos usuários. Essa situação é agravada pela pouca legitimidade do ouvidor, cuja escolha é feita sem qualquer anuência dos conselhos de saúde.

Por isso, a partir da análise dos relatórios gerenciais, verificaremos, no item seguinte, se as manifestações acolhidas pela Ouvidoria-Geral do SUS são consideradas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde.

5.3 A análise dos relatórios gerenciais da Ouvidoria-Geral do SUS

Ao pesquisar os relatórios gerenciais da Ouvidoria-Geral do SUS, que se encontram disponibilizados no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, www.saude.gov.br/Ouvidoria, constatamos que uma parte das demandas, entendida como toda e qualquer manifestação dos cidadãos, recepcionadas pelos canais de entrada da Ouvidoria: telefone (136), carta (correios), email (internet) e atendimento

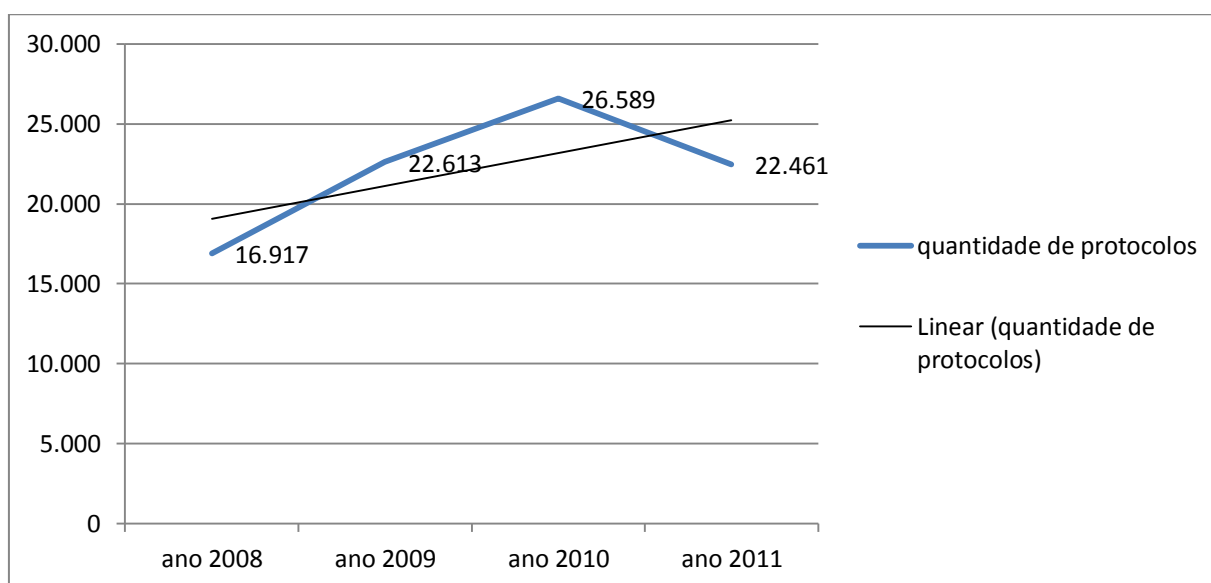
peçoal (presencial), no período de 2008 a 2011, gerou protocolos que foram registrados por um número que as classificaram e as encaminharam para as áreas técnicas responsáveis pelo fornecimento da resposta, sob o monitoramento de um técnico da Ouvidoria que acompanha todo o trâmite desse protocolo. Com esse número, o usuário pode acompanhar por telefone, por internet ou presencialmente até a sua resolução.

Esse processo revela a natureza da Ouvidoria como vaso comunicante entre o cidadão e a estrutura do aparelho do Estado, abrindo um poro nessa estrutura estatal para o conjunto da sociedade. Todavia esse vaso só é comunicante se as áreas técnicas do Estado, no caso do Ministério da Saúde, respondam de maneira efetiva às demandas protocoladas que lhes são direcionadas pelos usuários do SUS via sua Ouvidoria. Nesse sentido, é necessário esclarecer que protocolo é um número gerado pelo sistema informatizado OuvidorSus, que registra a demanda do cidadão que não se satisfiz com o atendimento eletrônico.

Apenas para termos uma visão do número de manifestações que geraram protocolos na Ouvidoria-Geral do SUS, apresentaremos a seguir o gráfico elaborado com os dados extraídos do OuvidorSus que mostra a tendência do quadro geral da quantidade de protocolos ao longo do período compreendido entre os anos de 2008 e 2011. Vejamos o gráfico seguinte:

Gráfico 2.

Quantidade de protocolos da Ouvidoria-Geral do SUS com linha de tendência



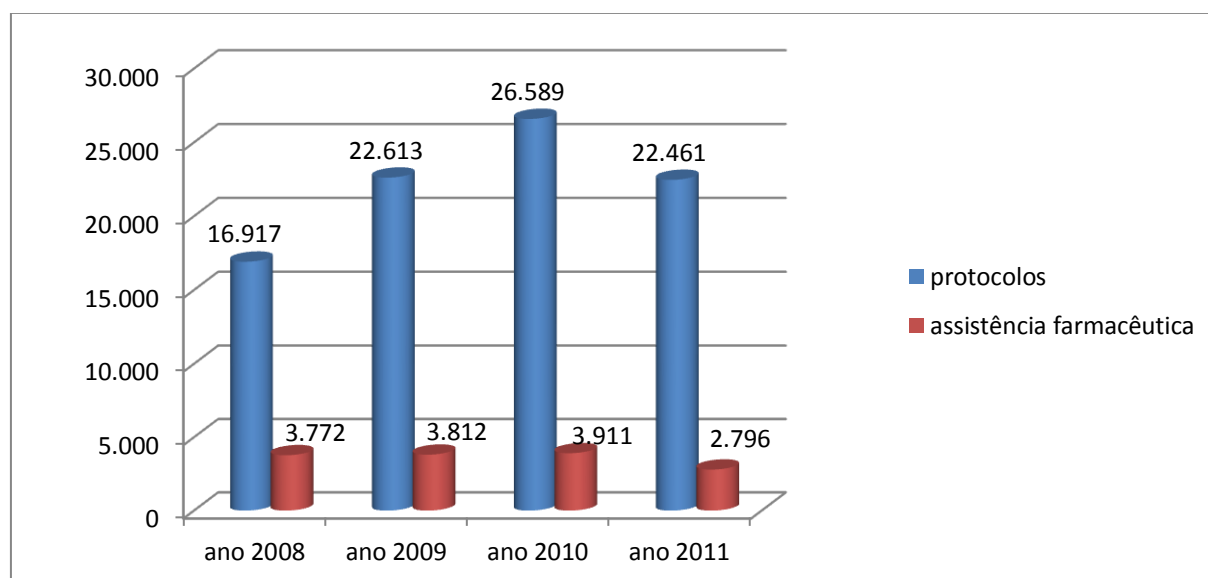
FONTE: Sistema OuvidorSus

Esse gráfico retrata, em números absolutos, a evolução da quantidade de protocolos registrados com as manifestações advindas dos usuários do sistema de saúde pública, mostrando uma curva ascendente da quantidade de protocolos ao longo dos três primeiros anos do período pesquisado. Essa curva foi revertida no último ano da série e acomodou o número de protocolos para próximo de seu número médio anual. Isso sugere que a Ouvidoria-Geral acolhe, trata e encaminha para as áreas técnicas competentes do SUS uma média anual de 22.145 protocolos, portanto a reversão da curva em números absolutos, no último ano da série pesquisada, não foi suficiente para anular a tendência de crescimento do número de protocolos registrados. Em outras palavras, a Ouvidoria-Geral do SUS está sendo procurada com tendência linear de crescimento.

Em seguida, apresentaremos, em forma de gráfico, a relação existente entre os protocolos gerados por meio das manifestações dos usuários, originárias de todo o território nacional e recepcionadas pelos quatro canais de entrada da Ouvidoria-Geral e o número de protocolos que foram tipificados como sendo do assunto da Assistência Farmacêutica. Essa relação entre o número total de protocolos e a sua tipificação no assunto da Assistência Farmacêutica permitiu verificar a evolução do tema Assistência Farmacêutica ao longo do período estudado. Vejamos a próxima ilustração:

Gráfico 3

Relação entre o total de protocolos e o assunto assistência farmacêutica



FONTE: OuvidorSus

Como se percebe, entre 2008 e 2011, a Ouvidoria-Geral do SUS, a partir das manifestações dos seus usuários, gerou 88.580 protocolos, dos quais 14.291 foram tipificados como assunto de Assistência Farmacêutica, o que representou 16,13% do total dos protocolos e guarda uma relativa homogeneidade nos anos analisados, ou seja, em números absolutos, a relação entre protocolos totais e protocolos da Assistência Farmacêutica segue uma tendência de queda do assunto referido em relação ao número total de protocolos. Isso significa que o assunto em estudo está sendo menos demandado na Ouvidoria-Geral pelos usuários do SUS.

Essa tendência se verifica quando esses mesmos números são relacionados de forma a permitir a posição do assunto Assistência Farmacêutica em relação aos demais assuntos demandados na Ouvidoria-Geral.

Eis a evolução desses registros em números absolutos e relativos na tabela que segue:

Tabela 1

Relação da Assistência Farmacêutica e da posição demandada com os protocolos

Período	Protocolos gerais	Assistência farmacêutica	Posição demandada
2008	16.917	3.772 (22,30%)↓	2º↓
2009	22.613	3.812 (16,80%)↓	2º↓
2010	26.589	3.911 (14,70%)↓	3º↓
2011	22.461	2.796 (12,40%)↓	5º↓
total	88.580	14.291(16,13%)	-

FONTE:OuvidorSus

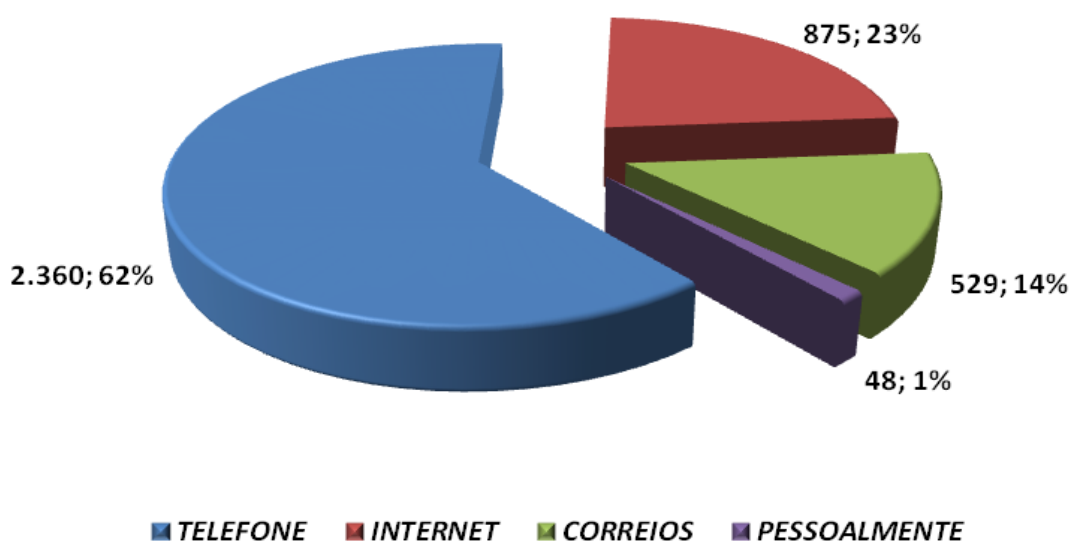
Essa tabela torna claro que o assunto Assistência Farmacêutica tem uma curva sutil de crescimento em números absolutos, durante os três primeiros anos pesquisados, com acentuada curva descendente no último ano. Ao mesmo tempo, percebe-se que o assunto cai da segunda posição mais demandada para a quinta no mesmo lapso temporal. É possível constatar, ainda, que, em números relativos, o assunto em questão tem uma curva descendente de forma consistente e acentuada, ao longo do período estudado, pois passa a representar, em 2011, 12,40% das

demandas protocoladas quando, em 2008, representava 22,30%, o que representa um declínio de demandas protocoladas em quase 10%. Esse cruzamento de dados gera informações que evidenciam o assunto relacionado à Assistência Farmacêutica como um tema que está sendo menos demandado por parte dos usuários do SUS ao longo da série histórica analisada.

Agora, apenas para se mostrar como os quatro canais de entrada da Ouvidoria-Geral do SUS recebem as manifestações, precisamos fazer um recorte no número de protocolos registrados no assunto Assistência Farmacêutica, durante o ano de 2009, da série histórica já pré-falada, porquanto ele representa o ano médio relativo dos protocolos registrados, a fim de que possamos identificar o percentual da forma de sua captação e o canal de entrada de preferência do usuário, como ilustra o gráfico seguinte:

Gráfico 4

Protocolos da Assistência Farmacêutica por canal de entrada no ano de 2009



Fonte: sistema OuvidorSUS

Está clarividente que o telefone foi o canal de entrada mais utilizado pelos usuários em relação ao assunto Assistência Farmacêutica. As manifestações recebidas por meio telefônico são aquelas registradas na Central de Teleatendimento da Ouvidoria-Geral do SUS – Disque Saúde (136), um número gratuito para chamadas de telefonia de origem fixa ou móvel de qualquer parte do país. Esse percentual se justifica pelo amplo acesso da população à telefonia,

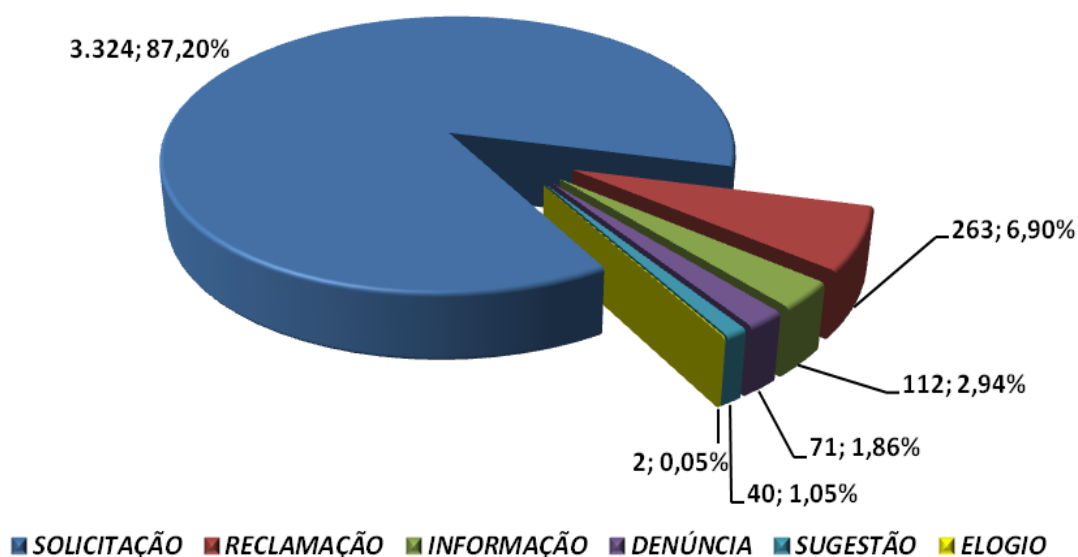
especialmente à celular móvel e pela razão da gratuidade dessa chamada. Ademais, a Ouvidoria-Geral do SUS dispõe de uma estrutura de *call center* com mais de cem teleatendentes, em horário das 7 às 19 horas, de segunda a sexta-feira. Todavia, é visível o crescimento do acesso à Ouvidoria por meio da internet, que aparece em segundo lugar, seguido pelo uso da carta. Cabe uma ressalva em relação à carta, pois esse meio não é custeado pelo governo, como o telefone, e exige a iniciativa do ato de escrever e de deslocamento para a sua postagem, sem desconsiderar o nível de escolaridade de nossa população, portanto podemos considerar significativo o percentual de 14% de demandas que geraram protocolos relacionados ao assunto Assistência Farmacêutica, no ano de 2009, por meio da carta (correios).

A seguir, é demonstrada a classificação das demandas recebidas pela Ouvidoria-Geral do SUS sobre o assunto Assistência Farmacêutica no ano de 2009.

Vejamos na página seguinte:

Gráfico 5.

Classificação das demandas do assunto Assistência Farmacêutica



Fonte: sistema OuvidorSUS

Segundo o Glossário Temático da Ouvidoria-Geral do SUS, 'Solicitação' é um verbete feminino e "se trata de uma comunicação verbal ou escrita que, embora também possa indicar insatisfação, necessariamente contém um requerimento de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde". Em 2009, a 'Solicitação' foi a classificação mais frequente no assunto Assistência Farmacêutica, visto que

87,20% dos protocolos gerados envolveram a solicitação de algum tipo de medicamento.

Como atesta o gráfico 4, verificamos que 62% das demandas referentes à Assistência Farmacêutica foram efetivadas por meio do telefone e classificadas pelos teleatendentes como sendo solicitações de medicamentos realizadas pelos cidadãos que tentaram recebê-lo após preencherem os requisitos para tanto, quais sejam: a posse da prescrição médica e a procura do medicamento nas farmácias das unidades da rede municipal ou estadual de saúde. Essa afirmação é possível porque os teleatendentes, para fins de registro, protocolo e classificação da manifestação do cidadão, seguem um roteiro-padrão de atendimento em que consta o procedimento de perguntar ao usuário se ele já atendeu aos requisitos preconizados pelo SUS necessários para a aquisição do medicamento.

Além disso, o cidadão prefere utilizar o telefone para registrar as manifestações classificadas como solicitação, possivelmente por ser o modo com que se obtêm, imediatamente, orientações e respostas para as demandas mais urgentes, como tratamentos, exames, cirurgias e medicamentos. Este último de fácil resposta, haja vista a disponibilidade de informações na RENAME e da relação de endereços das unidades onde podem ser encontrados, o que sugere que a população vai à Ouvidoria-Geral do SUS via telefone porque mantém contato direto com o teleatendente em busca de uma informação rápida para a sua saúde, que pode influenciar diretamente em sua qualidade de vida, obstaculizada pela dificuldade do acesso ao sistema de saúde.

Percebe-se, pois, que 62% dos usuários que buscam a Ouvidoria-Geral do SUS para tratar de assuntos relacionados a medicamentos se utilizam do telefone como canal de entrada, e tais demandas são registradas como solicitação de algum medicamento que fora prescrito por um médico, e o cidadão, orientado pela Ouvidoria, já havia entrado em contato com a rede local de saúde para adquiri-lo, porém não obtivera sucesso, devido à falta do medicamento na unidade de saúde procurada ou porque a prescrição médica trata de medicamento não disponível no sistema de saúde pública. Saliente-se, ainda, que o telefone foi o canal de entrada mais utilizado pelos usuários para o assunto 'Assistência Farmacêutica' e que quase todos os registros protocolados dizem respeito à classificação de 'Solicitação'.

Outro dado relevante, quanto à solicitação de medicamentos, foi o alto índice de manifestações referentes a fármacos não padronizados no elenco do Sistema

Único de Saúde, indicando desacordo entre a prescrição médica e a disponibilização desses medicamentos pelo SUS. Veremos, agora, como se comportou a evolução desses números, tanto em relação ao aspecto absoluto quanto ao relativo, no tocante à padronização ou não dos medicamentos, segundo a RENAME, elaborada pelo Ministério da Saúde, por meio da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (COMARE) e acordada na Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Em palavras explicativas, medicamentos padronizados são aqueles listados na RENAME, os não padronizados, os que não fazem parte da RENAME.

Essa constatação pode ser verificada na análise dos dados que possibilitaram a elaboração da tabela seguinte, que demonstra, em números absolutos, a evolução dos medicamentos padronizados e não padronizados ao longo do quadriênio pesquisado. Vejamos:

Tabela 2

Evolução das solicitações de medicamentos padronizados e não padronizados

Período por ano	2008	2009	2010	2011
Medicamentos padronizados	1961	2075	2335	1692
Medicamentos não padronizados	1811	1737	1576	1104
Assunto Assistência Farmacêutica	3772	3812	3911	2796

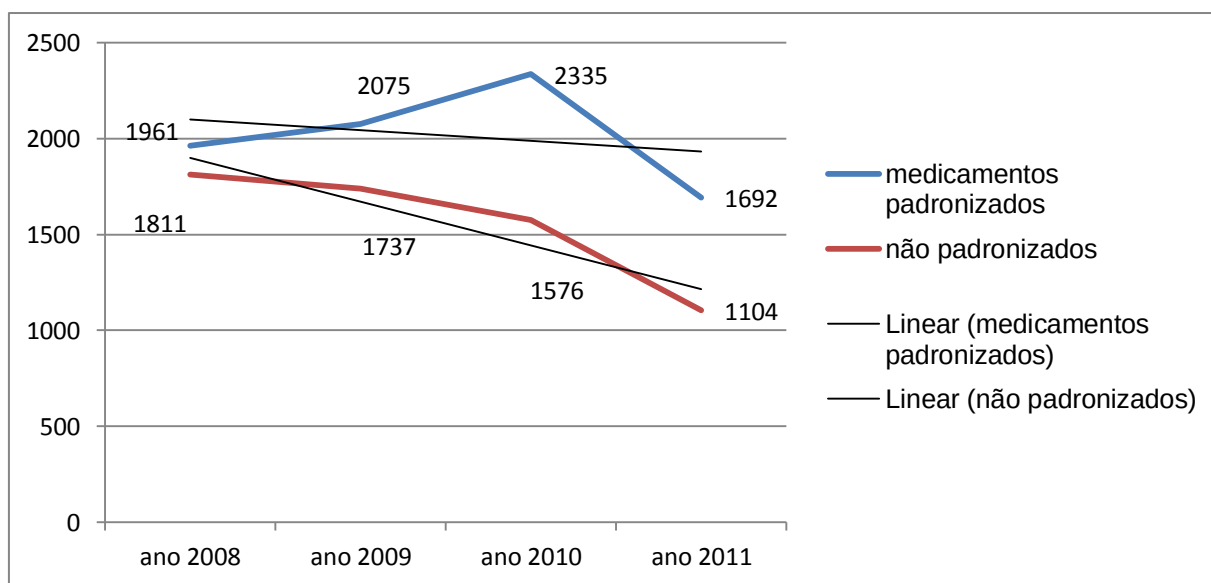
FONTE: OuvidorSus

Os números da tabela acima evidenciam que, ao longo dos quatro anos analisados, os protocolos que registraram o assunto relacionado à Assistência Farmacêutica se dividem em solicitação de medicamentos padronizados e de medicamentos não padronizados, em que prevalece uma maioria de solicitação de medicamentos padronizados em relação aos não padronizados. No entanto, é muito significativo o número de solicitações por medicamentos fora da lista geral do SUS, o que caracteriza uma demanda extraordinária por parte da população em relação à lista que lhe é ofertada ou a preferência do profissional de saúde, que prescreve a receita de medicamento, por um inexistente no rol do SUS.

A seguir, vejamos como os números da tabela 2, especialmente os que dizem respeito aos medicamentos padronizados e não padronizados, comportam-se quando dispostos em um gráfico demarcador de linha de tendência em relação ao tempo:

Gráfico 5:

Relação entre as solicitações de medicamentos padronizados e não padronizados na lista do SUS com linha de tendência



Esse gráfico vislumbra que as manifestações dos usuários do SUS, protocoladas como 'Assistência Farmacêutica' e classificadas como 'Solicitação' de medicamentos padronizados e de medicamentos não padronizados, estão em queda, com tendência linear de não crescimento. Inclusive, a tendência de queda dos protocolos classificados como 'Solicitação' de medicamentos não padronizados é maior do que a tendência de queda dos medicamentos padronizados, o que sugere mais solicitações de medicamentos que estão na lista do SUS. Todavia ainda é muito significativa a quantidade de solicitações de medicamentos que estão fora da lista, o que revela insatisfação da lista ofertada por quem precisa (o cidadão) e por quem prescreve (o profissional de saúde). Por outro lado, o aumento, em números absolutos, das solicitações de medicamentos padronizados pelos SUS sugere satisfação pelo profissional que prescreve e pelo usuário, no entanto, está caracterizada a sua plena disponibilidade e, como consequência, a dificuldade do acesso.

A tabela seguinte mostra a evolução das demandas que geraram protocolos tipificados em 'Assistência Farmacêutica' e classificados como 'Solicitação' de medicamentos padronizados e não padronizados, de 2008 a 2011, em números relativos, para fins de consolidação da tendência delineada pelos gráficos e pelas tabelas anteriores. Vejamos:

Tabela 3

Evolução em números relativos das solicitações de medicamentos padronizados e não padronizados

Período por ano	2008	2009	2010	2011
Medicamentos padronizados	51,99%	54,43%	59,70%	60,51%
Medicamentos não padronizados	48,01%	45,57%	40,30%	39,49%
Assunto Assistência Farmacêutica	100%	100%	100%	100%

FONTE: OuvidorSus

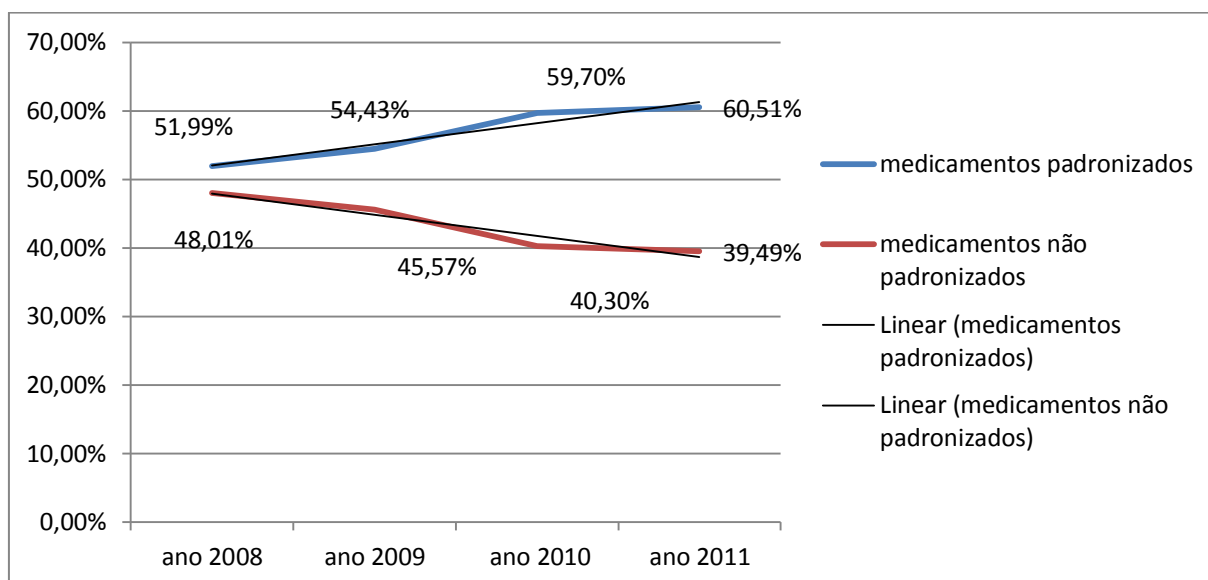
A tabela acima confirma a tendência de crescimento de solicitações de medicamentos padronizados em relação aos não padronizados, pelas razões já mencionadas, e permite uma sugestão de aumento de satisfação pelo rol de medicamentos colocados à disposição dos usuários e dos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que sinaliza dificuldade no acesso a esses bens.

Finalmente, apresentamos um gráfico, em números percentuais, que mostra as solicitações de medicamentos padronizados e não padronizados em curva de tendência linear opostas de crescimento. Esse gráfico ratifica a tendência de crescimento da solicitação de medicamentos padronizados e a diminuição da solicitação de medicamentos não padronizados, o que significa dizer, em termos sugestivos, que a população está mais satisfeita com a lista de medicamentos disponíveis no SUS, todavia não sinaliza que os usuários têm acesso a esses medicamentos. Esses números, em forma de tendência, evidenciam as dificuldades dos cidadãos em relação aos medicamentos disponibilizados na rede de assistência farmacêutica do SUS. Podemos inferir, também, que esse conjunto de dados e informações não garante, por si só, que os medicamentos não padronizados

solicitados tenham sido acrescidos à lista do SUS, haja vista a diminuição de sua demanda. Eis o gráfico que segue:

Gráfico 6

Evolução em números relativos das solicitações de medicamentos padronizados e não padronizados com linha de tendência



FONTE: OuvidorSUS

Por isso, fizemos uma leitura das solicitações de medicamentos não padronizados nos relatórios gerenciais da Ouvidoria-Geral do SUS e extraímos dados do sistema informatizado OuvidorSus (ver o apêndice). Igualmente, analisamos as últimas três edições da RENAME, referentes aos anos de 2008, 2010 e 2012, e verificamos que, ao longo dos quatro anos pesquisados, nenhum medicamento reclamado pelos usuários na Ouvidoria-Geral do SUS foi acrescido à RENAME.

As inclusões de medicamentos não padronizados solicitados em manifestações dos usuários do SUS via sua Ouvidoria-Geral só foram feitas na RENAME referente ao ano de 2012, quando ela incluiu o medicamento de denominação genérica clopidogrel, em composição de 75 mg, apresentado em comprimido, pertencente ao componente especializado da assistência farmacêutica (RENAME, 2012); o clobazam, em composição 10 e 20 mg, apresentado em comprimido e pertencente ao componente especializado da assistência farmacêutica (RENAME, 2012); os medicamentos homeopáticos, em conformidade com a Farmacopeia Homeopática, 3ª edição, pertencente ao componente básico da

assistência farmacêutica (RENAME, 2012), além de onze fitoterápicos, referidos a seguir pelo nome popular: alcachofra, aroeira, babosa, cáscara-sagrada, espinheira-santa, garra-do-diabo, guaco, hortelã, isoflavona-de-soja, plantago e unha-de-gato, todos pertencentes ao componente básico da assistência farmacêutica.

Não obstante a quantidade de dados e a geração de informações que a Ouvidoria-Geral do SUS propicia aos gestores de saúde, por meio de seu sistema informatizado e pelos seus relatórios gerenciais, inclusive com riquezas de detalhes, a análise dos dados, informações e relatórios que foram transformados em tabelas e gráficos, apesar de números relativos aparentemente satisfatórios, não restou comprovada robustamente que as manifestações dos usuários do SUS, que, por intermédio de sua Ouvidoria-Geral, tenham se transformado em vetor de influência na elaboração da lista de medicamentos referente a 2010, pois, no momento da confecção dessa lista, os seus elaboradores já tinham em mãos os relatórios gerenciais da Ouvidoria-Geral com as demandas de assistência farmacêutica dos anos de 2008, 2009 e 2010.

Isso evidencia que a Ouvidoria-Geral do SUS tem diversos atributos que podem ser considerados como um conjunto de potencialidades para se transformar em um extraordinário instrumento de gestão, subsidiando o gestor para a tomada de decisão. Todavia, no caso em exame, isso não aconteceu, pois a área técnica responsável pela elaboração da lista de medicamentos não considerou as manifestações dos usuários do SUS, demonstrando a supremacia dos limites em relação às potencialidades da Ouvidoria-Geral do SUS em se transformar em instrumento de gestão.

6. Considerações finais

Estamos chegando às últimas linhas deste trabalho sem a pretensão de esgotar todas as possibilidades de pesquisa sobre o tema e eventuais constatações que possam ser mais apuradas e aprofundadas. Todavia, isso não quer dizer que me abstenho de confirmar algumas assertivas que foram baseadas em observações que surgiram a partir de minha experiência como Diretor do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, no biênio compreendido entre 2009 e 2010. Essas observações foram testadas nesta pesquisa, por meio da análise dos relatórios gerenciais das manifestações dos usuários do SUS sobre assistência farmacêutica, recepcionadas por meio de uma das portas de entrada da Ouvidoria-Geral, gerados pelo sistema informatizado OuvidorSUS, no período de 2008 a 2011, inclusive gerando todos os apêndices deste trabalho, e foram fundamentadas na literatura disponível e mais recente possível, fazendo uma relação do aparelho do Estado brasileiro, suas reformas, seu sistema público de saúde (SUS) e seus espaços de participação, sem o menosprezo de considerar extratos de minha experiência como gestor do sistema de saúde pública, nos últimos dez anos, e de minha vivência como trabalhador, nas décadas de 1980 e 1990, que evidenciam minha intimidade com o sistema de saúde pública brasileiro, numa parte significativa de minha vida.

Inicialmente, trataremos dos objetivos específicos que impulsionaram a feitura desta pesquisa: o primeiro diz respeito à eventual contribuição do SUS como elemento reformador do aparelho do Estado brasileiro. Este estudo demonstrou que a participação da comunidade, como diretriz organizativa do SUS, insculpida em nossa Carta Magna, contribuiu como elemento reformador da estrutura do aparelho do Estado pátrio, porque representou uma nova forma de se pensar o funcionamento da administração pública na saúde, trouxe o gestor e a gestão para as proximidades do cidadão e para a realidade do município e de sua região, introduziu a noção de regionalidades e de controle daqueles que usam os serviços de saúde, e, no interior da estrutura organizacional do poder público, abriu espaços institucionalizados de participação social, como os conselhos de saúde, inovando no modo de fazer gestão.

Essa inovação na estrutura do Estado brasileiro exigiu que os estados e os municípios somente pudessem ter acesso a repasses de recursos federais se constituíssem conselhos municipais e estaduais de saúde com representação de

trabalhadores da saúde, usuários, prestadores e gestores, e se realizassem conferências de saúde periodicamente. Essa diretriz organizativa contribuiu para que os usuários do sistema participassem mais, introduziu, na estrutura do aparelho estatal, noções e práticas de controle democrático e deu oportunidades para que o Estado sofra influências originárias dos meios populares e daqueles a quem deve ser direcionados os serviços e ações de saúde.

Os conselhos e as conferências de saúde marcam uma concepção de administração pública moderna, pois a participação do cidadão na tomada de decisões é um elemento não visto nas experiências de reformas administrativas impostas ao aparelho do Estado brasileiro ao longo de nossa história. Os conselhos de saúde trazem para o bojo do aparelho estatal a participação comunitária, a transparência da gestão e o controle social. Todas essas características são elementos contributivos para a reforma da estrutura da máquina pública, em sintonia com os ares da democracia, em que caiu por terra a máxima de que a gestão está descolada da cidadania, posto que a democracia deve estar presente nas estruturas dos órgãos que fazem funcionar o aparelho do Estado e trazer a sociedade para perto dele.

Isso não se verificou nas três experiências de reforma administrativa da máquina pública brasileira, que foi marcada por uma visão de Estado minimalista, a partir de uma concepção de que o Estado prescindia da sociedade, portanto, o seu aparato não precisava considerá-la, reduzindo os brasileiros à condição de clientes de serviços públicos e excluindo-os da condição de cidadãos produtores de direitos. Percebe-se que, nessas reformas administrativas, não se demonstrou preocupação com ambientes democratizantes para a sociedade exercer seu direito de participação.

Dessa maneira, o SUS, ao considerar, em sua estrutura organizacional, a participação da comunidade como um elemento fundante que se institucionaliza em forma de conselhos e de conferências de saúde, criou espaços públicos para o pleno exercício da cidadania, proporcionou novas práticas de gestão, no interior do aparelho estatal brasileiro, transformou-se em uma inovação social e contribuiu para que houvesse uma reforma democrática na estrutura organizacional de nossa administração pública.

Inclusive, como vimos ao longo deste estudo, os conselhos e as conferências de saúde não são elementos que apenas contribuíram para a reforma do aparelho

estatal, mas também possibilitaram novos arranjos institucionais de participação, como o surgimento das Ouvidorias em saúde. Assim, afirmamos que o SUS contribuiu para a reforma do aparelho do Estado com iniciativas que propiciaram mais participação dos usuários e da sociedade, no sentido de aprofundar a democracia, valorizar a condição humana e possibilitar uma gestão compartilhada. Por isso, este trabalho nos autoriza a fazer enunciações no sentido de julgar o SUS, especialmente os seus conselhos e conferências de saúde, como um elemento de contribuição para a reforma democrática do aparelho estatal.

Igualmente, para verificar as características da democracia participativa na Ouvidoria-geral do SUS, este trabalho avaliou que a referida Ouvidoria foi germinada a partir dos espaços democráticos dos conselhos e das conferências de saúde, portanto, afirmamos que a constituição das Ouvidorias está relacionada à pressão da sociedade organizada nas conferências de saúde e pela vontade política governamental em ampliar os espaços de participação no SUS, que se expressou na institucionalização desses espaços de escuta da população. Assim, resta comprovado que a Ouvidoria-Geral do SUS se constituiu pela força de organização da sociedade, pela vontade política do gestor e pelo arranjo institucional que lhe foi dado na estrutura organizacional do Ministério da Saúde, inclusive com dotação orçamentária e financeira. Todavia esses elementos, por si sós, não foram suficientes para caracterizar esse espaço de oitiva da população como próprio de um ambiente que vislumbre a Ouvidoria-Geral do SUS como um espaço de democracia participativa, pois não encontramos, em seus regimentos de competências e atribuições, elementos normativos e constitutivos capazes de ofertar a resolutividade desejada pelos usuários às suas demandas. Portanto, a Ouvidoria-Geral do SUS se apresenta como um poro aberto na estrutura da máquina pública federal e representa a vontade política do governo de ampliar espaços de participação da sociedade nas tomadas de decisões públicas, porém a média gerência responsável pela operação das políticas não responde adequadamente aos impulsos dos cidadãos transmitidos pelo acolhimento da Ouvidoria-Geral, pelo menos no caso estudado, o que contraria, a um só tempo, a pressão da sociedade e a decisão do gestor-mor, que ficam perdidas no labirinto das estruturas organizacionais do aparelho estatal dominadas pelas áreas técnicas, esvaziando o desejado espaço de participação. Desse modo, pode-se exprimir que a Ouvidoria-Geral do SUS detém, em sua constituição, os elementos necessários para a sua

afirmação enquanto espaço de participação social, mas insuficiente para afirmarmos que se consolidou um exemplo de prática de democracia participativa, o que não quer dizer que medidas não possam ser tomadas no sentido de superar os entraves que obstaculizam os desejos da sociedade e a vontade do próprio governo.

De igual modo, no que concerne à verificação das potencialidades e dos limites da Ouvidoria-Geral do SUS, como um instrumento de gestão, podemos afirmar que seus limites superam as suas potencialidades, pelo menos no caso que foi apreciado, pois a análise dos relatórios gerenciais, que continham as solicitações de medicamentos como demandas dos usuários, comprovou que, no período pesquisado de quatro anos, nenhum medicamento solicitado pelos usuários foi incluído na lista de medicamentos disponibilizada pelo SUS, que é elaborada e atualizada a cada dois anos pela área técnica do Ministério da Saúde, fragilizando o potencial da Ouvidoria-Geral do SUS como instrumento de gestão.

Esta pesquisa comprovou que a área técnica do Ministério da Saúde, que cuida da atualização da lista de medicamentos do SUS, desconsiderou os relatórios gerenciais elaborados pela Ouvidoria-Geral do SUS, não deu ouvidos às vozes da população beneficiária dos serviços de saúde e desprezou oportunidades de compartilhar um novo modo de fazer gestão ao desperdiçar possibilidades de aprender com o outro. Nesse sentido, restou comprovado que as eventuais potencialidades da Ouvidoria-Geral do SUS foram suprimidas pelos seus próprios limites, evidenciados pela desconsideração da área de assistência farmacêutica pelos dados, informações e relatórios gerenciais elaborados e disponibilizados pelo corpo de técnico da Ouvidoria-Geral do SUS.

Pode-se concluir que os conselhos e as conferências de saúde contribuíram para a reforma do aparelho do Estado brasileiro, carregando em seu bojo novos elementos para a administração pública, ao mesmo tempo em que abriram novos espaços de participação como as Ouvidorias. Todavia, esses espaços de participação foram reduzidos a uma simples escuta da população, sem apresentar resolutividade às demandas originárias do seio da comunidade, rompendo com o fim almejado, pela qual foi concebida e constituída.

O estudo constatou que a área técnica é o elo frágil da corrente que impede a constituição da Ouvidoria-Geral do SUS como um espaço de democracia participativa, porque foi identificado que as manifestações dos seus usuários, particularmente aquelas que solicitavam medicamentos, no período de 2008 a 2011,

não se converteram em vetor de influência na formulação da política de assistência farmacêutica para o SUS, sequer influíram na elaboração da lista de medicamentos pela área técnica competente, que é atualizada a cada dois anos, pois está imperando a vontade política do gestor médio. Em consequência, isso compromete e esvazia a sua concepção como espaço de democracia participativa e fragiliza suas potencialidades como instrumento de gestão, contrariando a vontade política do gestor-mor.

Nesse sentido, sugerimos algumas medidas que possam dar efetividade às potencialidades da Ouvidoria, a fim de fortalecer a autoridade do Ouvidor e dar vínculo compulsório de análise e pronunciamento às demandas e aos relatórios da Ouvidoria-Geral, como as que seguem:

- a) O cargo de Ouvidor seria preenchido a partir de uma indicação do Ministro de Estado da Saúde, depois que a pessoa indicada fosse sabatinada e aprovada por maioria simples do Conselho Nacional de Saúde;
- b) O cargo de Ouvidor teria um mandato de cinco anos sem direito à recondução;
- c) O Ouvidor teria assento nas reuniões de Colegiado do Ministério;
- d) O relatório gerencial da Ouvidoria seria, obrigatoriamente, apresentado ao Colegiado Ministério e ao Conselho Nacional de Saúde a cada quatro meses;
- e) As demandas da Ouvidoria-Geral seriam, obrigatoriamente, atendidas em prazo previamente estabelecido pelas áreas técnicas do Ministério, computando-se o tempo de resposta e sua resolutividade para critério de desempenho institucional.

Assim, seguindo os ensinamentos de Chauí (2011), podemos afirmar que os espaços de democracia se caracterizam quando os cidadãos agem de forma que possam reivindicar e criar direitos, o que não se percebe com as manifestações dos usuários do SUS trazidas ao conhecimento dos gestores em saúde pela sua Ouvidoria-Geral, pelo menos naquilo que diz respeito ao objeto deste estudo. Segundo Luchmann (2007), espaço de democracia participativa se caracteriza pela junção de três elementos: desenho institucional, tradição associativa e vontade política do gestor. Nesse caso, está evidente o elemento referente à institucionalidade da Ouvidoria-Geral, caracterizado pelo decreto que criou o DOGES, com dotação orçamentária e financeira; o segundo elemento, que diz respeito à tradição associativa, revela-se no grau de organização daqueles que se

envolvem com a saúde pública brasileira e das Ouvidorias; e o terceiro elemento se fez ausente, haja vista a desconsideração das manifestações dos usuários do SUS por parte dos gestores, esvaziando os relatórios gerenciais da Ouvidoria-Geral ao não transformá-lo em vetor de influência para a elaboração de parte da política de assistência farmacêutica.

Os achados nos relatórios gerenciais da Ouvidoria-Geral não nos autorizam afirmações sobre a Ouvidoria-Geral do SUS como instrumento de gestão, assim como os fundamentos teóricos esboçados ao longo deste trabalho são suficientes para que possamos afirmar que a Ouvidoria-Geral do SUS ainda não é um espaço de democracia participativa, pelo menos quanto à elaboração da lista de medicamento do SUS, configurado na resistência da estrutura conservadora e hermética do aparelho do Estado brasileiro, dominado pela média gerência, conformidade os ensinamentos de Luchmann (2007).

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando L.; PEDROTI, P.; PÓ, M. Vinícius. A formação da burocracia brasileira: a trajetória e o significado das reformas administrativas. *In*: LOUREIRO, M. L.; ABRUCIO, F. L.; PACHECO, R. S. (orgs.) Burocracia e política no Brasil: desafios para a ordem democrática no Século XXI - Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.
- ARAGÃO, Wilson Honorato. As contradições de um dirigente sindical – João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2007.
- ARAÚJO, Cícero. República, participação e democracia. *In*: AVRITZER, Leonardo (org.) Experiências nacionais de participação social - São Paulo: Cortez, 2009.
- AVRITZER, Leonardo; DA SILVA, Eduardo M. Introdução. *In*: AVRITZER, Leonardo. (org.) Experiências nacionais de participação social - São Paulo: Cortez, 2009.
- BENEVIDES, Maria Victória. Nós, o povo; Reformas políticas para radicalizar a democracia. *In*: BENEVIDES, Maria V.; KERCHE, Fábio; VANNUCHI, Paulo (orgs.) Reforma política e cidadania. 1ª ed. – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.
- BOBBIO, Norberto. Estado, governo, sociedade; por uma teoria geral da política; tradução de Marco Aurélio Nogueira; 6. ed. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997a.
- _____, Norberto. O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo; tradução de Marco Aurélio Nogueira; 6. ed. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997b.
- BORBA, J.; LUCHMANN, L. H. H. (orgs.). Orçamento participativo: uma análise das experiências desenvolvidas em Santa Catarina - Florianópolis: Insular, 2007.
- BORDENAVE, J. E. D. O que é participação. 4. ed. - São Paulo: Brasiliense, 1986.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 56/2007 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão 1 a 6/94 - Brasília: Senado Federal, 2008.
- BRASIL. Portaria nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

(RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União (DOU), 2012.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm>.

BRASIL. Lei nº 8142, 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. Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Decreto nº 4.726. Aprova a Estrutura Regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado - Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010

_____. Ministério da Saúde. Glossário temático: Ouvidoria do SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2. ed. Ver. E atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Mais Gestão É Mais Saúde: governança para resultados no Ministério da Saúde Secretaria Executiva - Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da Saúde / Ministério da Saúde. 3. ed - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca, Relatório Final - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Falando de Ouvidoria: experiências e reflexões. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- _____. Ministério da Saúde. Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS – Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.
- _____. Ministério da Saúde. Ouvidoria-Geral do SUS: um espaço de cidadania. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS – Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.
- _____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRENNAND, Edna G. de Góes. Democracia e construção do espaço público em Jurgen Habermas. *In*: BRENNAND, Edna G. Góes; MEDEIROS, José W. de Moraes (orgs). Diálogos com Jurgen Habermas - João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2006.
- CARDOSO, A. S. Rito. Ouvidorias públicas como instrumento de mudança. *In*: LYRA, Rubens Pinto; CARDOSO, Antonio Semeraro Rito (orgs.). Novas modalidades de Ouvidorias públicas no Brasil - João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011.
- CARVALHO, A. Ivo. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. *In*: FLEURY, Sônia (org.). Saúde e democracia: a luta do SEBES - São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- CHAUÍ, Marilena. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. 13. ed - São Paulo: Cortez, 2011.

- CHIAVENATO, Idalberto. Introdução à Teoria Geral da Administração. 8ª edição - Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- ECO, Umberto. Cinco escritos morais; tradução de Eliana Aguiar. - Rio de Janeiro: Record, 1998.
- FAORO, Raymundo. Os donos do poder: formação do patronato brasileiro. 4. ed. - São Paulo: Globo, 2008.
- FREIRE, Paulo. A importância do ato de ler: em três artigos que se completam. 23. ed. - São Paulo, Cortez, 1989.
- GIDDENS, Antony. Para além da esquerda e da direita. O futuro da política radical; tradução de Álvaro Hattner. – São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.
- GONÇALVES, Luiz Gonzaga. Contribuições do paradigma indiciário: a arte de aprender com as incertezas. Encontro de Pesquisa Educacional do Norte e Nordeste, João Pessoa, julho, 2009.
- GUIMARÃES, J. R. Culturas brasileiras da participação democrática. *In*: AVRITZER, Leonardo (org.). Experiências nacionais de participação social – São Paulo: Cortez, 2009.
- LYRA, Rubens Pinto. Ouvidorias públicas e privadas: análise comparativa. *In*: LYRA, Rubens Pinto; CARDOSO, Antonio Semeraro Rito (orgs.). Novas modalidades de Ouvidorias públicas no Brasil - João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011.
- MAQUIAVEL, N. O Príncipe; tradução de Roberto Grassi; 10. ed. - Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985.
- MARTINS, Humberto Falcão; MARINI, Caio e outros. Um guia de governança para resultados na administração pública - Brasília: Publix Editora, 2010.
- MORAIS, Danielle B. de. A Ouvidoria de Polícia do Rio Grande do Norte. *In*: LYRA, Rubens Pinto; CARDOSO, Antonio Semeraro Rito (orgs.). Novas modalidades de Ouvidorias públicas no Brasil - João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011.
- PATEMAN, Carole. Participação e teoria democrática; tradução de Luiz Paulo Rouanet. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- SANTOS, Boaventura de Souza. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. 2. ed. - Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SOUSA JR, José Geraldo de. Direito com Liberdade: experiência popular emancipatória de criação do Direito. Tese de doutoramento apresentada à Universidade Nacional de Brasília – Brasília, 2008.

_____, José Geraldo de. Sociologia Jurídica: condições sociais e possibilidades teóricas - Porto Alegre: Sérgio Antunes Fabris Editora, 2002.

WEBER, Max. Ciência e política. Duas vocações; tradução de Jean Melville. – São Paulo: Editora Martin Claret, 2004.

APÊNDICES

A – Protocolos gerados a partir das manifestações dos usuários em 2008.

Tabela 1. Assuntos Gerais

ASSUNTOS	Total	%
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	4.466	26,40
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	3.772	22,30
PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS	1.900	11,23
GESTÃO	1.606	9,49
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	1.247	7,37
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	687	4,06
PRODUTOS PARA SAÚDE/CORRELATOS	505	2,99
PACS/PSF	411	2,43
FARMÁCIA POPULAR EXPANSÃO	392	2,32
TRANSPORTE	346	2,05
OUTROS ENCAMINHAMENTOS	311	1,84
FINANCEIRO	310	1,83
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	229	1,35
FARMÁCIA POPULAR	158	0,93
SAMU	135	0,80
COMUNICAÇÃO	132	0,78
OUVIDORIA EM SAÚDE	99	0,59
CARTÃO SUS	85	0,50
ALIMENTO	53	0,31
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO - PNCT	46	0,27
CONSELHO DE SAÚDE	25	0,15
ASSUNTOS NÃO PERTINENTES	1	0,01
ESF/PACS	1	0,01
Total Geral	16.917	100,00

Fonte: *sistema OuvidorSUS*

Tabela 2. Subassunto da Assistência Farmacêutica

Subassunto	Total	%
NÃO PADRONIZADO	1811	48,01
PADRONIZADO	1.961	51,99
Total Geral	3.772	100,00

Fonte: *sistema OuvidorSUS/RENAME*

Tabela 3. Subassunto Assistência Farmacêutica - Medicamentos não padronizados pelo SUS

SUBASSUNTO 02	SUBASSUNTO 01	TOTAL	%
NÃO PADRONIZADO	INSULINA GLARGINA/BASAL	35	1,70
	ÁCIDO VALPRÓICO	27	1,31
	FITOTERÁPICO/HOMEOPÁTICO	26	1,27
	CLORIDRATO DE SERTRALINA	22	1,07
	OXCARBAZEPINA	20	0,97
	ENOXAPARINA SÓDICA	20	0,97
	BROMAZEPAM	19	0,93
	CLOPIDOGREL	18	0,88
	CILOSTAZOL	18	0,88
	DIVALPROATO DE SÓDIO 76584-70-8	17	0,83
	FLUOXETINA	17	0,83
	PROPATILNITRATO	16	0,78
	NIFEDIPINO	16	0,78
	LOSARTANA	16	0,78
	BIMATOPROSTA	15	0,73
	LATANOPROSTA	14	0,68
	MEDICAMENTO NÃO LOCALIZADO	14	0,68
	POLIVITAMINICO	13	0,63
	BROMETO DE TIOTRÓPIO	13	0,63
	TRAVOPROSTA	13	0,63
	SULFATO DE GLICOSAMINA	12	0,58
	CLOBAZAM	12	0,58
	DOMPERIDONA	12	0,58
	CLORIDRATO DE METILFENIDATO	12	0,58
	MALEATO DE TIMOLOL	12	0,58
	POLIVITAMINICO + POLIMINERAL	11	0,54
	ALPRAZOLAM	11	0,54
	CLORIDRATO DE DULOXETINA	11	0,54
	GLIMEPIRIDA	11	0,54
	NIMODIPINO	11	0,54
	VALSARTANA 137862-53-4	10	0,49
	INSULINA NOVORAPID	10	0,49
	CITALOPRAM	10	0,49
	PAROXETINA	10	0,49
	CLORIDRATO DE DORZOLAMIDA + MALEATO DE TIMOLOL	10	0,49
	INSULINA HUMALOG	10	0,49
	Total de fármacos mais recorrentes	516	28,49%
	Total de fármacos não padronizados no SUS	1811	100,00

Fonte: sistema OuvidorSUS/RENAME

B: Protocolos gerados a partir das manifestações dos usuários em 2009

Tabela 4. Assuntos gerais

ASSUNTOS	Total	%
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	5.749	25,4
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	3.812	16,9
GESTÃO	3.005	13,3
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	2.637	11,7
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	1.390	6,1
PACS/PSF	987	4,4
COMUNICAÇÃO	704	3,1
PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS	695	3,1
PRODUTOS PARA SAÚDE/CORRELATOS	572	2,5
FINANCEIRO	560	2,5
FARMÁCIA POPULAR EXPANSÃO	533	2,4
TRANSPORTE	478	2,1
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	341	1,5
OUTROS ENCAMINHAMENTOS	283	1,3
SAMU	231	1,0
OUVIDORIA EM SAÚDE	187	0,8
FARMÁCIA POPULAR	161	0,7
CARTÃO SUS	95	0,4
ALIMENTO	78	0,3
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO - PNCT	61	0,3
CONSELHO DE SAÚDE	51	0,2
FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL - SISTEMA CO-PAGAMENTO	2	0,0
ORIENTAÇÕES EM SAÚDE	1	0,0
Total geral	22.613	100,0

Fonte: *sistema OuvidorSUS***Tabela 5.** Protocolos / Assistência Farmacêutica

Subassunto	Total	%
NÃO PADRONIZADO	1.737	45,57
PADRONIZADO	2.075	54,43
Total geral	3.812	100,00

Fonte: *sistema OuvidorSUS/RENAME*

Tabela 6. Medicamentos não padronizados pelo SUS

Fonte: Sistema OuvidorSUS/RENAME

SUBASSUNTO 02	SUBASSUNTO 01	TOTAL	%
NÃO PADRONIZADO	INSULINA GLARGINA/BASAL	44	2,12
	FITOTERÁPICO/HOMEOPÁTICO	30	1,45
	OXCARBAZEPINA	29	1,40
	FLUOXETINA	21	1,01
	BROMAZEPAM	19	0,92
	DIVALPROATO DE SÓDIO 76584-70-8	19	0,92
	BROMETO DE TIOTRÓPIO	19	0,92
	PROPATILNITRATO	18	0,87
	CLORIDRATO DE VENLAFAXINA	18	0,87
	INSULINA ASPART	17	0,82
	ÁCIDO VALPROICO	16	0,77
	ALPRAZOLAM	15	0,72
	CLOXAZOLAM	15	0,72
	CLORIDRATO DE METILFENIDATO	15	0,72
	FOSFATO DE OSELTAMIVIR 204255-11-8	14	0,67
	DIOSMINA + HESPERIDINA	14	0,67
	CLORIDRATO DE TRAMADOL	14	0,67
	BIMATOPROSTA	13	0,63
	CLORIDRATO DE PAROXETINA	13	0,63
	MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 16051-77-7	12	0,58
	LATANOPROSTA	12	0,58
	LOSARTANA	12	0,58
	CILOSTAZOL	12	0,58
	ÁCIDO URSODESOXICÓLICO	12	0,58
	CLORIDRATO DE SERTRALINA	12	0,58
	XINAFTOATO DE SALMETEROL+PROPIONATO DE FLUTICASONA	11	0,53
	INSULINA NOVORAPID	11	0,53
	VALSARTANA 137862-53-4	11	0,53
	CITALOPRAM	11	0,53
	MESILATO DE IMATINIBE	10	0,48
	ROSUVASTATINA	10	0,48
	MEDICAMENTO NÃO LOCALIZADO	10	0,48
	MEMANTINA	10	0,48
	NIMESULIDA	10	0,48
	DICLOFENACO SÓDICO	10	0,48
	CLORIDRATO DE DILTIAZEM	10	0,48
	ENOXAPARINA SÓDICA	10	0,48
	CLORIDRATO DE DORZOLAMIDA + MALEATO DE TIMOLOL	10	0,48
	ÁCIDO ZOLEDRÔNICO	10	0,48
	Total de fármacos mais recorrentes	589	33,90%
	Total de fármacos não padronizados no SUS	1737	100,00

C – Protocolos gerados a partir das manifestações dos usuários em 2010

Tabela 7. Assuntos gerais

ASSUNTOS	Total	%
GESTÃO	4.835	18,2
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	4.184	15,7
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	3.911	14,7
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	3.605	13,6
COMUNICAÇÃO	2.788	10,5
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	2.347	8,8
ESF/PACS	875	3,3
FINANCEIRO	623	2,3
FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL - SISTEMA CO-PAGAMENTO	568	2,1
PRODUTOS PARA SAÚDE/CORRELATOS	559	2,1
TRANSPORTE	442	1,7
ORIENTAÇÕES EM SAÚDE	336	1,3
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	301	1,1
PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS	259	1,0
OUVIDORIA DO SUS	223	0,8
SAMU	209	0,8
PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	135	0,5
CARTÃO SUS	116	0,4
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO - PNCT	92	0,3
ALIMENTOS	91	0,3
ASSUNTOS NÃO PERTINENTES	54	0,2
CONSELHO DE SAÚDE	36	0,1
Total Geral	26.589	100,0

Fonte: sistema OuvidorSUS/RENAME

Tabela 8. Protocolos / Assistência Farmacêutica

Subassunto	Total	%
NÃO PADRONIZADO	1.576	40,30
PADRONIZADO	2.335	59,70
Total geral	3.911	100,00

Fonte: sistema OuvidorSUS/RENAME

Tabela 9. Medicamentos não padronizados pelo SUS

SUBASSUNTO 01	FÁRMACO	TOTAL	%
NÃO PADRONIZADO	INSULINA GLARGINA/BASAL/LANTUS	50	3,15
	FITOTERÁPICO/HOMEOPÁTICO	27	1,70
	ENOXAPARINA SÓDICA	26	1,64
	CLORIDRATO DE SERTRALINA	25	1,58
	MEDICAMENTO NÃO LOCALIZADO	24	1,51
	OXCARBAZEPINA	20	1,26
	TRAVOPROSTA	18	1,13
	DIVALPROATO DE SÓDIO 76584-70-8	18	1,13
	PROPATILNITRATO	17	1,07
	BROMAZEPAM	17	1,07
	CITALOPRAM	16	1,01
	INSULINA LEVEMIR	15	0,95
	ALPRAZOLAM	15	0,95
	CLORIDRATO DE VENLAFAXINA	14	0,88
	BISSULFATO DE CLOPIDOGREL	14	0,88
	ÁCIDO URSODESOXICÓLICO	14	0,88
	LATANOPROSTA	13	0,82
	CLORIDRATO DE PAROXETINA	12	0,76
	BROMETO DE TIOTRÓPIO	12	0,76
	PAROXETINA	12	0,76
	BACLOFENO	12	0,76
	CLORIDRATO DE DORZOLAMIDA + MALEATO DE TIMOLOL	12	0,76
	CLORIDRATO DE METILFENIDATO	12	0,76
	ERITROPOETINA	12	0,76
	ROSUVASTATINA	11	0,69
	INSULINA HUMALOG	11	0,69
	ANASTROZOL	11	0,69
	ÁCIDO ZOLEDRÔNICO	10	0,63
	PANTOPRAZOL	10	0,63
	MONTELUCASTE DE SÓDIO 151767-02-1	10	0,63
	GLIMEPIRIDA	10	0,63
	DOMPERIDONA	10	0,63
	INSULINA NOVORAPID	10	0,63
	Total de fármacos mais recorrentes	509	30,96
	Total de fármacos não padronizados no SUS	1.576	100,00

Fonte: Sistema OuvidorSUS/RENAME

D – Protocolos gerados a partir das manifestações dos usuários em 2011

Tabela 10. Assuntos gerais

ASSUNTOS	Total	%
PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL - SISTEMA CO-PAGAMENTO	4.095	18,2
GESTÃO	3.977	17,7
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	3.761	16,7
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	2.830	12,6
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	2.796	12,4
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	954	4,2
COMUNICAÇÃO	624	2,8
ESF/PACS	531	2,4
PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	513	2,3
FINANCEIRO	479	2,1
PRODUTOS PARA SAÚDE/CORRELATOS	381	1,7
TRANSPORTE	307	1,4
OUVIDORIA DO SUS	280	1,2
ORIENTAÇÕES EM SAÚDE	237	1,1
SAMU	177	0,8
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	164	0,7
CARTÃO SUS	125	0,6
ASSUNTOS NÃO PERTINENTES	61	0,3
ALIMENTO	56	0,2
PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS	53	0,2
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO - PNCT	42	0,2
CONSELHO DE SAÚDE	18	0,1
Total geral	22.461	100,0

Fonte: *Sistema OuvidorSUS***Tabela 11.** Protocolos / Assistência Farmacêutica

Subassunto	Total	%
NÃO PADRONIZADO	1.104	39,49
PADRONIZADO	1.692	60,51
Total geral	2.796	100,00

Fonte: *Sistema OuvidorSUS/RENAME*

Tabela 12. Medicamentos não padronizados pelo SUS

SUBASSUNTO 01	FÁRMACO	TOTAL	%
NÃO PADRONIZADO	MEDICAMENTO NÃO LOCALIZADO	63	5,56
	ENOXAPARINA SÓDICA	21	1,85
	INSULINA GLARGINA/BASAL/LANTUS	20	1,76
	OXCARBAZEPINA	19	1,68
	SERTRALINA	19	1,68
	CLORIDRATO DE SERTRALINA	18	1,59
	BEVACIZUMABE	15	1,32
	LATANOPROSTA	13	1,15
	DIVALPROATO DE SÓDIO 76584-70-8	13	1,15
	FITOTERÁPICO/HOMEOPÁTICO	13	1,15
	ERITROPOETINA	13	1,15
	BROMAZEPAM	12	1,06
	CLORIDRATO DE DULOXETINA	12	1,06
	TRAVOPROSTA	11	0,97
	PREGABALINA 148553-50-8	11	0,97
	BIMATOPROSTA	11	0,97
	CLORIDRATO DE PAROXETINA	10	0,88
	PROPATILNITRATO	10	0,88
	Total de fármacos mais recorrentes	304	27,54
	Total de fármacos não padronizados no SUS	1.104	100,00

Fonte: Sistema OuvidorSUS/RENAME

ANEXOS

A – PORTARIA Nº 8, DE 25 DE MAIO DE 2007

Regulamenta o Sistema OuvidorSUS.

O SECRETÁRIO DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA, no uso de suas atribuições legais e considerando o disposto no artigo 29, inciso II, do Decreto n.º 5.974, de 29 de novembro de 2006, que estimula a criação de estruturas descentralizadas de Ouvidorias do SUS nos Estados, Distrito Federal e Municípios;

Considerando o Pacto pela Saúde, que valoriza a relação solidária entre os gestores das três esferas de governo;

Considerando a necessidade de padronizar condutas para o aprimoramento do processo de resolução das demandas apresentadas pelos cidadãos usuários do SUS; e

Considerando as diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, resolve:

Art. 1º Aprovar a Regulamentação do Sistema OuvidorSUS, conforme disposto no Anexo dessa Portaria.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANTÔNIO ALVES DE SOUZA

ANEXO

REGULAMENTAÇÃO DO SISTEMA OUVIDORSUS

1. O OuvidorSUS é um Sistema informatizado elaborado pelo Departamento de Ouvidoria-geral do SUS e desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS.
2. O Sistema OuvidorSUS permite a disseminação de informações, o registro e o encaminhamento das manifestações dos cidadãos.
3. O OuvidorSUS possibilita a troca de informações entre os órgãos responsáveis pela gestão do SUS, para adoção das providências cabíveis diante das manifestações recebidas.
4. São objetivos do Sistema OuvidorSUS:
 - a) atuar como ferramenta no processo de descentralização do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS;
 - b) facilitar a democratização de informações em saúde;
 - c) agilizar o processo de recebimento, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações recebidas;
 - d) gerar relatórios gerenciais que auxiliem na melhoria contínua do Sistema Único de Saúde.
5. O Sistema possui os seguintes Níveis de Acesso para os gestores:

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 sub-rede.

5.1 Para habilitar-se ao Acesso Nível I, o gestor deverá ter implantado o Serviço de Ouvidoria, conforme as orientações do Departamento de Ouvidoria-geral do SUS - DOGES, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde - SGEP/MS.

5.2 A solicitação de Acesso deverá ser feita pelo gestor, por meio de documento oficial da seguinte forma:

a) para o Acesso Nível I, o documento deverá ser enviado ao Departamento de Ouvidoria-geral do SUS - DOGES/SGEP;

b) para o Acesso Nível II, o documento deverá ser enviado ao gestor da sub-rede da qual faz parte.

6. Todas as demandas inseridas no Sistema OuvidorSUS deverão ser classificadas e tipificadas de acordo com os manuais disponíveis na Internet no endereço www.saude.gov.br, por meio do ícone Secretarias - Gestão Estratégica e Participativa -Publicações.

7. Depois de inseridas, as demandas deverão ser encaminhadas aos órgãos responsáveis no prazo máximo de 03 (três) dias úteis.

8. O prazo máximo para a conclusão das demandas no Sistema será estabelecido pelo teor das manifestações que, por sua vez, determinará as prioridades especificadas a seguir:

a) Urgente - até 15 dias;

b) Alta - até 30 dias;

c) Média - até 60 dias;

d) Baixa - até 90 dias.

8.1 O prazo para conclusão será contado a partir da data de encaminhamento da demanda.

9. As demandas já inseridas no Sistema até a publicação desse Regulamento terão o prazo de 120 (cento e vinte) dias para serem concluídas.

10. O gestor será responsável pelas ações dos usuários cadastrados por ele no uso do Sistema OuvidorSUS.

Fonte: Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

Link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgep/2007/prt0008_25_05_2007.html

B - PORTARIA Nº 2.012, DE 24 DE SETEMBRO DE 2008

Aprovar a 6ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de se efetuar a seleção de medicamentos essenciais, considerados seguros, eficazes e de custos efetivos, destinados ao atendimento dos problemas prioritários de saúde da população, frente à multiplicidade de produtos farmacêuticos e do intenso desenvolvimento de novas tecnologias;

Considerando a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução CNS No-338, de 6 de maio de 2004, que define como um de seus eixos estratégicos, no inciso I do art. 2º, a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, incluindo a Assistência Farmacêutica;

Considerando a Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Portaria Nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998, que estabelece no item 3.1, como uma de suas diretrizes, a adoção de Relação de Medicamentos Essenciais e, como uma de suas prioridades, no item 4.1 a revisão permanente dessa Relação;

Considerando o Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, publicado em 2005, que aprovou como proposta a revisão periódica da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename;

Considerando a necessidade de atualização periódica da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) para que seja utilizada como instrumento norteador da assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde - SUS; e

Considerando a Portaria Nº 1.254/GM, de 29 de julho de 2005, que constitui a Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Comare com o propósito de atualizar a Rename, resolve:

Art. 1º Aprovar a 6ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)

Parágrafo único. A Rename está disponível na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde - BVS MS e pode ser acessado por meio do endereço http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rename_2008.pdf

Art. 2º A Rename ora aprovada foi atualizada de acordo com os seguintes critérios:

I - seleção de medicamentos registrados no Brasil, em conformidade com a legislação sanitária;

II - consideração do perfil de morbimortalidade da população brasileira;

III - existência de valor terapêutico comprovado para o medicamento, com base na melhor evidência em seres humanos quanto a sua segurança, eficácia e efetividade;

IV - prioritariamente medicamentos com um único princípio ativo, admitindo-se combinações em doses fixas que atendam aos incisos I e II;

V - identificação do princípio ativo por sua Denominação Comum Brasileira (DCB) ou na sua falta pela Denominação Comum Internacional (DCI);

VI - existência de informações suficientes quanto às características farmacotécnicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas do medicamento;

VII - menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;

VIII - menor custo por tratamento/dia e custo total do tratamento, resguardada a segurança, a eficácia e a qualidade do produto farmacêutico;

IX - consideração das seguintes características quanto às concentrações, formas farmacêuticas, esquema posológico e apresentações:

a) comodidade para a administração aos pacientes;

b) faixa etária;

c) facilidade para cálculo da dose a ser administrada;

d) facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses; e

e) perfil de estabilidade mais adequado às condições de estocagem e uso.

Art. 3º A Rename 2008 norteia a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos nos serviços do SUS, com a possibilidade de adaptação da relação aos perfis específicos de morbimortalidade das populações pelos Estados, os Municípios e o Distrito Federal, garantindo-lhes o acesso a medicamentos com uso racional.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada a Portaria Nº 2.475/GM, de 13 de outubro de 2006, publicada no Diário Oficial da União Nº 200, de 18 de outubro de 2006, Seção 1, páginas 26 a 41.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Fonte: Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

Link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2012_24_09_2008.html

C – PORTARIA Nº 1.044, DE 5 DE MAIO DE 2010

Aprovar a 7ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de se efetuar a seleção de medicamentos essenciais, considerados seguros, eficazes e de custos efetivos, destinados ao atendimento dos problemas prioritários de saúde da população, diante da multiplicidade de produtos farmacêuticos e do intenso desenvolvimento de novas tecnologias;

Considerando a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução CNS Nº 338, de 6 de maio de 2004, que define como um de seus eixos estratégicos, no inciso I do art. 2º, a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, incluindo a Assistência Farmacêutica;

Considerando a Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Portaria Nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998, que estabelece no item 3.1, como uma de suas diretrizes, a adoção de Relação de Medicamentos Essenciais e, como uma de suas prioridades, no item 4.1 a revisão permanente dessa Relação;

Considerando o Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, publicado em 2005, que aprova como proposta a revisão periódica da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename;

Considerando a necessidade de atualização periódica da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) para que seja utilizada como instrumento norteador da assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde - SUS; e

Considerando a Portaria Nº 1.254/GM, de 29 de julho de 2005, que constitui a Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Comare com o propósito de atualizar a Rename, resolve:

Art. 1º Aprovar a 7ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename

Parágrafo único. A Rename está disponível na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde - BVS MS e pode ser acessado por meio do endereço http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rename_2010.pdf

Art. 2º A Rename 2010 ora aprovada foi atualizada de acordo com os seguintes critérios:

I - seleção de medicamentos registrados no Brasil, em conformidade com a legislação sanitária;

II - consideração do perfil de morbimortalidade da população brasileira;

III - existência de valor terapêutico comprovado para o medicamento, com base na melhor evidência em seres humanos quanto a sua segurança, eficácia e efetividade;

IV - prioritariamente medicamentos com um único princípio ativo, admitindo-se combinações em doses fixas que atendam aos incisos I e II;

V - identificação do princípio ativo por sua Denominação Comum Brasileira - DCB ou na sua falta pela Denominação Comum Internacional - DCI;

VI - existência de informações suficientes quanto às características farmacotécnicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas do medicamento;

VII - menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;

VIII - menor custo por tratamento/dia e custo total do tratamento, resguardada a segurança, a eficácia e a qualidade do produto farmacêutico;

IX - consideração das seguintes características quanto às concentrações, formas farmacêuticas, esquema posológico e apresentações:

a) comodidade para a administração aos pacientes;

b) faixa etária;

c) facilidade para cálculo da dose a ser administrada;

d) facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses; e

e) perfil de estabilidade mais adequado às condições de estocagem e uso.

Art. 3º A Rename 2010 norteia a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos nos serviços do SUS, com a possibilidade de adaptação da relação aos perfis específicos de morbimortalidade das populações pelos Estados, os Municípios e o Distrito Federal, garantindo-lhes o acesso a medicamentos com uso racional.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada a Portaria Nº 2.012/GM, de 24 de setembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União Nº 186, de 25 de setembro de 2008, Seção 1, página 41.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Fonte: Brasilsus/Link: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/103966-1044.html?q=>

D - PORTARIA Nº 533, DE 28 DE MARÇO DE 2012

Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando que a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, insere-se no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da alínea "d" do inciso I do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que alterou a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS;

Considerando a garantia do usuário de acesso universal e igualitário à assistência terapêutica integral, nos termos do art. 28 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011;

Considerando a competência do Ministério da Saúde para dispor sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), observadas as diretrizes pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), nos termos do art. 26 do Decreto nº 7.508, de 2011;

Considerando a Resolução nº 1/CIT, de 17 de janeiro de 2012, que aprovou as Diretrizes Nacionais da RENAME no âmbito do SUS; e

Considerando a deliberação ocorrida na CIT, em 16 de fevereiro de 2012, resolve:

Art. 1º Fica estabelecido o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a seguinte estrutura:

I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;

III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

IV - Relação Nacional de Insumos; e

V - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar.

§ 1º Incluem-se entre os medicamentos que compõem a RENAME os que forem definidos no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica.

§ 2º Os medicamentos inseridos nas ações e serviços de saúde de que tratam as Políticas Nacional de Atenção Oncológica Oftalmológica e de Urgências e Emergências estão contemplados na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).

Art. 2º O elenco de medicamentos e insumos da RENAME encontra-se definido e organizado a partir do emprego dos seguintes critérios:

I - os medicamentos utilizados na Atenção Básica são aqueles constantes da Relação Nacional dos Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

II - a Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar consiste nos medicamentos descritos nominalmente em códigos específicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS, cujo financiamento ocorre por meio de procedimento hospitalar;

III - as vacinas e soros integram a Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;

IV - a Anatomical Therapeutic Chemical, da Organização Mundial da Saúde (ATC/MS), utilizando-se o Subgrupo Farmacológico (3º Nível ATC) e o Subgrupo Químico (4º Nível ATC);

V - as indicações terapêuticas definidas no Formulário Terapêutico Nacional (FTN), nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e/ou diretrizes específicas publicadas pelo Ministério da Saúde foram empregadas para a alocação dos medicamentos na RENAME; e

VI - inclusão dos medicamentos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Art. 3º A incorporação, exclusão e alteração de medicamentos e insumos na RENAME serão realizadas pelo Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

Art. 4º A RENAME encontra-se disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, no endereço <http://www.saude.gov.br/medicamentos>.

Art. 5º O Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) é o instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para qualificar a gestão da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Art. 6º Para os fins do disposto nessa Portaria, o Ministério da Saúde providenciará a adequação dos atos normativos vigentes relacionados à assistência farmacêutica até data de entrada em vigor dessa Portaria.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor em 90 (noventa) dias após a sua publicação.

Art. 8º Fica revogada a Portaria nº 1.044/GM/MS, de 5 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 85, de 6 de maio de 2010, Seção 1, pág. 58.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Fonte: Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

Link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533_28_03_2012.html