

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 46, NÚMERO ESPECIAL 4
RIO DE JANEIRO, NOV 2022
ISSN 0103-1104

Acreditação
institucional em
ouvidorias do SUS
e participação da
sociedade

SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> – marialuciarizzotto@gmail.com)

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

José Inácio Jardim Motta – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6435-1350> – inacio@ensp.fiocruz.br)
José Mendes Ribeiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0182-395X> – ribeiro@ensp.fiocruz.br)

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> – dotorana@gmail.com)
Helena Rodrigues Corrêa Filho – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> – helenocorrea@uol.com.br)
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6641-7114> – ledavanelli@gmail.com)
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> – lenauralobato@uol.com.br)
Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> – pauloamarante@gmail.com)

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> – arthur.chioro@unifesp.br)
Alicia Stolkiner – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina (<https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> – astolkiner@gmail.com)
Angel Martinez Hernaez – Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España (<https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> – angel.martinez@urv.cat)
Breno Augusto Souto Maior Fontes – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> – brenofontes@gmail.com)
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> – cbotazzo@hotmail.com)
Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> – stralen@medicina.ufmg.br)
Debora Diniz – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> – d.diniz@anis.org.br)
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), Mexico (<https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> – emenendez1@yahoo.com.mx)
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> – freese@cpqam.fiocruz.br)
Elias Kondilis – Queen Mary University of London, London, England (<https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> – kondilis@qmul.ac.uk)
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina (<https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> – hugospinelli09@gmail.com)
Jairnilson Silva Paim – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> – jairnil@ufba.br)
Jean Pierre Unger – Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique (<https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> – contact@jeanpierreunger.com)
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> – bragajcs@uol.com.br)
Jose da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> – jrcarval@fiocruz.br)
Kenneth Rochel de Camargo Jr – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> – kenneth@uerj.br)
Ligia Giovanella – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> – ligiagiovanella@gmail.com)
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> – luizfacchini@gmail.com)
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> – odorico@saude.gov.br)

Maria Salete Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> – maria.salete.jorge@gmail.com)
Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia (<https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> – mariohernandez62@gmail.com)
Mario Roberto Rovere – Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina (<https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> – roveremario@gmail.com)
Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> – paulo.buss@fiocruz.br)
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> – pttarso@gmail.com)
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> – radorno@usp.br)
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> – profsoniafleury@gmail.com)
Sulamis Dain – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> – sulamis@uol.com.br)
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> – wfolive@terra.com.br)

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-2652-3435> – revista@saudeemdebate.org.br)

EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

Carina Munhoz – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1615-9177> – carina.revisao@cebes.org.br)

DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

Rita Loureiro (<http://www.apoioacultura.com.br> – rita.loureiro@apoioacultura.com.br)

DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

NORMALIZAÇÃO, REVISÃO E TRADUÇÃO DE TEXTO | NORMALIZATION, PROOFREADING AND TRANSLATION

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)
André Faust (inglês/english)
Carina Munhoz (normalização/normalization)
Jean Pierre Barakat (inglês/english)
Lígia Girão (inglês/english)
Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/portuguese and english)

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Periódica – Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil e SciELO Saúde Pública)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 46, NÚMERO ESPECIAL 4
RIO DE JANEIRO, NOV 2022

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

- 4 A participação da sociedade e o impulso das Ouvidorias do SUS**
The participation of society and the impulse of the SUS Ombudsman
José Inácio Jardim Motta, José Mendes Ribeiro

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 10 Sistemas de saúde, mecanismos de governança e porosidade governamental em perspectiva comparada**
Health systems, mechanisms of governance, and governmental porosity in a comparative perspective
José Mendes Ribeiro, Jeni Vaitsman, José Inácio Jardim Motta
- 26 Participação, representação e deliberação no processo decisório do Conselho Municipal de Saúde de Marabá-PA (2018-2020)**
Participation, representation, and deliberation in the decision-making process of the Municipal Health Council of Marabá-PA (2018-2020)
Norberto Ferreira Rocha, Marcelo Rasga Moreira
- 44 Demandas de saúde dos jovens brasileiros: perfil e manifestações da população de 15 a 29 anos à Ouvidoria-Geral do SUS (2014-2018)**
Health demands of young Brazilians: profile and manifestations of the population aged 15 to 29 years to the SUS General Ombudsman (2014-2018)
Rafael Vulpi Caliari, Luciani Martins Ricardi

ENSAIO | ESSAY

- 60 Sociedade, fobias e diferenças**
Society, phobias, and differences
José Inácio Jardim Motta
- 66 Mecanismos de governança, instituições societárias e burocracia estatal: reflexões sobre instituições societárias e porosidade governamental**
Governance mechanisms, societal institutions, and State bureaucracy: concerns over societal institutions and governmental porosity
José Mendes Ribeiro
- 81 Vigilância civil em saúde, estudos de população e participação popular**
Civilian health surveillance, population studies and participation
Raphael Mendonça Guimarães, Thalyta Cássia de Freitas Martins, Viviane Gomes Parreira Dutra, Mariana dos Passos Ribeiro Pinto Basilio de Oliveira, Laís Pimenta Ribeiro dos Santos, Matheus Moutinho Crepaldi, João Roberto Cavalcante
- 94 Análisis del sistema de salud chileno y su estructura en la participación social**
Analysis of the Chilean health system and its structure in social participation
Patricio Fabián Oliva Mella, Carmen Gloria Narváez
- 107 Participação pública em saúde e Covid-19 em Portugal**
Public participation in health and COVID-19 in Portugal
Ana Raquel Matos, Isabel Craveiro

120 **Gestão participativa na Atenção Primária à Saúde: ensaio sobre experiência em território urbano vulnerável**

Participative management in Primary Health Care: an essay on an experience in a vulnerable urban territory

Elyne Montenegro Engstrom, Vanessa Costa e Silva

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY

131 **Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS: uma análise das experiências iniciais de avaliação externa**

Institutional Accreditation of SUS Ombudpersons: An analysis of the initial external evaluation experiences

Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira, Fernando Manuel Bessa Fernandes, Caio Tavares Motta, Murilo da Conceição Cunha Wanzeler, José Inácio Jardim Motta, José Antônio da Silva Santos

141 **Desafios no caminho metodológico de construção do processo de Acreditação Institucional de ouvidorias do SUS**

Challenges in the methodological path of building the Institutional Accreditation process for SUS ombudpersons

Fernando Manuel Bessa Fernandes, Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira, José Inácio Jardim Motta, Murilo da Conceição Cunha Wanzeler

152 **As Ouvidorias do SUS e a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública: uma experiência inédita**

SUS Ombudsman offices and the Brazilian Public Health School Network: a novel experience

Rosa Maria Pinheiro Souza, Patricia Pol Costa, Francisco Gastón Salazar Muñoz

166 **Análise de experiência da Ouvidoria SUS Bahia**

Analysis of the SUS Bahia Ombudsman Office's experience

Celurdes Alves Carvalho

ENTREVISTA | INTERVIEW

179 **Entrevista com Fernando Pigatto – Presidente do Conselho Nacional de Saúde (25/06/2021)**

Interview with Fernando Pigatto – President of National Health Council (25/06/2021)

Fernando Pigatto, Marcelo Rasga Moreira, Kátia Maria Barreto Souto

DOCUMENTO | DOCUMENT

192 **Das lutas contra a ditadura às lutas pela democracia: o pensamento de Antônio Ivo de Carvalho**

From the struggles against dictatorship to the struggles for democracy: the thinking of Antônio Ivo de Carvalho

Marcelo Rasga Moreira, José Mendes Ribeiro

A participação da sociedade e o impulso das Ouvidorias do SUS

José Inácio Jardim Motta¹, José Mendes Ribeiro¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E400

A PARTICIPAÇÃO E A INFLUÊNCIA DA SOCIEDADE NAS DECISÕES dos governantes, nas instituições públicas em sentido geral e naquelas esferas diretamente relacionadas com suas políticas são fatores decisivos na capacidade de o Estado cumprir suas funções redistributivas e de proteção social.

A participação da sociedade na esfera pública e governamental é decisiva e articula a proteção social com os diversos mecanismos macroinstitucionais de governança. À medida que se fortalece ao longo de trajetórias históricas, suas instituições favorecem a formação do capital social necessário ao desenvolvimento sustentado em uma sociedade justa¹. Também, em termos de políticas regulatórias de Estado, os organismos e colegiados participativos aumentam o caráter dialógico e contraditório dos processos decisórios, povoam as arenas decisórias e delineiam um tipo de regulação de caráter responsivo².

No Brasil e no setor saúde, esses fundamentos articulam a participação social com uma série de colegiados governamentais e de instituições inclusivas com a ação de organizações voltadas a políticas de equidade e com beneficiários, agentes de políticas públicas e representantes de grupos vulneráveis.

No plano das ideias, a participação social é entendida no sentido redistributivo e orientada a fortalecer os mecanismos institucionais de proteção social. Segue os princípios conhecidos de justiça e equidade³. Esse é o arcabouço institucional que impulsionou a governança participativa bem-sucedida e observada em democracias negociadas e consensuadas, e que incluem, entre outras, as experiências europeias do Estado de Bem-Estar Social⁴.

Esses arranjos visam criar canais de participação no Aparelho de Estado e, com isso, dotar os governos de maior porosidade à sociedade e em contraposição à força da ação de corporações econômicas na estrutura decisória estatal. Participação social e mecanismos de governança cada vez mais dialógicos são, portanto, parte de uma agenda política de inclusão social.

As Ouvidorias Públicas são organismos essenciais e inovadores nesse arcabouço institucional. Representam a porta de entrada de demandas individuais e coletivas de cidadãos e beneficiários das políticas públicas. No setor saúde nacional, há uma evidente evolução em sua integração aos processos decisórios, a qual reflete a sua institucionalização progressiva. Os artigos publicados nesta edição efetuam reflexões sobre as conexões diretas ou entrelaçadas entre as Ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS) e processos decisórios em escala setorial. Integrados à temática da governança e da participação da sociedade, tais artigos fornecem análises sobre essas experiências e temas relacionados no contexto nacional e internacional.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
inacioj@uol.com.br

O funcionamento das ouvidorias públicas quanto aos processos de trabalho e à qualidade dos serviços prestados torna-se um fator crítico para que essas instituições ocupem o seu lugar em sistemas regulatórios e participativos.

No primeiro eixo de artigos desta edição, dois estudos discutem detalhadamente esse tema sob o enfoque da ‘Acreditação Institucional’ e dos processos de construção do caminho da qualidade dos serviços. A qualidade implica a negociação permanente, enquanto uma orientação normativa, e a incorporação da cultura técnica de autoavaliação e de avaliação externa independente enquanto processo avaliativo. Os fundamentos e os resultados dos estudos desenvolvidos a partir da experiência dos seus autores com os processos avaliativos de Ouvidorias do SUS são analisados em profundidade e segundo seus referenciais teóricos.

Esta edição, portanto, apresenta um conjunto de artigos, em diferentes formas, e que tratam dos eixos definidos para promover essa reflexão acerca das Ouvidorias do SUS e, em um sentido mais abrangente, sobre os mecanismos de participação da sociedade em decisões governamentais nas políticas públicas.

Há um primeiro eixo diretamente relacionado com as Ouvidorias do SUS e de processos de acreditação institucional que estão em curso por meio da cooperação entre o Ministério da Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (TED 19/2017). Nesse eixo, estão incluídos cinco estudos que tratam do processo de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS; da metodologia desenvolvida para a acreditação dessas ouvidorias; da análise de demandas de jovens apresentadas à Ouvidoria-Geral do SUS; da experiência da Ouvidoria do SUS do governo estadual da Bahia; e das ouvidorias com a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública.

O segundo eixo, com cinco publicações, diz respeito à participação social no setor saúde. Os artigos envolvem estudos com diversas abordagens sobre o tema e incluem o processo decisório no Conselho Municipal de Saúde de Marabá (PA); a participação popular e a vigilância em saúde; a participação pública em Portugal ao longo da pandemia de Covid-19; a gestão participativa na Atenção Primária à Saúde; e uma entrevista realizada com o Presidente do Conselho Nacional de Saúde.

O terceiro eixo envolve quatro artigos que abordam o tema segundo mecanismos de governança, estrutura institucional dos sistemas de saúde e aspectos sociológicos relacionados com políticas de equidade. Incluem artigos sobre mecanismos de governança em perspectiva comparada internacional; sobre mecanismos de governança e formação de burocracias estatais; uma reflexão sobre o olhar acerca das diferenças e suas repercussões para políticas de equidade; e sobre os desafios participativos no sistema de saúde do Chile em contexto de conflito social e de mudanças políticas.

Esta edição encerra-se com uma importante homenagem a Antônio Ivo de Carvalho que, entre tantos enormes atributos que são a marca de sua história de vida, foi também um dos principais intelectuais brasileiros a refletir sobre a participação social nos sistemas públicos de saúde. Além disso, foi uma liderança com grande capacidade de formulação de agendas e alternativas de políticas para o SUS. Os autores organizaram, após a leitura de sua obra publicada em livros e artigos, um documento contendo exclusivamente trechos selecionados de seus escritos. Apenas Antônio Ivo fala por meio desta compilação e que dá uma pequena ideia da qualidade, da complexidade e da generosidade de seu pensamento.

Colaboradores

Motta JIJ (0000-0001-6435-1350)* e Ribeiro JM (0000-0003-0182-395X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Putnam RD. Comunidade e Democracia: a experiência da Itália Moderna. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 1996.
2. Ayres I, Braithwaite J. Responsive Regulation: Transcending the Deregulation Debate Oxford: Oxford University Press; 1992. [acesso em 2022 out 13]. Disponível em: <http://johnbraithwaite.com/wp-content/uploads/2016/06/Responsive-Regulation-Transce.pdf>.
3. Rawls JA. Theory of Justice. Cambridge: Harvard University Press; 1971.
4. Lijphart A. Patterns of Democracy: government forms and performance in thirty-six countries. Yale: Yale University; 1999.

The participation of society and the impulse of the SUS Ombudsman

José Inácio Jardim Motta¹, José Mendes Ribeiro¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E4001

THE PARTICIPATION AND INFLUENCE OF SOCIETY IN THE DECISIONS of government officials, in public institutions in general and in those spheres directly related to their policies, are decisive factors in the State's ability to fulfill its redistributive and social protection functions.

The participation of society in the public and governmental sphere is decisive and articulates social protection with the various macro-institutional governance mechanisms. As it becomes stronger over historical trajectories, its institutions favor the formation of the social capital necessary for sustainable development in a just society¹. Also, in terms of State regulatory policies, participatory bodies and collegiate bodies increase the dialogic and contradictory nature of decision-making processes, populate the decision-making arenas, and outline a type of responsive regulation².

In Brazil and in the health sector, these foundations articulate social participation with a series of government bodies and inclusive institutions with the action of organizations focused on equity policies and with beneficiaries, public policy agents, and representatives of vulnerable groups.

In terms of ideas, social participation is understood in the redistributive sense and is oriented towards strengthening institutional mechanisms of social protection. It follows the known principles of justice and equity³. This is the institutional framework that drove the successful participatory governance observed in negotiated and consensual democracies, which include, among others, the European experiences of the Welfare State⁴.

These arrangements aim to create channels of participation in the State Apparatus and, with that, to provide governments with greater porosity to society and in contrast to the force of action of economic corporations in the state decision-making structure. Social participation and increasingly dialogic governance mechanisms are, therefore, part of a political agenda for social inclusion.

The Public Ombudsman's Offices are essential and innovative bodies in this institutional framework. They represent the gateway to individual and collective demands from citizens and beneficiaries of public policies. In the national health sector, there is an evident evolution in its integration into decision-making processes, which reflects its progressive institutionalization. The articles published in this issue reflect on the direct or intertwined connections between the Ombudsman of the Unified Health System (SUS) and decision-making processes on a sectoral scale. Integrated with the theme of governance and the participation of society, these articles provide analyses on these experiences and related topics in the national and international context.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
inacioj@uol.com.br



The functioning of public ombudsmen in terms of work processes and the quality of the services provided becomes a critical factor for these institutions to take their place in regulatory and participatory systems.

In the first axis of articles in this issue, two studies discuss this topic in detail from the perspective of 'Institutional Accreditation' and the processes of building the path of quality of services. Quality implies permanent negotiation, as a normative guideline, and the incorporation of the technical culture of self-assessment and independent external assessment as an assessment process. The foundations and results of studies developed from the experience of their authors with the evaluation processes of the SUS Ombudsman are analyzed in depth and according to their theoretical references.

This issue, therefore, presents a set of articles, in different forms, and that address the axes defined to promote this reflection on the SUS Ombudsman and, in a broader sense, on the mechanisms of society's participation in governmental decisions in policies public.

There is a first axis directly related to the SUS Ombudsman and to institutional accreditation processes that are underway through cooperation between the Ministry of Health and the National School of Public Health of the Oswaldo Cruz Foundation (TED 19/2017). This axis includes five studies that address the process of Institutional Accreditation of the SUS Ombudsman; the methodology developed for the accreditation of these ombudsmen; the analysis of young people's demands presented to the SUS General Ombudsman; the experience of the SUS Ombudsman of the state government of Bahia; and the ombudsman with the Brazilian Network of Public Health Schools.

The second axis, with five publications, concerns social participation in the health sector. The articles involve studies with different approaches on the subject and include the decision-making process in the Municipal Health Council of Marabá (PA); popular participation and health surveillance; public participation in Portugal during the COVID-19 pandemic; participatory management in Primary Health Care; and an interview with the President of the National Health Council.

The third axis involves four articles that address the topic according to governance mechanisms, institutional structure of health systems, and sociological aspects related to equity policies. They include articles on governance mechanisms in an international comparative perspective; on governance mechanisms and the formation of state bureaucracies; a reflection on the look at differences and their repercussions for equity policies; and on participatory challenges in Chile's health system in the context of social conflict and political change.

This issue closes with an important tribute to Antônio Ivo de Carvalho who, among so many great attributes that are the mark of his life story, was also one of the main Brazilian intellectuals to reflect on social participation in public health systems. Furthermore, he was a leader with great ability to formulate agendas and policy alternatives for the SUS. The authors have organized, after reading their work published in books and articles, a document containing exclusively selected excerpts from their writings. Only Antônio Ivo speaks through this compilation, which gives a small idea of the quality, complexity, and generosity of his thinking.

Collaborators

Motta JIJ (0000-0001-6435-1350)* and Ribeiro JM (0000-0003-0182-395X)* have equally contributed to the elaboration of the manuscript. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Putnam RD. *Comunidade e Democracia: a experiência da Itália Moderna*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 1996.
2. Ayres I, Braithwaite J. *Responsive Regulation: Transcending the Deregulation Debate*. Oxford: Oxford University Press; 1992. [acesso em 2022 out 13]. Disponível em: <http://johnbraithwaite.com/wp-content/uploads/2016/06/Responsive-Regulation-Transce.pdf>.
3. Rawls JA. *Theory of Justice*. Cambridge: Harvard University Press; 1971.
4. Lijphart A. *Patterns of Democracy: government forms and performance in thirty-six countries*. Yale: Yale University; 1999.

Sistemas de saúde, mecanismos de governança e porosidade governamental em perspectiva comparada

Health systems, mechanisms of governance, and governmental porosity in a comparative perspective

José Mendes Ribeiro¹, Jeni Vaitsman¹, José Inácio Jardim Motta¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E401

RESUMO O artigo apresenta uma análise comparada de dez países selecionados sobre as relações entre governança participativa, perfis socioeconômicos e sistemas de saúde com resultados sanitários e de Indicadores de Governança Global. As fontes principais foram bases de dados produzidas e/ou compiladas pelo Banco Mundial. O modelo analítico se apoia em enfoque institucionalista para tratar de proteção social e governança participativa – esta, como utilizada, recobre as noções de participação social, porosidade governamental e regulação responsiva. Os resultados mostram uma sólida convergência entre perfis socioeconômicos mais distributivos, sistemas sanitários com maior financiamento público e universalismo e melhores indicadores de governança. Esta análise reforça os argumentos sobre trajetórias institucionais socialmente virtuosas e sujeitas a reforços positivos capazes de produzir melhores resultados sociais e políticos ao longo do tempo.

PALAVRAS-CHAVE Governança em saúde. Políticas de saúde. Participação social.

ABSTRACT *This paper presents a comparative analysis of ten selected countries regarding the established relationships of participative governance, socioeconomic profiles, and health care systems with health outcomes and Global Governance Indicators. Significant sources were databases produced or compiled by the World Bank. The analytical model adopts an institutionalist approach to address social protection and participative governance – the latter, as used, recovers notions of societal participation, government porosity, and responsive regulation. Outcomes show a solid convergence of more distributive socioeconomic profiles, more universalist health systems with higher government financing, and better governance indicators. This analysis supports the arguments that socially virtuous institutional paths subjected to positive feedback favor better social and political outcomes over time.*

KEYWORDS *Health governance. Health policies. Societal participation.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
ribeiro@ensp.fiocruz.br



Introdução

O artigo estuda as relações entre configurações políticas, perfis de governança, características socioeconômicas, financiamento em saúde e resultados sanitários. O objetivo é a análise comparativa entre dez países selecionados a partir de resultados relacionados com governança, perfis socioeconômicos, sistemas de saúde e resultados sanitários. Para isso, foram utilizados dados sobre governança global, financiamento em saúde e resultados sanitários observados para o ano de 2019. As fontes principais foram as bases de dados produzidas e/ou compiladas pelo Banco Mundial (BM).

Os resultados em governança baseiam-se em indicadores agregados sobre governança global elaborados a partir de diversas pesquisas de percepções. O conceito de governança utilizado recobre agendas políticas relativas à participação social e cidadã, aos organismos colegiados de regulação responsiva e a fatores indutores de porosidade governamental.

Questões relacionadas com participação social e colegiados governamentais são entendidas em um plano micro-organizacional como mecanismos de governança responsiva que atenuam os padrões hierárquicos e verticais do aparelho de Estado e acentuam a porosidade governamental no desenvolvimento de suas políticas.

Adota-se a premissa de que processos históricos de instituições democráticas, redistributivas e participativas tendem a convergir e reforçarem-se mutuamente.

O parâmetro tradicional é a evolução do *Welfare State* europeu do pós-guerra que consolidou instituições protetoras e ciclos virtuosos de desenvolvimento social sustentáveis por várias décadas^{1,2}. Esse tipo de trajetória funcionou como experimento político exemplar sobre a potencial convergência institucional em favor de maior justiça social.

Os argumentos utilizados neste artigo se apoiam em teorias sobre trajetórias institucionais reiteradas³, regulação responsiva por colegiados participativos⁴ e formação de

capital social por tradições participativas de maturação longa⁵.

Para a análise comparada, foram selecionados dez países: cinco sul-americanos (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia e Uruguai) e cinco europeus (Alemanha, Espanha, França, Itália e Reino Unido). Faz-se uso de uma tipologia de sistemas de saúde adaptada pelos autores a partir da literatura especializada e de conceitos sobre governança igualmente consolidados.

A premissa adotada é que mecanismos de governança participativa sustentáveis favorecem a capacidade governamental de promover justiça social e desenvolvimento socioeconômico. A porosidade governamental às demandas e aos interesses de agentes societários favorece a convergência entre sistemas políticos, características socioeconômicas, resultados em saúde e qualidade da governança no setor público.

Isso se aplica a sucessos e a fracassos, e fica evidente a partir da argumentação deste artigo.

Governança e porosidade governamental

Questões atuais sobre governança e reformas do setor público destacam-se por pleitos pela maior porosidade do aparelho de Estado ante as demandas societárias organizadas e repercutem em disputas entre agendas políticas. Refletem ideários sobre mudanças nas funções do próprio Estado. Temas econômicos com impactos na política envolvem proposições por reformas patrimoniais (ciclos de privatizações de empresas públicas), e ajustes fiscais não são tratados neste artigo. Por outro lado, os temas organizacionais com efeitos políticos relevantes transitam por:

- i) Disputas entre graus variáveis de controle hierárquico e vertical *versus* maior controle horizontal e contratualização;
- ii) Competição por protagonismo decisivo entre especialistas do funcionalismo

público e aqueles externos a essas carreiras (*advocacy*, acadêmicos, consultores e lideranças sociais);

iii) Graus variáveis de devolução e descentralização governamental ou territorial;

iv) Indução à participação civil em decisões governamentais frente aos desafios da paralisia decisória.

Proposições de mudanças em mecanismos de governança ganharam impulso nos meios políticos e acadêmicos a partir dos anos 1980 com a difusão da Nova Gerência Pública (do inglês, NPM). Sua crítica e o estado da arte do debate foram bem estabelecidos por Hood⁶ e outros autores a partir da experiência acumulada^{7,8}. A NPM concentrou-se nas relações contratuais entre instituições públicas e empresas lucrativas ou filantrópicas seguindo a lógica do modelo agência típico da economia institucional. Buscou orientar as ações de governo para funções regulatórias de direção e indução de políticas em detrimento da prestação direta de serviços. Seus afeitos sobre a burocracia vertical e de comando e controle deu-se pelo incentivo à adoção de certos padrões de horizontalização administrativa, criação de colegiados participativos e proliferação de agências reguladoras. Na administração pública, diversos incentivos foram estabelecidos para o monitoramento de resultados. Igualmente, foi incentivada a adoção do mimetismo de modelos de gestão de casos considerados bem-sucedidos em empresas privadas como estratégia organizacional⁶.

Pode-se dizer que esse programa de mudanças combina um maior ativismo societário (*advocacy*) com a competição aberta por contratos, como visto em diversos experimentos de parcerias público-privadas.

A economia institucional trata destes temas no plano micro-organizacional sob a premissa de que a racionalidade decisória é limitada quando envolve interações de maior complexidade tecnológica⁹. A consequente assimetria

informacional e a especificidade dos ativos em questão exigem a adoção de mecanismos de governança adaptáveis e atualizados continuamente, caso a caso e por delegação a terceiros. Em ambientes nos quais percepções e valores sociais permeiam os processos decisórios, maiores conflitos subjacentes e ambiguidade são habituais.

As funções participativas envolvem mecanismos de regulação responsiva em que as arenas decisórias são povoadas por agentes societários, seus processos decisórios são mais lentos e podem promover barreiras à captura de recursos públicos por interesses privados⁴. No conjunto, esses arranjos favoreceriam decisões em políticas mais legítimas e sustentáveis.

A crítica tradicional à proliferação desses mecanismos de delegação tem inspiração weberiana, pela qual a burocracia racional-legal implica a legitimidade das decisões governamentais efetuadas pelos especialistas dotados de *status* público verificado pelo sistema formal de formação profissional¹⁰. Essa referência weberiana permanece relevante na disputa entre orientações normativas nas reformas do setor público. Como assinala Peters¹¹, tudo gravita de modo pendular entre reformas com maior ou menor grau de weberianismo.

Dois problemas merecem atenção especial. Um deles trata de mudanças por maior descentralização subnacional e que reduzem poderes do governo central. Estas podem reduzir a capacidade de governantes em coordenar e executar políticas pelas quais foram eleitoralmente responsabilizados. Isso afetaria a própria capacidade de indução governamental e embute o risco de fragmentação de políticas e de agências, bem como de maior poder de veto na cadeia de implementação¹¹. Entre as falhas de coordenação, estão a proliferação da terceirização de serviços e os riscos para a autoridade política dos governos. Como os resultados são muito variados, as análises de caso tornam-se cruciais.

Outro ponto diz respeito às falhas de governança. Estas decorrem de 'ruídos' no processo decisório provocados pelo excesso

de negociações e de vetos. Busca-se uma compensação dessas falhas por meio de estratégias de metagovernança, tais como protocolos, parâmetros, acordos e análises de resultados e desempenho^{11,12}. Jessop¹³ assinala que tais mecanismos antagônicos às tradicionais hierarquias e mercados adotam uma estrutura decisória dependente do diálogo. Esse modo organizacional é reflexivo, e o consenso é estabelecido por redes de interação entre os atores ou organizações. Enquanto mediação, a racionalidade política tende a predominar sobre a administrativa ou econômica, e os territórios têm menor influência nos processos decisórios.

Esses debates repercutem sobre diferentes países segundo conotações discursivas que devem ser observadas com atenção. No Brasil, por exemplo, as relações entre participação social e governança têm sinergias que se fortaleceram ao longo da redemocratização a partir da década de 1990 com a multiplicação de colegiados de coordenação de políticas públicas. A tradição da reforma sanitária e dos próprios ordenamentos políticos decorrentes da nova Constituição influenciou a cultura participativa por meio de conselhos públicos que impulsionaram diversas políticas de proteção social. Esses processos têm sido analisados em importante literatura especializada sobre capacidade de governo e políticas de equidade¹⁴⁻¹⁶. Quanto à governança em termos macroinstitucionais, as reformas políticas no contexto europeu e norte-americano influenciaram a agenda nacional de Reforma do Estado. Análises sobre as agências reguladoras brasileiras na década de 1990¹⁷ e seus reflexos mais duradouros sobre a gestão local¹⁸ exemplificam essas tendências.

Em função dessas tradições, neste artigo, adota-se o conceito de porosidade governamental no contexto e nos marcos das reformas do setor público implementadas no Brasil^{17,18} e adaptado, para os fins deste estudo, por aproximação com a agenda de governo aberto em escala global¹⁹. Traduz-se na capacidade de as instituições públicas, as hierarquias e o

funcionalismo público receber, processar e selecionarem demandas organizadas da sociedade civil.

Há uma tênue linha divisória que separa a intervenção societária em decisões governamentais em favor de suas funções socialmente distributivas e a captura de fundos públicos por grupos de interesses.

Proposições de novos mecanismos de governança tornaram-se mais diversificados a partir da fragilização dos projetos políticos de recuo (*retrenchment*) da ação estatal direta e disputam de modo acirrado o protagonismo político. Iniciativas de reforma do setor público impulsionadas por agências e fóruns globais têm se multiplicado em favor de temas como: participação cidadã, transparência no setor público e desenvolvimento sustentável. Diversos comitês globais de coordenação política e econômica, como a União Europeia (UE) e a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), têm difundido alternativas às proposições de contração absoluta do aparelho de Estado em ambientes acadêmicos, políticos e econômicos e participam dessa disputa por protagonismo político.

A porosidade governamental converge com tais estratégias de ‘governo aberto’ e de monitoramento de seus resultados, e observa-se o uso frequente de indicadores de interações entre governos e atores societários. A OCDE define o governo aberto como fruto de políticas públicas inovadoras e sustentáveis nas quais os princípios dominantes são transparência, prestação de contas e participação orientados à democracia e ao crescimento econômico inclusivo¹⁹.

Há um caráter normativo nessas estratégias e países, como o Brasil, que pleiteiam a associação plena à OCDE; por exemplo, devem se comprometer com tais reformas orientadas à maior participação cidadã.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) são parte central dessa agenda de governo aberto, assim como o uso intensivo

de monitoramento de resultados. Outrossim, os Indicadores de Governança Global (IGG) do BM fazem parte deste plano de difusão de ideias e de indução de políticas.

A implementação de governanças participativas são parte das premissas para a legitimidade do setor público enquanto estrutura de promoção de justiça social e, como tal, estão sujeitas a processos adaptativos a cada país. Ainda que essas políticas ocorram em condições locais e singulares, influências recíprocas devem ser consideradas em análises sobre suas políticas governamentais.

São essas articulações que este artigo procura identificar e analisar.

Estrutura da pesquisa

Foram utilizados dados produzidos ou compilados pelo BM. Os dados sanitários são da Organização Mundial da Saúde (OMS) e resultam de informações providas por governos nacionais, pesquisas originais ou estimativas imputadas para séries históricas. Essas fontes produzem informações objetivas, apesar de restrições quanto ao autopreenchimento pelos governos e consistência variável conforme o ano e o caso.

O BM faz uso de dados da OMS e pode complementar com estimativas próprias. Optou-se por utilizar os dados de saúde conforme apresentados pelo BM. As bases foram acessadas em 2020 e estão disponíveis em <http://info.worldbank.org/governance/wgi/#home>.

As fontes utilizadas para os indicadores de governança são baseadas principalmente em pesquisas de percepções e lidam com fatores não observáveis e que variam conforme o entendimento dos entrevistados. Os métodos utilizados para a elaboração dos IGG foram detalhados por seus desenvolvedores, assim como o controle das restrições das pesquisas de percepções, o manejo de erros estatísticos e as comparações entre países e nas séries históricas²⁰.

Os IGG são agregações apresentadas por países e territórios da esfera de atuação do BM.

Conforme o ano e o indicador, cerca de 200 casos são observados. São seis as medidas de governança: voz e responsabilidade; estabilidade política; eficácia do governo; qualidade regulatória; Estado de direito; e controle da corrupção.

Para essas medidas, a governança foi definida como o resultado de tradições e instituições que configuram o tipo de autoridade exercido em cada país e inclui: processo de escolha, monitoramento e substituição de governos; capacidade governamental de formular e implementar boas políticas; e respeito dos cidadãos e do Estado pelas instituições que governam as suas interações econômicas e sociais²⁰.

Dessa forma, o conceito não se confunde com as noções contratuais da economia institucional discutidas anteriormente^{6,9,13}, embora seja convergente no plano político.

Esse modelo permitiu padronizar os dados de diferentes fontes em unidades comparáveis, construir indicadores agregados por médias ponderadas das variáveis apuradas e definir margens de erro refletindo a imprecisão de percepções políticas genéricas. Ao reportar cada erro-padrão e Intervalo de Confiança (IC), evita-se superestimar diferenças que não sejam estatisticamente significativas.

Os IGG foram reagrupados em três blocos: i) proteção social ('voz e transparência' e 'efetividade de governo'); ii) regulação ('qualidade regulatória' e 'Estado de Direito'); e iii) insulamento ('controle da corrupção' e 'estabilidade política').

Os IGG são calculados a partir de percepções sobre governança que refletem noções subjacentes e implícitas difíceis de serem diretamente medidas. Aceita-se o argumento de seus formuladores de que o método corrige a variabilidade e gera *proxies* imperfeitas sobre os temas analisados²⁰. Os elementos não observados (percepções) são transformados em resultados objetivos. A validação, para os fins deste artigo, dá-se também pela coerência desses resultados quando cotejados com os demais dados e configurações analisados em conjunto. Observa-se uma consistência adicional quando padrões institucionais de cada país

e os resultados convergem no plano analítico.

Cada IGG é apresentado como unidade de distribuição normal (-2,5 a +2,5) e em uma hierarquia de percentis (0-100) entre todos os países. A posição no percentil (100 é a mais alta) e as posições dos países para cada ano e indicador variam conforme os totais de países em cada situação. São posições, portanto, que variam segundo a cobertura dos dados.

A estimativa para cada indicador é também padronizada para a distribuição normal, e seu erro-padrão indica sua precisão. Valores maiores de erro-padrão indicam estimativas menos precisas.

Foram utilizados dados para 2019 sobre dez países selecionados, e as classificações nos percentis são as posições calculadas para cada universo segundo a distribuição de cada indicador. Não foram analisadas as séries históricas para evitar maiores restrições cumulativas de erros por países, embora o método admita tal possibilidade.

O modelo de análise de políticas segue o de estudo anterior^{21,22}, inclusive quanto à tipologia de sistemas de saúde.

A pesquisa: instituições políticas, governança pública e sistemas de saúde

Adota-se o postulado pelo qual sistemas políticos mais abertos e porosos à participação de grupos e indivíduos nos seus processos decisórios favorecem a redução de desigualdades e protegem direitos sociais^{1,2,5}. Discute-se a tese na qual a consolidação de trajetórias retroalimentadas e reforçadas³ de configurações de sistemas políticos, de tipos de sistemas sanitários e de mecanismos de governança sujeitos às dinâmicas participativas de democracias consensuadas tendem a produzir resultados mais favoráveis em políticas de proteção social.

A análise de séries histórias em saúde teve caráter apenas exploratório (medianas comparadas dos últimos 10 anos). Esses resultados

(não apresentados) não conflitam com o quadro observado para 2019, mas estudos adicionais devem ser realizados para controlar os erros cumulativos destas. Considera-se, para os fins deste artigo, que os resultados para 2019 representam um ponto de chegada das trajetórias de mudanças.

Há nessa amostra uma evidente associação entre Renda Nacional Bruta per capita (RNB) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), como esperado pelo peso da renda na composição do IDH. Esses dados são destacados em separado para apoio analítico.

Os dados do IDH-2019 foram calculados pela ONU (https://www.cnedu.pt/content/noticias/internacional/hdr_2019_pt.pdf), e os resultados são classificados nos estratos 'muito alto' (maior ou igual a 0,800); 'alto' (0,700 - 0,799); 'médio' (menor ou igual a 0,554); e 'baixo' (0,555 - 0,699). Nesse grupo, Alemanha, Reino Unido, França, Itália, Espanha, Chile, Argentina e Uruguai têm IDH 'muito elevado'. Por sua vez, Brasil e Colômbia possuem IDH 'elevado'. No estrato dos países de IDH 'muito elevado', os países sul-americanos apresentaram índices inferiores aos dos europeus.

As posições por ordem decrescente de RNB per capita (US\$ correntes, 2019) são: Alemanha (47.110,00), Reino Unido (41.790,00), França (41.090,00), Itália (33.740,00), Espanha (29.300,00), Uruguai (15.650,00), Chile (14.670,00), Argentina (12.390,00), Brasil (9.080,00) e Colômbia (6.180,00).

Considerando-se o ordenamento decrescente dos valores de cada país para IDH e RNB per capita, há elevada convergência entre essas hierarquias. Essa convergência é identificada pelo elevado coeficiente de correlação positivo de 0,93. Portanto, essa amostra intencional se comporta em termos socioeconômicos, conforme a lista apresentada acima.

Quanto à tipificação dos sistemas políticos, mudanças incrementais ao longo do tempo alteram suas formas tradicionais. Ademais, mudanças constitucionais nos países têm aumentado, e certo hibridismo exige maior cuidado com as generalizações.

Um exemplo está na adoção de diversos mecanismos de devolução política e de descentralização de poder na direção ‘central – local’ e que afetam os países de tradições mais centralizadas. Configurações mistas (ou híbridas) estão presentes no semipresidencialismo francês, no semifederalismo (de fato) espanhol e nas devoluções do Reino Unido unitário.

Os resultados dos índices da revista ‘The Economist’ para 2019²³ apontaram como ‘Democracia Plena’ a Alemanha, o Chile, a Espanha, a França, o Reino Unido e o Uruguai. Por outro lado, a Argentina, o Brasil, a Colômbia e a Itália figuraram como ‘Democracias Imperfeitas’.

Países com sistemas democráticos de melhor qualidade tendem a possuir sistemas de saúde mais responsivos às demandas regionais, de seus cidadãos e de organizações civis. Logo, espera-se que a melhor qualidade da democracia favoreça políticas mais inclusivas.

O caráter federativo pode induzir, pela própria natureza, a maior descentralização nas políticas. No entanto, há sérias controvérsias quando os casos são estudados e seus resultados são comparados. Em certas condições, instituições mais centralizadas produzem distribuição mais equitativa de recursos públicos. Isso se dá em políticas sanitárias em que fatores como coordenação nacional e progressividade dos regimes fiscais jogam um peso importante na sua configuração. Sistemas descentralizados regulados de modo inadequado podem ampliar as desigualdades regionais devido a diferenças de poder político e capacidade fiscal. Neste artigo, Alemanha,

Argentina e Brasil são países federativos e Chile, Espanha, França, Reino Unido, Uruguai, Colômbia e Itália são considerados unitários.

Regimes parlamentaristas, devido ao seu sistema eleitoral, tendem a representar melhor os distritos e regiões. No entanto, os resultados podem seguir em direções opostas e dependem de fatores, como bipartidarismo forte e captura local de recursos de políticas públicas. Regimes presidencialistas, por sua vez, podem exibir vantagens, como a responsabilização mais direta dos governantes e seus efeitos na coordenação nacional de políticas.

As relações entre qualidade da democracia, natureza federativa ou unitária e parlamentarismo ou presidencialismo são aspectos contextuais que devem ser considerados na análise e argumentação do artigo. Há literatura especializada abundante sobre esses temas, e algumas referências são representativas^{1,2,5,11}. As restrições apontadas indicam cautela na busca por possíveis relações causais.

No *quadro 1*, são apresentadas as configurações dos sistemas nacionais de saúde. Os critérios classificatórios foram estabelecidos em estudo anterior²² e são resumidos adiante. Os tipos de sistemas sanitários variam segundo combinações entre regimes fiscais (maior ou menor progressividade) ou securitários (com subsídios variados) e regras distintas de titularidade de direitos. Essas configurações tendem a se estabilizar no tempo ou passar por mudanças incrementais. Quando preservam o contrato social preestabelecido, mas alteram alguns elementos operacionais importantes, podem ser vistas como híbridas²⁴.

Quadro 1. Tipos de sistemas de saúde segundo capacidade de proteção social

Países Selecionados*				
Países	Universalização ¹	Desembolso Direto ²	Configuração	Tipo ³
Argentina	Completa	Residual	Híbrido A ⁴	Universal Heterogêneo
Brasil	Parcial	Elevado	Híbrido B ⁵	Restritivo
Chile	Parcial	Elevado	Híbrido A	Restritivo

Quadro 1. (cont.)

Países Selecionados*				
Países	Universalização ¹	Desembolso Direto ²	Configuração	Tipo ³
Colômbia	Completa	Residual	Híbrido C ⁶	Restritivo
França	Completa	Residual	Universal Seguro Social	Universal Homogêneo
Alemanha	Completa	Residual	Universal Seguro Social	Universal Homogêneo
Espanha	Completa	Relevante	Híbrido D ⁷	Universal Heterogêneo
Uruguai	Completa	Residual	Híbrido C	Universal Heterogêneo
Reino Unido	Completa	Residual	Universal Impostos Gerais	Universal Homogêneo
Itália	Completa	Relevante	Híbrido D	Universal Heterogêneo

Fonte: Vaitzman J, Ribeiro JM, MottaJJ²¹.

*Tipologia cf.

¹ Universalização: Completa = Desembolso direto residual ou relevante + Gasto Governamental > 60% do Gasto em Saúde; Parcial = Desembolso direto elevado + Gasto Governamental <60% do Gasto em Saúde.

² Desembolso direto sobre gasto em saúde: residual = inferior a 20%; relevante = entre 20-25%; elevado = superior a 25% (v. tabela 1).

³ Tipo: Universal homogêneo = não híbrido; Universal heterogêneo = híbrido com relevância de financiamento fiscal; Restritivo = híbrido com relevância de seguro privado.

⁴ Híbrido A - Impostos Gerais + Seguro Social.

⁵ Híbrido B - Impostos Gerais + Seguro Privado.

⁶ Híbrido C - Impostos Gerais + Seguros Social e Privado.

⁷ Híbrido D - Impostos Gerais + Copagamentos.

As configurações do *quadro 1* possuem vínculos com dados sobre financiamento setorial da *tabela 1*. Os países são classificados segundo padrões de universalização, desembolso direto, configuração e tipo.

A universalização dos sistemas de saúde pode ser completa ou parcial e responde a critérios combinados da participação dos gastos por desembolso direto de indivíduos com a participação dos gastos governamentais em saúde no gasto total desse setor da economia. O caráter regressivo dos gastos diretos dos indivíduos e progressivo dos gastos governamentais sustentam os pontos de corte arbitrados e apresentados no *quadro 1*. O perfil do desembolso direto (elevado, relevante e residual) segue essa lógica, e suas faixas são mostradas nas legendas.

A configuração segundo os quatro tipos de sistemas híbridos e os dois universais tradicionais segue critérios dos estudos citados^{22,24}; já as composições são apresentadas nas legendas. Por fim, como síntese, o tipo é definido como universal homogêneo (sem predomínio de híbridos), universal

heterogêneo (híbrido com relevância do financiamento fiscal) e restritivo (híbrido com relevância de seguros privados).

Os padrões mostrados no *quadro 1* possuem relação direta, em termos analíticos, com os resultados de indicadores de saúde e de governança discutidos em seguida.

As diferenças entre os países são ilustradas por dados da *tabela 1*. A participação dos gastos por desembolso direto de indivíduos e famílias com a saúde sobre os gastos totais do setor tem importância crucial. Trata-se de um gasto regressivo e não sujeito a mecanismos de suavização (*pooling*) públicos (fiscais ou por seguros sociais) ou privados (planos pré-pagos). É forte indicativo de risco financeiro catastrófico. Outra variável de interesse é a participação do gasto público por todos os níveis de governo sobre o gasto setorial. Pela própria natureza fiscal, países com sistemas mais progressivos de tributação tendem a devolver políticas sanitárias mais distributivas.

A maior participação do gasto público no Produto Interno Bruto tende a proteger os indivíduos quanto aos gastos por

desembolso direto. São relações lineares – e verificáveis em séries históricas – e que acompanham a maior disponibilidade de

recursos (leitos e médicos) e os melhores resultados sanitários (mortalidade infantil e materna e expectativa de vida).

Tabela 1. Gastos, oferta de serviços e resultados em saúde, países selecionados, 2019

País	Governo		Governo		Desembolso		RMM ³	TMI ⁴	EVN ⁵	Leitos ⁶	Médicos ⁶
	PIB ¹	Total PIB ¹	GS ²	Privado GS ²	GS ²						
+ Alemanha	8,7	11,3	77,7	22,3	12,7	7	3,1	81	8,3	4,3	
↓ França	8,7	11,3	77,1	22,9	9,4	8	3,4	82,5	6,5	3,3	
Reino Unido	7,7	9,6	79,4	20,6	16	7	3,6	81,4	2,8	2,8	
Argentina	6,6	9,1	72,4	27,1	15	39	8,8	76,5	5	4	
Uruguai	6,6	9,3	70,8	29,2	17,5	17	6,4	77,8	2,8	5,1	
Itália	6,5	8,8	73,9	26,1	23,5	2	2,6	82,9	3,4	4	
Espanha	6,3	8,9	70,6	29,4	23,6	4	2,5	83,3	3	3,9	
Colômbia	4,9	7,2	67,8	32,2	16,3	83	12,2	77,1	1,5	2,2	
↓ Chile	4,5	9	50,1	49,9	33,5	13	6,2	80	2,2	2,6	
- Brasil	4	9,5	41,9	58	27,5	60	12,8	75,7	2,2	2,2	

Fonte: The World Bank. <https://data.worldbank.org/>²⁵.

¹ Gastos em saúde como percentual do Produto Interno Bruto - PIB.

² Gastos em saúde como percentual do Gasto Total em Saúde - GS.

³ Razão de Mortalidade Materna - RMM.

⁴ Taxa de Mortalidade Infantil - TMI.

⁵ Expectativa de Vida ao Nascer em anos - EVN.

⁶ Por 1.000 habitantes.

Segundo a *tabela 1*, que está ordenada segundo o maior peso do governo em saúde para o menor, os resultados sanitários acompanham o financiamento mais equitativo e os próprios resultados de RNB e IDH.

Como mostrado nas *tabelas 2 a 4*, isso é válido para os indicadores de governança.

A *tabela 2* trata do ambiente de proteção social desses países. A ‘Efetividade de Governo’ mede percepções sobre a qualidade do funcionalismo e dos serviços públicos, sua independência quanto a pressões políticas, a qualidade das políticas públicas e a confiança no compromisso dos governos. A ‘Voz e Transparência’ mede a capacidade dos cidadãos de participar da escolha de governos e desfrutar de liberdades políticas e associativas. Esse ambiente nacional favorece a participação de cidadãos e de coletivos, a formação de coalizões de defesa

de interesses e a existência de órgãos colegiados típicos da democracia consensual pelos quais fluem os conflitos e a competição por ideias, valores e alternativas de políticas. A proteção social é favorecida pela efetividade de governos e a vocalização política. O caráter público desse ambiente participativo remete às noções tradicionais de capital social e de impactos sobre a qualidade de governo⁵. É coerente com o ideário do Estado de Bem-Estar retratado em análises exemplares^{1,2}. São pilares do *Welfare State* do pós-guerra e de seus arranjos neocorporativos e refletidos em políticas redistributivas, mínimos sociais e proteção ao trabalho e renda.

Segundo as estimativas e classificações dos percentis (IC 90%), destaca-se a menor efetividade de governo em Argentina e Brasil. Colômbia e Itália também apresentam estimativas comparativamente mais baixas. O maior erro-padrão nos

países europeus pode explicar a posição limítrofe da Itália e sua superposição com os de estimativas menores, assim como as de Chile e Uruguai com os de estimativas maiores.

Para as posições no percentil, um ponto de corte foi arbitrado em 80,00, e a divisão em Grupo A (superior) e Grupo B (inferior). Esse critério foi aplicado em todos os IGG.

Sobre a ‘Efetividade de Governo’, Argentina, Brasil, Colômbia e Itália ficaram no Grupo B. Em ‘Voz e Transparência’, o Grupo B restringiu-se a Argentina, Brasil e Colômbia. Portanto, Chile, França, Alemanha, Espanha, Reino Unido e Uruguai ocuparam as maiores posições no percentil para os indicadores nesse bloco de proteção social.

Tabela 2. Proteção social e Indicadores Globais de Governança (IGG), países selecionados, 2019

Países	Estimativa ¹	Erro-padrão	Classificação		Grupo ³	
			no percentil ²	Limites no percentil ²		
Efetividade de Governo						
Argentina	-0,09	0,19	49,04	36,54	62,02	B
Brasil	-0,19	0,19	43,75	34,13	57,69	B
Chile	1,06	0,2	81,73	75	88,94	A
Colômbia	0,07	0,19	55,77	40,87	66,35	B
França	1,38	0,23	89,42	79,81	96,15	A
Alemanha	1,59	0,23	93,27	85,58	99,52	A
Itália	0,46	0,23	69,23	55,77	76,92	B
Espanha	1	0,23	79,81	73,08	87,98	A
Reino Unido	1,44	0,23	90,38	81,25	96,63	A
Uruguai	0,7	0,21	74,52	65,87	80,77	A
Voz e Transparência						
Argentina	0,6	0,12	66,5	61,08	72,91	B
Brasil	0,34	0,12	58,62	51,72	64,53	B
Chile	1,02	0,12	81,28	73,4	88,67	A
Colômbia	0,23	0,12	55,17	46,31	61,08	B
França	1,14	0,14	87,68	75,37	95,07	A
Alemanha	1,34	0,14	95,07	84,24	97,04	A
Itália	0,97	0,14	79,8	71,92	88,18	A
Espanha	1,09	0,14	82,76	73,89	92,61	A
Reino Unido	1,26	0,14	90,64	81,77	96,06	A
Uruguai	1,26	0,12	89,66	81,77	95,57	A

Fonte: Worldwide Governance Indicators²⁶.

¹ Estimativa; métodos de agregação dos indicadores em Kaufman²⁰.

² Classificação no percentil, limites inferiores e superiores, IC 90%.

³ A - posições no percentil com probabilidade igual ou maior que 80,00;

B - posições inferiores a 80,00 a IC 90%.

A *tabela 3* trata de indicadores de regulação pública. O ‘Estado de Direito’ mede as percepções sobre confiança e adesão às regras como cumprimento de contratos, direitos de propriedade, funcionamento da polícia e do judiciário e a

probabilidade de exposição ao crime e à violência. A ‘Qualidade Regulatória’ mede a capacidade do governo de formular e implementar boas políticas em favor do desenvolvimento do setor privado em mercados adequadamente regulados.

Tabela 3. Regulação e Indicadores Globais de Governança (IGG), países selecionados, 2019

Países	Estimativa ¹	Erro-padrão	Classificação		Grupo ³	
			no percentil ²	Limites no percentil ²		
Estado de Direito						
Argentina	-0,43	0,14	37,02	26,92	46,63	B
Brasil	-0,18	0,14	47,6	38,46	55,29	B
Chile	1,07	0,14	82,69	77,88	87,02	A
Colômbia	-0,42	0,14	38,46	27,4	47,12	B
França	1,41	0,16	89,42	85,1	92,31	A
Alemanha	1,62	0,16	92,31	87,98	96,63	A
Itália	0,28	0,16	61,54	53,85	69,71	B
Espanha	0,98	0,16	80,29	75	86,06	A
Reino Unido	1,6	0,16	91,35	87,98	96,15	A
Uruguai	0,62	0,15	74,52	64,9	78,85	B
Qualidade Regulatória						
Argentina	-0,49	0,17	33,65	20,19	46,15	B
Brasil	-0,18	0,17	48,08	34,62	59,62	B
Chile	1,22	0,18	84,13	76,44	91,35	A
Colômbia	0,4	0,17	66,35	59,62	74,04	B
França	1,44	0,22	90,87	82,21	96,63	A
Alemanha	1,72	0,22	96,15	89,42	99,52	A
Itália	0,95	0,22	76,92	72,12	87,98	A
Espanha	1,05	0,22	81,73	74,04	90,38	A
Reino Unido	1,63	0,22	93,75	86,54	99,52	A
Uruguai	0,51	0,18	70,19	62,5	74,52	B

Fonte: Worldwide Governance Indicators²⁶.

¹ Estimativa; métodos de agregação dos indicadores em Kaufman²⁰.

² Classificação no percentil, limites inferiores e superiores, IC 90%.

³ A - posições no percentil com probabilidade igual ou maior que 80,00;

B - posições inferiores a 80,00 a IC 90%.

O ‘Estado de Direito’ inclui elementos sensíveis à presença de maior capital social. Reflete a confiança entre agentes públicos e privados e as garantias contratuais das quais desfrutam sociedades mais democráticas. Privilegiam

dimensões iluministas do liberalismo político desde sua emergência no século XVIII e maturadas nos contratos sociais típicos do século XX. São funções clássicas do Estado moderno como garantidor de contratos, defesa

territorial e monopólio do uso da força e da coerção legítima. Pressupõe a institucionalização dos conflitos sociais.

As estimativas em relação a ‘Estado de Direito’ são as que variam com maior intensidade. Os percentis indicam percepções mais positivas para Chile, França, Alemanha, Espanha e Reino Unido. Estimativas menores foram observadas para Argentina, Brasil, Colômbia, Itália e Uruguai. Como esse indicador trata diretamente de garantias de direitos políticos e econômicos, chama a atenção os números negativos de Argentina, Brasil e Colômbia. Quanto à ‘Qualidade Regulatória’, as estimativas negativas restringem-se à Argentina e ao Brasil. Com relação ao indicador anterior, a

diferença foi a inclusão da Itália, um dos países pendulares, no Grupo A.

Na *tabela 4*, os indicadores medem o insulamento do aparelho de Estado. A ‘Estabilidade política’ mede as percepções sobre a possibilidade de crise ou violência politicamente motivada. O insulamento pressupõe burocracias públicas protegidas e regras sustentáveis de sucessão governamental. Refletem a capacidade de manejo de conflitos extrainstitucionais. O ‘Controle da Corrupção’ trata da capacidade de o poder público exercer controle sobre os ganhos decorrentes de corrupção no plano micro-organizacional até a captura institucional do Estado por elites e interesses privados.

Tabela 4. Insulamento e Indicadores Globais de Governança (IGG), países selecionados, 2019

Países	Estimativa ¹	Erro-padrão	Classificação		Grupo ³	
			no percentil ²	Limites no percentil ²		
Estabilidade Política						
Argentina	-0,12	0,23	43,33	27,62	55,71	B
Brasil	-0,55	0,23	24,76	14,76	41,43	B
Chile	0,21	0,23	54,76	41,43	66,19	B
Colômbia	-0,9	0,23	15,71	10,95	27,14	B
França	0,31	0,23	58,57	46,19	68,57	B
Alemanha	0,58	0,23	66,67	54,76	80,48	A
Itália	0,46	0,23	60,95	50	74,76	B
Espanha	0,32	0,23	59,05	46,19	69,05	B
Reino Unido	0,52	0,23	63,81	53,81	78,1	B
Uruguai	1,05	0,23	86,19	68,57	96,19	A
Controle da Corrupção						
Argentina	-0,07	0,13	53,37	45,19	60,58	B
Brasil	-0,33	0,13	42,31	32,69	51,44	B
Chile	1,09	0,13	83,17	79,33	88,94	A
Colômbia	-0,23	0,13	48,08	37,5	55,77	B
França	1,3	0,16	88,94	82,69	91,35	A
Alemanha	1,9	0,16	95,19	91,83	98,56	A
Itália	0,24	0,16	62,02	55,77	68,27	B
Espanha	0,65	0,16	73,56	66,35	79,81	B
Reino Unido	1,77	0,16	93,75	89,9	96,63	A
Uruguai	1,25	0,13	87,98	81,25	89,42	A

Fonte: Worldwide Governance Indicators²⁶.

¹ Estimativa; métodos de agregação dos indicadores em Kaufman²⁰.

² Classificação no percentil, limites inferiores e superiores, IC 90%.

³ A - posições no percentil com probabilidade igual ou maior que 80,00;

B - posições inferiores a 80,00 a IC 90%.

A menor ‘Estabilidade Política’ reflete a maior fragilidade do governo central no controle de territórios. Esses resultados são os mais baixos entre as medidas analisadas. Apenas o Uruguai supera o limiar arbitrado de 80% (com 86,19). A Alemanha situa-se no Grupo A (66,67) devido ao elástico IC. Essas estimativas são comparáveis diretamente devido ao mesmo erro-padrão.

Os resultados do insulamento estatal mostram que os desafios da estabilidade política e do controle da violência são os maiores em termos de governança. Nesse sentido, as turbulências e as incertezas políticas do século XXI no continente europeu reduzem as diferenças destes países para a América do Sul. Entretanto, Brasil e Colômbia continuam se destacando pelos piores resultados apresentados.

O ‘Controle da Corrupção’ é tema constante da agenda política, e a captura do Estado por interesses privados é parte da crítica tradicional ao capitalismo. Em termos atuais, envolve a legitimidade da defesa do papel do Estado no desenvolvimento social e econômico e o enfrentamento das teses de Estado mínimo. A captura governamental por elites do mercado e sua penetração na burocracia pública competem diretamente com os mecanismos formais e legítimos de participação social e mais voltados aos mecanismos responsivos de regulação. Segundo Putnam⁵, em seu estudo sobre as regiões da Itália, há maior clientelismo onde existe menor comunidade cívica.

Espera-se que estimativas maiores de controle da corrupção reflitam dinâmicas participativas que fragilizem estruturas de veto promovidas pela ação de interesses privados no aparelho de Estado. O grupo A inclui Chile, França, Alemanha, Reino Unido e Uruguai. Os demais países situam-se no Grupo B, e as estimativas negativas restringem-se à Argentina, ao Brasil e à Colômbia.

Considerações finais

O institucionalismo histórico³ destaca a influência de trajetórias de mudanças em instituições que, à medida que se consolidam, delimitam e afetam decisões. As decisões dos agentes tendem a se tornar embutidas e dependentes desses caminhos. Trajetórias interrompidas, vetadas ou alteradas compõem, também, o quadro típico da análise institucional. Trajetórias reforçadas não implicam, está claro, resultados virtuosos.

O argumento desenvolvido neste artigo adotou a premissa de que os arranjos institucionais analisados influenciaram as decisões alocativas a partir de longos períodos de consolidação. Dessa forma, os perfis não resultam exclusivamente de jogos abertos de interações sucessivas.

Há convergência entre as características institucionais dominantes em cada país e os seus resultados em governança, desenvolvimento socioeconômico e políticas de saúde. Os países com maior participação governamental no financiamento em saúde foram os que apresentam melhores resultados sanitários e menor risco financeiro para as famílias. Igualmente, esses países mostraram melhores IGG e são dotados de maiores IDH e RNB. O estudo detalhado de relações causais que exigiria a análise de séries temporais não foi objeto desta etapa.

Há, entretanto, evidente associação entre políticas de proteção social, capacidade de governo, porosidade do aparelho de Estado e maior abertura para a intervenção societária em decisões públicas. Esse conjunto de regularidades permite apontar três tipos de resultados: ‘mais favoráveis’, ‘pendulares’ e ‘menos favoráveis’.

Os países de resultados ‘mais favoráveis’ foram Alemanha, França e Reino Unido e apresentam IDH elevado e RNB per capita de países de renda alta. Seus sistemas de saúde são universais e homogêneos, e os gastos por desembolso direto em saúde são residuais. Os gastos públicos e totais em saúde estão entre

os mais elevados. Seus resultados em saúde situam-se entre os melhores, assim como a disponibilidade de recursos de atenção. Todos encontram-se no grupo de melhores IGG. São países com sistemas de proteção institucionalizados e consolidados há várias décadas. Os indicadores socioeconômicos e de governança parecem funcionar como fatores de proteção social. Assim, representam um parâmetro de referência neste artigo.

Os países com resultados intermediários – Chile, Espanha, Uruguai e Itália – revelam comportamento pendular conforme a configuração institucional e os resultados sociais e de governança. Esses países aproximam-se dos de referência quanto aos IGG, e as diferenças são mais visíveis nos indicadores socioeconômicos e sanitários.

Esses países ‘pendulares’ apresentam IDH elevado e RNB de países de renda alta. Apenas o Uruguai revela universalização completa e desembolsos diretos residuais. A Espanha e a Itália têm universalização completa, porém os gastos por desembolso direto são relevantes. No Chile, a universalização é apenas parcial, e os gastos por desembolso direto são elevados. Espanha, Uruguai e Itália possuem sistemas de saúde universais, embora heterogêneos, e Chile demonstra um sistema restritivo. Os gastos públicos em saúde de Espanha, Uruguai e Itália aproximam-se dos maiores, e os do Chile estão entre os menores.

Quanto ao tamanho da economia do setor saúde, eles estão mais alinhados às médias da OCDE. Os resultados em saúde são favoráveis em todos eles, e Itália e Espanha situam-se entre os melhores. Os recursos em saúde do Chile, embora menores, mostram-se adequados aos parâmetros internacionais. Para Espanha, Uruguai e Itália, eles mostram-se bastante favoráveis.

Com relação aos IGG, a posição menos favorável é a Itália, com quatro indicadores posicionados no Grupo B. Os demais estão no Grupo A. As exceções foram Chile (‘estabilidade política’); Espanha (‘estabilidade política’ e

‘controle da corrupção’) e Uruguai (‘qualidade regulatória’ e ‘estado de direito’).

No caso dos países com resultados ‘menos favoráveis’ e que estão nitidamente distanciados dos principais em termos de governança, há uma diferença importante na Argentina, onde os resultados sanitários e sociais são os melhores desse grupo.

Argentina, Brasil e Colômbia são países de RNB de renda média-alta. Brasil e Colômbia possuem os menores IDH da amostra, e o da Argentina é alto.

As características sanitárias da Argentina são melhores. Seu sistema de saúde é universal, embora heterogêneo devido à forte estratificação do seguro social. Esse arranjo protege os gastos por desembolso direto de caráter residual. Os gastos do setor público em saúde são intermediários, e o financiamento setorial se aproxima das médias da OCDE. Os resultados em saúde são melhores que Brasil e Colômbia, embora a Razão de Mortalidade Materna elevada destoe negativamente. Os recursos em saúde são elevados.

Ao contrário da Argentina, o Brasil e a Colômbia têm características mais negativas. No Brasil a universalização é parcial, e na Colômbia, é completa, apesar da estratificação de acesso por subsistemas. Esse fator tem relação com o fato de o desembolso direto no Brasil ser elevado e na Colômbia ser residual.

Os dois países apresentam sistemas de tipo restritivo. O do Brasil, devido à coabitação disfuncional entre seguros privados, financiamento fiscal inadequado e federalismo competitivo. O da Colômbia, pelo tipo de *mix* entre financiamento fiscal, seguros sociais e privados promovidos pela sua reforma setorial. Os gastos públicos de Brasil e Colômbia estão entre os menores, embora o tamanho da economia do setor saúde no Brasil seja elevada e alinhada à dos europeus. Os resultados em saúde de Brasil e Colômbia são os mais desfavoráveis. A exceção é a Expectativa de Vida ao Nascer maior na Colômbia. Quanto aos recursos em saúde, estão entre os mais limitados e alinhados ao Chile.

Para todos os IGG, Argentina, Brasil e Colômbia estão no grupo de menores estimativas.

A Alemanha foi o único país a apresentar uma classificação superior em todas as seis medições. Quando a estabilidade política é descartada, a França e o Reino Unido associam-se em governança.

A Argentina, o Brasil e a Colômbia estiveram em todas as medições abaixo do percentil 80,00, ainda que estes percentis superem frequentemente a metade de todas as nações incluídas na base global de duas centenas.

Este artigo destaca a força das teses

tradicionais do institucionalismo histórico enquanto ferramentas valiosas para a análise das políticas públicas. A análise de relações causais é o desenvolvimento necessário a este estudo.

Colaboradores

Ribeiro JM (0000-0003-0182-395X)* e Motta JJJ (0000-0001-6435-1350)* contribuíram para concepção, coleta de dados e análise dos resultados. Vaitsman J (0000-0001-8569-853X)* contribuiu para concepção e análise. ■

Referências

1. Offe C. *Disorganized Capitalism: Contemporary Transformations of Work and Politics*. Cambridge: MIT Press; 1985.
2. Lijphart A. *Patterns of Democracy: government forms and performance in thirty-six countries*. New Haven: Yale University; 1999.
3. Pierson P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. New Jersey: Princeton University Press; 2004.
4. Ayres I, Braithwaite J. *Responsive Regulation: Transcending the Deregulation Debate*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
5. Putnam Robert D. *Comunidade e Democracia: a experiência da Itália Moderna*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 1996.
6. Hood C. A Public Management for all seasons? *Public Adm*. 1991; 69(1):3-19.
7. Pollitt C. Is the Emperor In His Underwear?: An analysis of the impacts of public management reform. *Public Management*. 2000; 2(2):181-199.
8. Pollitt C, Bouckaert G. *A Comparative Analysis: New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*. 3. ed. Oxford University Press; 2011.
9. Williamson OE. *The mechanisms of governance*. New York: Oxford University Press; 1996.
10. Weber M. *Economia e Sociedade: Fundamentos da Sociologia Compreensiva*. Brasília, DF: Editora da UNB; 1999. p. 517-580.
11. Peters BG. The two futures of governing: decentring and recentering processes in governing. *The J*.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Pub. Adm. Policy. 2009; 2(1):7-24.
12. Gjaltema J, Biesbroek R, Termeer K. From government to governance...to meta-governance: a systematic literature review. *Pub. Manag. Review.* 2020; (22):1760-1780.
13. Jessop B. *Governance and Metagovernance: on reflexivity, requisite variety, and requisite irony.* Lancaster: Lancaster University; 2003.
14. Carvalho AI. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: Fleury S, organizadora. *Saúde e democracia: a luta do Cebes.* São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 93-111.
15. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):795-805.
16. Moreira MR. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. *Saúde debate.* 2016; 40(esp):25-38.
17. Costa NR, Ribeiro JM, Silva PLB, et al. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. *Rev. Bras. Adm. Púb. Brasil.* 2001; 35(2):193-228.
18. Ribeiro JM, Alcoforado F. Mecanismos de governança e o desenho institucional da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(5):1339-1349.
19. Organização para Economia Cooperação e Desenvolvimento. *Open Government: The Global Context and the Way Forward.* Paris: OECD Publishing; 2016. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264268104-en>.
20. Kaufmann D, Aart Kraay A, Mastruzzi M. *The Worldwide Governance Indicators: Methodology and Analytical Issues,* World Bank. World Bank Policy Research Working Paper. 2010 [acesso em 2022 abr 25]; (5430). Disponível em: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1682130.
21. Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JIJ, organizadores. *Sistemas híbridos de saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade.* Rio de Janeiro: Cebes; 2019.
22. Ribeiro JM, Vaitsman J, Motta JIJ. Brasil. In: Ribeiro JM, Vaitsman J, Motta JIJ. *Sistemas híbridos de saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade.* Rio de Janeiro: Cebes; 2019. p. 59-110.
23. The Economist. *Democracy Index 2019: A year of democratic setbacks and popular protest – A report by The Economist Intelligence Unit,* London: The Economist Intelligence Unit; 2020.
24. Schmid A, Cacace M, Götze R, et al. Explaining health care system change: Problem pressure and the emergence of 'hybrid' health care systems. *J. Health Pol. Policy and Law.* 2010; 35(4):455-486.
25. World Bank Open Data. Consultas. [acesso em 2020 set 28]. Disponível em: <https://data.worldbank.org/>.
26. The World Bank. *Worldwide Governance Indicators.* [acesso em 2020 set 28]. Disponível em: <https://data-bank.worldbank.org/source/worldwide-governance-indicators>.

Recebido em 06/09/2021

Aprovado em 22/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Participação, representação e deliberação no processo decisório do Conselho Municipal de Saúde de Marabá-PA (2018-2020)

Participation, representation, and deliberation in the decision-making process of the Municipal Health Council of Marabá-PA (2018-2020)

Norberto Ferreira Rocha¹, Marcelo Rasga Moreira²

DOI: 10.1590/0103-11042022E402

RESUMO O objetivo deste artigo foi analisar o processo decisório do Conselho Municipal de Saúde de Marabá (CMS-M), no estado do Pará, no período de 2018 a 2020, tendo como foco os temas que foram discutidos nas reuniões ordinárias ocorridas nesse intervalo. Foi utilizado o estudo de caso como método de uma pesquisa de abordagem qualitativa que conjuga fontes primárias e secundárias. As fontes primárias foram obtidas por meio da observação participante nas reuniões realizadas no CMS-M, e as fontes secundárias, mediante análise de documentos públicos, especialmente ‘pautas’ e ‘atas’ produzidas. Tal método está vinculado a um modelo de análise próprio, concebido no escopo deste artigo. Como resultados, foram constatadas: efetiva participação dos conselheiros no processo deliberativo; regras institucionais restritivas à participação da sociedade na apresentação de demandas e denúncias; forte influência da gestão municipal no processo decisório do conselho; e baixa resposta do poder público municipal no cumprimento das deliberações produzidas no CMS-M.

PALAVRAS-CHAVE Conselhos de saúde. Participação social. Deliberações. Gestor de saúde.

ABSTRACT *The objective of this article is to analyze the decision-making process of the Municipal Health Council of Marabá (CMS-M), in the state of Pará, in the period of 2018 to 2020, focusing on the themes that were discussed in the regular meetings that took place during such period. The case study was used as a research method with a qualitative approach that combines primary and secondary sources. The primary sources were obtained through participant observation in the meetings held at the CMS-M and the secondary sources through the analysis of public documents, especially ‘guidelines’ and ‘minutes’ produced. This method is linked to its analysis model, conceived within the scope of this article. As results, the following was found: effective participation of councilors in the deliberative process; institutional rules restricting society’s participation in filing claims and complaints; strong influence of municipal management in the decision-making process of the council; and low response from the municipal government in complying with the deliberations produced in the CMS-M.*

KEYWORDS *Health planning councils. Social participation. Deliberations. Health manager.*

¹Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa) – Marabá (PA), Brasil.
norbertrocha@hotmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A participação da sociedade em conselhos gestores de políticas públicas tem sido apontada por diferentes autores como uma das principais experiências institucionais desenvolvidas a partir da Constituição de 1988¹⁻⁴. O setor saúde foi o que mais avançou, construindo uma rede de conselhos (nacional, estadual e municipal), que conjugava, no último estudo censitário publicado, mais de 50 mil conselheiros de saúde, dos quais cerca de 35 mil representavam os usuários e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵.

Nesse contexto, o estudo dos artigos que analisam o funcionamento dos conselhos, sua estrutura, a participação e a representação dos segmentos que o compõem, sua capacidade deliberativa e outros temas essenciais representaria a melhor estratégia para construir uma análise baseada em evidências acerca da situação dos conselhos de saúde no Brasil. Por consequência, tais estudos, ainda que indiretamente, poderiam também revelar importantes problemas locais de saúde, permitindo um melhor conhecimento sobre a situação de saúde desse tão díspar conjunto de municípios que o Brasil possui⁶.

Contudo, uma pesquisa na base SciELO mostra que, em 17 de maio de 2021, utilizando-se ‘conselho’ e ‘saúde’ como termos de pesquisa, somente 32 artigos dedicam-se a estudar a atuação de conselhos de saúde, dos quais apenas 2 referem-se a conselhos da região Norte. Ampliando-se a busca com o uso de ‘conselhos’, somente mais um artigo é incluído, chegando-se a um total de 3 artigos sobre conselhos de saúde da região Norte.

O presente artigo aponta essa lacuna científica brasileira, pretendendo contribuir, singelamente e em seus limites, para seu preenchimento. Para tanto, aborda como tema a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Marabá (CMS-M), no estado do Pará, Amazônia Oriental brasileira.

Marabá foi fundada em 27 de fevereiro de 1923, contando com 283.542 habitantes. Cidade

‘polo’ da mesorregião Sudeste Paraense, é o quarto município mais populoso e terceiro no *ranking* dos maiores Produtos Internos Brutos do estado do Pará. Em termos demográficos, apresenta grande miscigenação de pessoas e culturas, como já indica o significado de seu nome: ‘filho da mistura’. É conhecida como ‘Cidade Poema’, pois seu nome é inspirado na obra literária ‘Marabá’, de Gonçalves Dias⁷.

O município está inserido em uma das áreas mais modificadas pela política desenvolvimentista implantada na região amazônica oriental nos anos 1970⁸ e nas duas primeiras décadas do século XXI⁹. Tais políticas promoveram, por um lado, desenvolvimento econômico e social e, por outro, a ocupação desigual do território, o acirramento de disputas de terras tradicionalmente ocupadas por povos tradicionais (indígenas, ribeirinhos e quilombolas) e intervenções danosas ao meio ambiente.

Isso transformou o modo de vida e os processos políticos, sociais e culturais da cidade ao mesmo tempo que favoreceu o surgimento de movimentos de resistência, em especial, o de direito ao acesso a serviços básicos, como saúde, educação, moradia e, com destaque, ao acesso à terra.

No setor saúde, conforme dados disponibilizados pelo DataSUS (<http://www2.datasus.gov.br>), em 2018 e 2019, houve 32.661 internações, devido, sobretudo, a: gravidez, parto e puerpério (37,8% do total das internações); lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (13,9%); doenças do aparelho digestivo (11,5%); doenças do aparelho respiratório (7,03%); doenças do aparelho circulatório (4,24%); e doenças do aparelho geniturinário (3,53%).

No mesmo período, houve 3.275 óbitos, com destaque para: a) causas externas de morbidade e mortalidade (25% das mortes); b) doenças do aparelho circulatório (21,3%); c) doenças do aparelho respiratório (8,6%); d) neoplasias (5,6%); e) doenças infecciosas e parasitárias (4,9%); e f) doenças do aparelho digestivo (4,76%).

A pandemia da Covid-19 impactou o sistema de saúde municipal, conforme dados publicados pela Prefeitura de Marabá em 31 de dezembro de 2020, os quais apontam a infecção de 11.402 pessoas e 235 óbitos com taxa de letalidade de 2,06% sobre os casos confirmados¹⁰. A rede SUS, na referida data, dispunha de 28 leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI)/Covid, com taxa de ocupação de 85,7%, sendo 12 leitos com pacientes do município e 12 de outras cidades, o que demonstra a relevância regional de Marabá na disponibilidade dos serviços e equipamentos de saúde aos municípios circunvizinhos¹¹.

Diante desse cenário, adota-se como raciocínio hipotético que o CMS-M tenha, ao longo de 2018 e 2020, incluído em seu processo decisório, de alguma maneira, parte importante dos problemas acima apontados, deliberando sobre eles e, por conseguinte, sobre as políticas municipais de saúde.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é analisar o processo decisório do CMS-M, no período de 2018 a 2020, tendo como foco os temas que foram discutidos nas reuniões ordinárias ocorridas nesse intervalo. Para aprofundar esta análise, buscar-se-á compreender a atuação dos diferentes segmentos representados no conselho nos referidos debates (participação), com ênfase nos representantes dos usuários do SUS e dos trabalhadores de saúde (representação) e na homologação das deliberações do Conselho pelo Poder Executivo (deliberação).

Aspectos metodológicos

Para atingir o objetivo do artigo, optou-se pelo estudo de caso como método de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que conjuga fontes primárias e secundárias, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sob o nº 27694720.0.0000.5240.

As fontes secundárias foram as ‘Pautas’ e ‘Atas’ das reuniões ordinárias do CMS-M

realizadas entre agosto de 2018 e julho de 2020, que, até então, equivaliam a todas as reuniões realizadas pela atual formação do Conselho. Em 23 de março de 2020, por meio do Decreto nº 26, a Prefeitura Municipal tomou medidas de distanciamento social por causa da Covid-19. Em observância, o Conselho interrompeu as reuniões presenciais de 23 de março de 2020 até 31 de julho de 2020, realizando, nesse período, uma única reunião virtual, em abril de 2020.

As atas e pautas, documentos públicos, foram solicitadas ao CMS-M em 11 de março de 2019; 18 de fevereiro de 2020 e 08 de maio de 2020, e recebidas em 15 de abril de 2019; 08 de junho de 2020 e 27 de outubro de 2020.

Como as referidas reuniões são abertas ao público, o autor principal do artigo participou, como ouvinte, das reuniões que aconteceram entre agosto de 2019 e março de 2020, aplicando a técnica de observação participante. Importante destacar que, seguindo a ética em pesquisa, a presença do pesquisador no campo foi informada ao Presidente do CMS-M e, por este, esclarecida ao plenário do Conselho.

Participação, representação e deliberação: aperfeiçoando a democracia

A discussão sobre participação, representação e deliberação precisa ser contextualizada no âmbito do marco democrático. É válido ressaltar que não se pretende, aqui, esgotar o debate sobre democracia, adotando-se como estratégia o enfoque nos aspectos que constroem o arcabouço teórico do artigo.

O ponto de partida – não de chegada – desta discussão é o modelo poliárquico de Dahl¹², que apresenta dois eixos: participação e liberalização (ou institucionalização). Nele, uma sociedade é tão mais democrática quanto maior a quantidade e a diversidade de cidadãos participando do processo político em instituições legitimadas pela sociedade.

Nesse sentido, o avanço democrático deve favorecer e garantir a contestação, o debate entre os que pensam diferente. Por isso, a participação deve ser estimulada e garantida com ênfase, sobretudo, naqueles que se opõem a quem está no poder. A garantia dos direitos de participação da oposição, em especial, quando minoritária, é, assim, o principal indicador do grau de democratização de uma sociedade.

Essa concepção de democracia, formalista, é capaz de definir, para o objetivo deste artigo, as bases de seu debate. A principal crítica que lhe é feita é a de não abordar diretamente os direitos sociais como base da democracia. Considera-se aqui que tal crítica é pertinente e, por isso, busca-se articular a proposta poliárquica à valorização dos direitos sociais, com foco no direito à saúde.

Dahl¹² pensa a participação dos cidadãos na política a partir do referencial da democracia representativa, valorizando, como instituições fundamentais, os três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) autônomos e funcionando em sistema de pesos e contrapesos; a liberdade e a autonomia de ação dos partidos políticos de todos os espectros ideológicos da sociedade, em especial, os que são oposição a quem está no governo; e a realização periódica e permanente de eleições universais, livres de influências (coercitivas, patrimonialistas e/ou financeiras) e nas quais todas as vertentes políticas participem sem restrições e interdições externas. Dessa forma, a participação dos cidadãos ocorre, sobretudo, pelo voto, a delegação do eleitor (representado) de seu poder de decisão a um eleito (o representante).

Essa forma de democracia enfrenta uma crise a partir dos anos 1960, quando, de diferentes maneiras e em diferentes sociedades (particularmente europeias e norte-americanas), os representados passam a questionar intensamente a atuação dos representantes eleitos, considerando que ela se afasta dos interesses manifestos no voto, o que gera o risco da deslegitimação¹³.

A denominada 'crise da democracia representativa' parece ainda não ter sido superada,

haja vista a abstenção de 66% dos eleitores nas eleições francesas de junho de 2021¹⁴, cujo motivo principal apontado por analistas é justamente a descrença na representação, situação que repetiu, em maior ou menor escala, o ocorrido nas eleições europeias de 2019¹⁵ e nas brasileiras¹⁶ de 2018.

Para Pitkin¹⁷, a representação, por ser uma contradição em si (representar é fazer presente quem não está), introduz no processo de tomada de decisões a necessidade de o representante decidir se sua atuação deve atender aos interesses dos que lhe elegeram ('postura mandato') ou ao que considera ser o interesse geral ('postura autonomia'), instaurando a 'controvérsia mandato-autonomia'.

Quando os representantes optam constantemente pela postura mandato, tendem a se afastar dos interesses de seus representados, que respondem com a descrença que, mantida ao longo do tempo, tende a se deslocar do representado para seu partido, deste para os demais partidos e daí para o próprio processo eleitoral.

Miguel¹⁸, de maneira similar, considera que, em uma democracia representativa, a formação de uma elite política produz uma especialização dos tomadores de decisão que afasta representantes de representados, gerando a possível ruptura dos vínculos entre a vontade dos representados e a dos representantes. Em decorrência disso, há uma grande distância entre as promessas eleitorais e as políticas adotadas pelos eleitos.

Diante desse afastamento, as diferentes sociedades podem produzir distintas propostas para a superação desse ameaçador afastamento entre representantes e representados. Dentre estas, emerge a práxis de uma democracia participativa, na qual os cidadãos não apenas atuam nos processos eleitorais, mas também no processo decisório das políticas públicas. Para seu avanço, é necessário desenhar instituições que, sem dispensar as instituições da democracia representativa¹⁹, viabilizem a participação de representantes da sociedade civil diretamente no processo decisório das políticas públicas.

Para Ball²⁰, esse processo decisório é formado por um conjunto de etapas que se articulam sinergicamente em ciclos, o ‘ciclo de políticas’. Partindo desse referencial, adota-se aqui, de maneira modelar (a prática de cada política é a que confere o desenho final), que tal ciclo inicia-se na etapa de formação de agenda, passa pelas etapas de formulação, implementação, execução, monitoramento e avaliação, cujos resultados contribuem para a (re)formulação, e/ou para o aperfeiçoamento da implementação e da execução, e/ou repercutem nas agendas políticas, em um ciclo que pode durar enquanto a política estiver em vigor.

Assim, as instituições da democracia participativa devem propiciar a participação dos cidadãos nas diferentes etapas do ciclo de políticas, considerando-se, neste texto, o destaque para as etapas de formação de agenda e de formulação.

Avritzer³⁽⁴⁵⁾ define essas instituições participativas como “formas diferenciadas de incorporação de cidadãos e associações da sociedade civil na deliberação sobre políticas [...]” que precisam, para serem criadas e legitimarem-se, de: i) inovação no desenho institucional; ii) organização da sociedade civil; e iii) vontade política do governo.

Para Lüchmann²¹, nessas instituições, a tomada de decisão política é autoapresentada e parte daqueles submetidos diretamente ao debate público, aceitando o critério de legitimidade do processo de *political decision-making* como fundamentado pelo ente participante.

Para que essas instituições da democracia participativa possam realmente introduzir desenhos inovadores, seu processo decisório precisa, também, assumir características peculiares, conjugando busca por consenso e voto. Manin²² concebe a deliberação como a prática de tal processo decisório. Ao reconhecer que deliberação, na literatura democrática, é compreendida tanto como a decisão em si quanto como o processo de busca por consenso, ele defende que o processo deliberativo de uma instituição deliberativa deve

submeter a decisão ao processo de discussão e busca por consenso.

Aprofunda, assim, a posição de Habermas que concebe “[...] o modelo deliberativo... mais interessado na função epistêmica do discurso e da negociação do que na escolha racional ou do ethos político”^{23(m)}.

Fung²⁴, discutindo a práxis das instituições participativas, produz uma tipologia na qual considera que as instituições que têm maior capacidade deliberativa são aquelas que funcionam com um número menor de participantes, pois é nesse contexto que a busca pelo consenso tende a ter maior sucesso.

O autor denomina esse tipo de instituições participativas como ‘minipúblicos’, evidenciando em sua análise que: i) os custos de transação da produção de consensos elevam-se de acordo com o número de participantes, dificultando e, no extremo, inviabilizando a deliberação; e ii) a participação não exclui a representação, ao contrário, obriga seu aperfeiçoamento sob o risco de reificar a crise de representatividade.

O desafio das instituições participativas é o de serem legitimadas pelas instituições representativas. Em determinadas situações, os representantes de tais instituições podem considerar que seu poder decisório está, por elas, sendo usurpado²⁵ e reagir, seja manietando as condições de funcionamento (estrutura, recursos e autonomia), seja desviando a agenda política para outras instituições ou mesmo não aceitando suas deliberações.

A despeito dos motivos de tais reações, o que as estruturam é a negativa à desconcentração de poder (decisório, de alocação de recursos, de formulação política) das instituições tradicionais para as novas instituições. Quando essa reação ocorre no Poder Executivo, ela reifica uma característica concentracionista já definida como ultrapresidencialismo²⁶. O desafio, portanto, é produzir um equilíbrio entre as diferentes instituições que devem ambientar o processo decisório.

De forma sintética, esse é o arcabouço teórico que embasa o modelo de análise que

será aplicado. No tópico seguinte, buscar-se-á mostrar como tais reflexões podem ser aplicadas aos conselhos de saúde (e, por extensão, aos demais conselhos gestores de políticas públicas e mesmo a outras instituições participativas), concluindo o modelo, que será aplicado ao CMS-M nos tópicos posteriores

Análise da participação, representação e deliberação nos Conselhos Municipais de Saúde

Vários autores têm estudado os conselhos de saúde. Do trabalho pioneiro de Carvalho²⁷ aos recentes²⁸, a maioria aborda, de forma mais ou menos ampla, a concepção, o funcionamento e os limites dos conselhos, seja de forma mais ensaística²⁹⁻³², seja por meio de estudos de caso³³⁻³⁵.

O estudo desses trabalhos (e de vários outros cujo espaço do artigo não permite citar) contribuiu para a elaboração do modelo teórico acima apresentado; e para sua parte prática, começa aqui a ser discutida por meio de uma reflexão que articula os trabalhos de Moreira e Escorel³⁶ e Rezende e Moreira³⁷.

Moreira e Escorel³⁶ desenvolveram seu modelo em 2007, para analisar o conjunto de conselhos de saúde brasileiros, uma vez que coordenaram o único estudo censitário do País sobre os conselhos municipais e estaduais de saúde, que foram analisados sobre três dimensões: i) Autonomia (estrutura física, recursos humanos e recursos financeiros); ii) Organização (reuniões, capacitação e instâncias internas); e iii) Inclusividade (forma de escolha do Presidente e participação da sociedade nas reuniões).

As cidades de porte populacional similar ao de Marabá (250.000 a 500.001 habitantes) obtiveram desempenhos positivos nas três dimensões de estudo, superando o desempenho das cidades de porte inferior, mas ficando abaixo daquelas que têm maior população,

sobretudo as que têm entre 500.001 e 1.000.000 de habitantes. Ao todo, os autores trabalham com 18 indicadores – que serão apresentados no tópico sobre o CMS-M – para os quais as cidades com porte similar ao de Marabá tiveram, em média, desempenho positivo em 13, destacando-se negativamente recursos financeiros, humanos e capacitação.

Os mesmos autores também incluem em sua análise o ano de criação do conselho, a paridade, as entidades que compõem o segmento dos usuários e trabalhadores e a homologação ou não de suas deliberações pelo Poder Executivo. Nesta obra, portanto, há uma proposta de estudo sobre a participação.

Rezende e Moreira³⁷ partem desse modelo, mas buscam acrescentar dimensões que permitam uma análise mais específica, uma vez que realizam um estudo de caso no conselho do município do Rio de Janeiro, tendo como foco a representação e, nos aspectos que aqui interessam, sobre a deliberação.

Esses autores estudaram a atuação dos(as) conselheiros(as) nas reuniões ordinárias, analisando-a a partir de uma tipologia de suas intervenções – votante; informativa; vocalizadora; reivindicativa e avaliativa – que aqui será adaptada para captar os embates entre os diferentes segmentos.

Passe-se, então, ao estudo da atuação do CMS-M.

O Conselho Municipal de Saúde de Marabá: atuação 2018-2020

O CMS-M foi criado em 5 de julho de 1993 (Lei Municipal nº 13.104/1993), porém, seu Regimento Interno (RI) foi aprovado somente em 2014 (Resolução nº 15, de 17 de julho 2014). Em 2007, a Prefeitura Municipal destituiu o CMS-M, alegando que sua atuação atrapalhava a gestão. Essa situação perdurou até 2015, quando o Ministério Público do Estado do Pará restabeleceu o funcionamento do Conselho³³.

Com relação à infraestrutura e aos recursos humanos, apenas em 2018, o CMS-M passou a contar com sede própria, situada no núcleo Nova Marabá. Essa sede dispõe de sala para presidência, espaço para as comissões temáticas e auditório para realização das reuniões do colegiado, possuindo mobiliário, computadores, linhas telefônicas, acesso à internet. A Equipe de Apoio é formada por 9 servidores: 2 agentes de portaria, 2 responsáveis pela limpeza, 2 da área administrativa, 1 motorista e 1 secretário executivo.

O CMS-M é composto por 20 conselheiros titulares e 20 suplentes (que representam as mesmas entidades dos titulares) que,

respeitando o princípio da paridade, têm um mandato de dois anos com direito a reconduções ilimitadas (Lei municipal nº 13.914, de 1996).

O *quadro 1* ilustra a atual composição do CMS-M, iniciada em 2018. Nele, constata-se que o segmento dos trabalhadores da saúde é composto por quatro entidades, pois, na Conferência Municipal de Saúde de 2018, não houve entidades interessadas na quinta vaga. Por sorteio, o Conselho Regional de Odontologia obteve o direito de se fazer representar por dois conselheiros. Percebe-se, também, que os prestadores privados não ocupam nenhuma vaga.

Quadro 1. Entidades que compõem o CMS de Marabá no Biênio: 2018-2020

Segmentos	Entidade
Usuários do SUS (10 vagas)	(U1) Associação Projeto Futuro Melhor / substituído pelo Sindicato dos Servidores Municipais de Marabá – Servimar (U2) Instituto da Juventude da Região Carajás – Ijurc (U3) Casa de Apoio Vida Melhor – Cavim (U4) Associação Paraense de Portador de Hemofilia e Coagulopatias (U5) Associação dos moradores do bairro Vale do Itacaiunas – Ambavi (U6) Associação Recanto Feliz da Folha 31 (U7) Instituto Cultural Hozana Lopes de Abreu (U8) Instituto Reviver (U9) Instituto Viva Mulher (U10) Associação Comunitária de Moradores do Bairro Araguaia – Ascomba
Trabalhadores de Saúde (5 vagas)	(T1) Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará – Senpa (T2) Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado do Pará – Sindsaúde-PA (T3) Sindicato dos Médicos do Pará – Sindmepa (T4) Conselho Regional de Odontologia – CRO (2 vagas)
Gestores e Prestadores privados (5 vagas)	(G1) Secretaria Municipal de Saúde de Marabá – SMS-M (4 vagas) (G2) 11º Centro Regional de Saúde/Sespa/Marabá-PA

Fonte: elaboração própria com base nos dados obtidos no Conselho Municipal de Saúde de Marabá³⁸.

É importante destacar que, no *quadro 1*, as entidades foram identificadas por uma codificação composta por uma letra maiúscula e um número (por exemplo: (U1) Associação Projeto Futuro Melhor). Essa codificação será

retomada no *quadro 2*, viabilizando sua construção e apresentação.

O CMS-M conta com orçamento próprio (R\$ 164 mil em 2018; R\$ 550 mil em 2019 e R\$ 150 mil para 2020), Mesa Diretora

(MD), Secretaria Executiva e Comissões Permanentes: administrativa, técnica, de licitação e de avaliação da atenção básica.

A lei de criação do CMS-M definia o Secretário Municipal de Saúde como presidente nato do Conselho, situação que foi modificada em agosto de 2000, pela Lei nº 16.489, que define a eleição com voto direto e secreto dos conselheiros titulares (na ausência destes, dos suplentes) como meio de escolha do presidente. Atualmente, a presidência é ocupada por um conselheiro que representa os trabalhadores da saúde.

A MD eleita para o biênio 2018/2020 é, majoritariamente, representada pelos segmentos

dos usuários e dos trabalhadores da saúde, que ocupam três das quatro vagas disponíveis, inclusive a presidência e a vice-presidência.

O CMS-M realiza reuniões ordinárias mensais, abertas ao público, mas seu RI define que, para o público exercer o direito a voz, é necessária a prévia aprovação do Plenário. No período estudado, foram realizadas 25 reuniões ordinárias, colocadas em pauta e discutidas, 126 pontos. A *tabela 1* sistematiza esses pontos de pauta, categorizando-os em 3 grandes Temas (F-SUS: Funcionamento do SUS; F-CMS: Funcionamento do CMS-M; e D-POP: Denúncias da População) e 13 Subtemas.

Tabela 1. Pontos de Pauta discutidos nas Reuniões Ordinárias do CMS-M, distribuídos por Temas, Subtemas e Ano da Reunião. Agosto de 2018 a julho de 2020. (n=126)

TEMA	SUBTEMA	PONTOS DE PAUTA DISCUTIDOS							
		2018	%	2019	%	2020	%	TOTAL	%
F-SUS:		4	3,17	17	13,5	4	3,17	25	19,84
Funcionamento do SUS	Programa 'Corujão'	-	-	2	1,59	-	-	2	1,59
	Laboratórios	1	0,79	2	1,59	-	-	3	2,38
	Unidades de Saúde	1	0,79	2	1,59	2	1,59	5	3,97
	Profissionais de Saúde	1	0,79	3	2,38	1	0,79	5	3,97
	Terceirização dos Serviços	1	0,79	8	6,35	1	0,79	10	7,93
F-CMS:		17	13,5	47	37,3	17	13,5	81	64,29
Funcionamento do CMS-M	Capacitação	8	6,35	5	3,97	2	1,59	15	11,91
	Gestão do CMS-M	7	5,56	23	18,26	13	10,32	43	34,13
	Substituição de representantes das Entidades	-	-	12	9,52	2	1,59	14	11,11
	Fiscalização	2	1,59	7	5,55	-	-	9	7,14
D-POP:		1	0,79	16	12,69	3	2,38	20	15,87
Denúncias da População	Procedimentos médicos	-	-	2	1,59	1	0,79	3	2,38
	Acesso aos serviços de saúde								
	Unidades de Saúde	1	0,79	4	3,16	2	1,59	7	5,55
	Transparência Pública	-	-	5	3,97	-	-	5	3,97
TOTAL		22	17,46	80	63,49	24	19,05	126	100

Fonte: elaboração própria a partir da análise das Pautas das Reuniões Ordinárias do CMS-M³⁸.

Desses 126 pontos de pauta, 54 (42,8%) produziram, ao longo do processo de deliberação, debates entre os Conselheiros. A *tabela 2* apresenta a dinâmica desses debates no que se refere à entidade que propôs a pauta; à forma – convergente ou divergente – como as

demais entidades do CMS-M posicionaram-se no debate das propostas; e ao resultado do processo deliberativo, isto é, se a pauta proposta foi ou não aprovada. Quando entidades não se manifestaram, atribuiu-se o sinal ‘-’.

Tabela 2. Debates gerados pelos Pontos de Pauta nas Reuniões Ordinárias do CMS-M entre agosto de 2018 e julho de 2020: distribuição por entidades e seus segmentos, proponentes, posição divergentes e convergentes e se a pauta foi aprovada ou não. (n=54)

Entidades e seus segmentos	Posicionamento em relação às pautas			Resultado do processo deliberativo		
	Proponente	Convergente	Divergente	Pauta aprovada?		
				Sim	Não	Total
Usuários	13	47	31	8	5	13
Associação Projeto Futuro Melhor – Substituída pela Servimar	1	9	3	1	-	1
Instituto da Juventude da Região Carajás – Ijurc	-	4	1	-	-	-
Casa de Apoio Vida Melhor – Cavim	-	-	-	-	-	-
Associação Paraense de Portador de Hemofilia e Coagulopatias	2	3	3	-	2	2
Associação dos moradores do bairro Vale do Itacaiunas – Ambavi	-	4	8	-	-	-
Associação Recanto Feliz da Folha 31	1	1	1	1	-	1
Instituto Cultural Hozana Lopes de Abreu	3	5	3	2	1	3
Instituto Reviver	3	14	8	2	1	3
Instituto Viva Mulher	3	5	4	2	1	3
Associação Comunitária de Moradores do Bairro Araguaia – Ascomba	-	2	-	-	-	-
Trabalhadores	9	30	30	5	4	9
Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará – Senpa	4	4	7	1	3	4
Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado do Pará – Sindsaúde-PA	2	14	11	2	-	2
Sindicato dos Médicos do Pará – Sindmedpa	2	5	4	2	-	2
Conselho Regional de Odontologia – CRO	1	7	8	-	1	1
Gestor	20	7	6	17	3	20
Secretaria Municipal de Saúde – SMS	20	4	5	17	3	20
11º Centro Regional de Saúde/Sespa/Marabá-PA	-	3	1	-	-	-
Prestadores de serviços	-	-	-	-	-	-
(Não possui representantes nesta gestão)	-	-	-	-	-	-
Mesa diretora	12	-	-	7	5	12
TOTAL	54	84	67	37	17	54

Fonte: elaboração própria.

O quadro 2 aprofunda esse cenário. Seu propósito é mapear, nos embates travados durante o processo de deliberação e tomada de decisões sobre as 54 propostas apresentadas na *tabela 2*, as convergências e as divergências entre as entidades que compõem o CMS-M e, por

consequente, os segmentos nele representados. Perceba-se que as propostas são classificadas pelos temas apresentados na *tabela 1* e que as Entidades são identificadas pelos códigos no *quadro 1*.

Quadro 2. Processo decisório do CMS-M, julho/18 a agosto/2020: propostas debatidas distribuídas pelas entidades proponentes, posições convergentes e divergentes das entidades, tema a que se referem as propostas e aprovação ou não pelo pleno do CMS-M. (n=54)

PROPOSTAS	Prop*	Posição	Posição	APRV**	TEMA
		Convergente	Divergente		
1. Credenciamento de serviços especializados	G01	U09	U01; U05; T04	SIM	F-SUS
2. Reorganização de Protocolo de atendimento do hospital municipal	G01	U07	T02; T04	SIM	F-SUS
3. Autorização para Participação do Congresso de Enfermagem	G01	U05; U07; T03; T04; G02	U08	SIM	F-CMS
4. Implantação do corujão Odontológico na Unidade Básica de Saúde	G01			SIM	F-SUS
5. Criação de Comissão Paritária de Planejamento de Ações de 2019	G01	T01		SIM	F-CMS
6. Solicitação da cópia do livro ata da frequência dos conselheiros	G01	U10	T02	SIM	F-CMS
7. Cancelamento unilateral por parte SMS-M do atendimento noturno nas unidades (Programa Corujão)	G01		04; U05; U06; U08; U09; T02; T03; T04	NÃO	F-SUS
8. Apresentação da Proposta de Regulamento e Regimento da Plenária Municipal de Saúde	G01			SIM	F-CMS
9. Retorno do funcionamento do laboratório do HMM e HMI	G01	U07		SIM	F-SUS
10. Apresentação da Tabela Complementar e Credenciamento de Cirurgias Eletivas	G01	U05; U08	T01; T3	SIM	F-SUS
11. Processo de credenciamento para contratação de pessoa jurídica: diagnósticos em laboratório clínico	G01	U02; T04	U04; U05; U08; U09	NÃO	F-SUS
12. Aditivos contratuais de credenciamento de serviços técnicos especializados em anestesiologia	G01	U02; U04; U07	U08; U09; T02; T04	SIM	F-SUS
13. Aditivos contratuais de credenciamento de serviços técnicos especializados: diagnósticos em laboratórios clínicos	G01	U02; U04; U07; U08; U09	T02; T04	SIM	F-SUS
14. Aditivos contratuais de credenciamento de serviços técnicos especializados em ortopedia e traumatologia	G01	U02; U04; U07; U08; U09; T02; T04		SIM	F-SUS
15. Autorização para implantação de 1 equipe de PSF na zona rural do município no P.S. Pastor Jonas Azevedo	G01	U08; U09; T02; T04		SIM	F-SUS
16. Relatórios de Gestão – Prestação de Contas do ano de 2011 e 2012	G01	U03; U08; U09	T02	SIM	F-CMS
17. Tabela complementar aos valores da tabela SIGTAP/SUS	G01	G02	T01; T02; T04	SIM	F-SUS

Quadro 2. (cont.)

PROPOSTAS	Prop*	Posição Convergente	Posição Divergente	APRV**	TEMA
18. Plano Operativo Municipal de Atenção Integral à saúde dos adolescentes em conflitos com a lei	G01	G02	T01; T02	NÃO	F-SUS
19. Julgamento da prestação de contas – Relatórios de Gestão 2013 e 2014	G01		T02; T04	SIM	F-CMS
20. Petição para reavaliação da prestação de contas da Gestão da Saúde dos anos de 2015 e 2016 que fora rejeitada	G01	U08	T01; T02	SIM	F-CMS
21. Laudo pericial para adequação de concessão de insalubridade para trabalhadores da saúde	T01	703		NÃO	F-SUS
22. Informe sobre Retirada da Insalubridade dos vencimentos salariais sem Laudo Pericial	T01		U05; U08; T02; T03	NÃO	F-SUS
23. Criação de uma comissão para propor alteração do Regimento Interno e alteração da Lei do CMS-M	T01			SIM	F-CMS
24. Denúncia sobre realização de plantões médicos em desacordo com a legislação	T01	T02; G02		SIM	D-POP
25. Recomposição do Comitê de ética do CMS-M	T02	U09		SIM	F-CMS
26. Proposta de prorrogação de mandato dos conselheiros por 1 ano – motivação: pandemia da Covid-19	T02	U09; T01		SIM	F-CMS
27. Solicitação de diárias para participar do Congresso Pan-Americano de medicina	T03			SIM	F-CMS
28. Contratação emergencial de médicos plantonistas para os hospitais municipais	T03	T02; T04; G01		SIM	F-SUS
29. Denúncia: pede Justificativas da Gestão pela contratação de odontólogo sem concurso público	T04	U08; U09; T02; T03	G01	NÃO	D-POP
30. Participação dos conselheiros na Conferência Nacional de Saúde	U01	U08	U04	SIM	F-CMS
31. Denúncia de não funcionamento das unidades de saúde dos bairros: da Paz e Coca Cola	U04			NÃO	D-POP
32. Visita técnica de fiscalização à sede de empresas prestadoras de serviços na área de saúde ao município	U04	T02; T03; T04	U02; U08; G01	NÃO	F-CMS
33. Participação dos conselheiros da Plenária da 13ª Conferência Estadual de Saúde	U06	U05; U08; U09; T02; G01		SIM	F-CMS
34. Participação do 12º Congresso Brasileira de Saúde Coletiva Abrasco	U07			SIM	F-CMS
35. Membros da comissão de licitação solicita participar de um Curso de Contratos e Convênios em Belém	U07			SIM	F-CMS
36. Situação do laboratório do HMM/Marabá – Não realização dos exames no próprio hospital – Terceirização	U07			NÃO	F-SUS
37. Denúncia. Falta de condições de funcionamento do Depto. de Saúde do Trabalhador – Visat	U08	T02; T04		NÃO	D-POP
38. Pedido de afastamento provisório da Presidente do CMS-M para análise de atos irregulares praticados	U08		U05; U07; T01; T03; G01; G02	SIM	F-CMS
39. Afastamento definitivo da presidente do CMS-M por ilegalidades praticadas	U08	U01	U05; U07	SIM	F-CMS
40. Denúncia – Conselheiro do Instituto Reviver foi candidato a cargo eletivo e não se afastou das funções de conselheiro de saúde	U09	U01; U10; T02	U07; G01	SIM	D-POP

Quadro 2. (cont.)

PROPOSTAS	Prop*	Posição		APRV**	TEMA
		Convergente	Divergente		
41. Solicitação do veículo para viagem para participação da 13ª Conferência Estadual de Saúde	U09			SIM	F-CMS
42. Denúncia de Falta de medicamentos de hipertensão, diabéticos e outros na Unidade de Saúde Amadeu Vivacqua	U09			NÃO	D-POP
43. Convite para participação de uma reunião com a Mesa diretora e jurídico do CES-Pará	MD		U09; T02	SIM	F-CMS
44. Denúncia de uma usuária que relata que necessita de tratamento oncológico fora do domicílio	MD	T03		NÃO	D-POP
45. Criação de uma Comissão organizadora para realização da plenária de Saúde	MD			SIM	F-CMS
46. Criação de uma comissão provisória para acompanhamento da auditoria na SMS-M para apuração de denúncias	MD	U05; U08; U09; T01; T02		SIM	F-CMS
47. Convite da secretaria de saúde de Curionópolis-PA para participação da Conferência Municipal de Saúde	MD		U01; U03; T01; T02	SIM	F-CMS
48. Participação de uma reunião no CES-Pará	MD	U01; U06; U08; T01		SIM	F-CMS
49. Solicitação para participação de curso de licitações	MD	G01	U08; U09; T01; T04	NÃO	F-CMS
50. Contratação de assessoria jurídica e contábil para assessorar o CMS-M	MD	U08; T02	G01	SIM	F-CMS
51. Denúncia: não realização de procedimento cirúrgico	MD			NÃO	D-POP
52. Denúncia: de procedimento médico em parto	MD			NÃO	D-POP
53. Confeccção de banners informativos para divulgação dos trabalhos do CMS-M	MD	U08; T02		SIM	F-CMS
54. Indicação de representantes para participar do 10º CISTTÃO em Brasília-DF	MD			SIM	F-CMS

Fonte: elaboração própria.

*Proponente. **Aprovação pelo Pleno CMS-M.

Finalizando este tópico, a *tabela 3* mantém como foco os 54 itens de pauta que geraram debates nas reuniões mensais do CMS-M, voltando-se para a reação do Poder Executivo às deliberações do CMS-M,

isto é, se as homologou ou não. Importante destacar que a *tabela 3*, retoma a distribuição por temas e subtemas da *tabela 1*, a fim de viabilizar a análise dos dados, realizada no próximo tópico.

Tabela 3. Deliberações do CMS-M no período de agosto/2018 a julho/2020: distribuição por Temas, Subtemas, Ano e Reação do Poder Executivo. (n=54)

Temas	Subtemas	Deliberações				Reação poder executivo		
		2018	2019	2020	TOTAL	Homologada	Não Homologada	Sem Informação
Funcionamento do SUS	TOTAL	3	12	2	17	8	4	5
	Programa 'Corujão'	-	2	-	2	-	2	-
	Laboratórios	-	2	-	2	2	-	-
	Unidades de Saúde	1	1	2	4	2	1	1
	Profissionais de Saúde	1	2	-	3	1	-	2
	Terceirização dos Serviços	1	5	3	6	3	1	2
Funcionamento do CMS-M	TOTAL	9	15	4	28	8	4	16
	Capacitação	6	2	1	9	5	1	3
	Gestão do CMS-M	2	10	3	15	2	2	11
	Substituição de representantes das Entidades	-	-	-	-	-	-	-
	Fiscalização	1	3	-	4	1	1	2
Denúncias da População	TOTAL	1	8	-	9	-	1	8
	Procedimentos médicos	-	2	-	2	-	-	2
	Acesso aos serviços de saúde	1	1	-	2	-	-	2
	Unidades de Saúde	-	3	-	3	-	-	3
	Transparência Pública	-	2	-	2	-	1	1
TOTAL GERAL	13	35	6	54	16	9	29	

Fonte: elaboração própria a partir dos documentos do CMS-M³⁸.

Análise da atuação do CMS-M 2018-2020

A composição atual do CMS-M apresentada no *quadro 1* obedece à paridade entre os usuários e os demais segmentos. Os usuários por 10 entidades de diversas áreas de atuação: 5 de 'gênero, etnia e faixa etária' (50%); 'Associações de moradores' (30%); 'Instituições de portadores de deficiência e patologias' (10%) e de 'Educação, esporte e cultura' (10%) completam a representatividade, o que diverge em parte com os achados em nível nacional por Moreira e Escorel¹⁰ em que mais de 60% das entidades dos usuários são caracterizadas por 'Associação de Moradores' (25%); 'Grupos Religiosos' (21%); e 'Entidades de Trabalhadores' (20%).

O segmento dos trabalhadores da saúde tem 5 vagas preenchidas por sindicatos de classes profissionais dos enfermeiros, médicos

e odontólogos e pelo Sindicato Estadual dos trabalhadores em saúde. À gestão e aos prestadores privados, são atribuídos 5 lugares, sendo 4 vagas pelos gestores municipais, e 1 pelo estadual.

Nota-se a inexistência de prestadores privados, que preferem tratar de suas demandas diretamente com os gestores em detrimento da participação na arena política nos Conselhos⁴.

O CMS-M é estruturado com sede própria, equipe de apoio de 9 servidores para assessoramento e orçamento próprio de R\$ 864 mil no triênio 2018-2020. Conta com MD eleita com mandato de dois anos, presidida atualmente por um representante dos trabalhadores.

Em funcionamento, há quatro comissões permanentes: Administrativa, Técnica, Licitação e Avaliação da Atenção Básica; compostas por conselheiros titulares e suplentes. Conta ainda com uma Secretaria Executiva que presta assessoramento administrativo e operacional ao Conselho.

O plenário do CMS-M reúne-se mensalmente, ordinária ou extraordinariamente, por convocação do presidente ou por um terço dos conselheiros. Em março de 2020, foi decretada, pelo prefeito, a suspensão das reuniões presenciais diante da necessidade de isolamento social em decorrência da pandemia do novo coronavírus.

Dos 126 pontos de pauta discutidos em 25 reuniões plenárias no período evidenciados na *tabela 1*, predomina o tema ‘funcionamento do CMS-M’ com o total de 81 proposições, sendo 17 em 2018, 47 em 2019 e 17 em 2020, demonstrando que o Conselho está voltado para si próprio, centrado em questões internas à sua administração.

O ‘funcionamento do SUS’, tema intrínseco à função estratégica do Conselho, foi discutido em 25 pontos de pauta (4 em 2018, 17 em 2019 e 4 em 2020), voltados principalmente para funcionamento e gestão de Unidades de Saúde (estruturas e corpo técnico). Observa-se forte tendência de privatização dos serviços de saúde em que o subtema ‘Terceirização dos Serviços’ demandou 10 proposições.

Os que menos aparecem no debate do Conselho são os temas relacionados com as demandas vinculadas a críticas e denúncias da população (20 pontos de pauta). As denúncias estão mais ligadas a falhas em procedimentos médicos; acesso aos serviços de saúde e falta de estrutura das unidades de saúde; o que sugere precariedade no sistema, principalmente na média e alta complexidade.

No processo deliberativo, dos 126 pontos de pauta demonstrados na *tabela 1*, 54 produziram debates entre os conselheiros descritos na *tabela 2* e *quadro 2*, evidenciando a reprodução das alianças entre os segmentos e como são travados os debates no CMS-M. O *quadro 2* esclarece que os 54 pontos de pauta foram apresentados pelos representantes dos segmentos: ‘Gestores’ (G1) – 20 propostas; MD – 12; ‘Usuários’ (U7) – 3, (U8) – 3, (U9) – 3, (U4) – 2, (U1) – 1, (U6) – 1; ‘Trabalhadores’ (T1) – 4, (T2) – 2, (T3) – 2 e (T4) – 1. Não apresentaram pontos de pauta: (G2), (U2), (U3), (U5) e (U10).

Das 20 propostas dos gestores (G1), 17 foram aprovadas, e 3, rejeitadas. As propostas não aprovadas foram a 7, a 11 e a 18. Dessas 20, 18 são relativas ao funcionamento do SUS, 2 sobre o funcionamento do Conselho; e nenhuma sobre as denúncias da população foram aprovadas. Das 20 propostas, 6 foram sem divergências e todas aprovadas, e 14 com divergências; dessas 14, 11 foram aprovadas, e 3, não aprovadas. A proposta 7 não aprovada teve divergência dos usuários U4, U5, U6, U8 e U9 e dos trabalhadores T2, T3 e T4); a 11, somente divergentes pelos usuários U4, U5, U8 e U9, e a 18, dos trabalhadores T1 e T2.

O *quadro 2* mostra que, das 20 propostas, houve 39 convergências contra 27 divergências. Das convergências, 3 dos gestores, 28 dos usuários, somente U1 e U6 não tiveram convergências, e 8 dos trabalhadores. Das 27 divergências, 14 foram dos usuários, e 13, dos trabalhadores.

Dos 12 pontos de pauta da MD, 8 foram aprovados e 4 não (44, 49, 51, 52). Dessas 12, 9 se referem ao tema ‘Funcionamento do CMS-M’, e 3, a ‘Denúncias da população’; nenhuma foi aprovada. Das 12 pautas, 8 foram sem divergências, e 6, aprovadas; e 4 com divergências – dessas, 3 foram aprovadas, e 1, não aprovada. As propostas 44, 51 e 52 tratando de denúncias, mesmo sem divergências dos segmentos, não foram aprovadas; a 49 teve divergências dos usuários U8 e U9, dos trabalhadores T1 e T4, e do gestor G1.

Das 12, houve 15 convergências e 11 divergências. Das convergências, 8 foram do segmento dos usuários; 6 dos trabalhadores e 1 dos gestores. Dentre as 11 divergências, 5 foram dos usuários, 5 dos trabalhadores e 1 da gestão.

Os 13 pontos dos usuários em 8 foram aprovados, e 5, não aprovados. Destes 13, 1 do ‘Funcionamento do SUS’, 8 do ‘Funcionamento do CMS-M’ e 4 de denúncias. Do total, 7 foram sem divergências com 4 aprovações e 3 reprovações; 6 com divergências, sendo 4 aprovados e 2 não. Para os pontos não aprovados 31, 36 e 42 não houve manifestações, o 32 foram convergentes os trabalhadores T2, T3 e T4, e

divergentes usuários e gestores U2, U8 e G1; a 37, somente convergentes T2 e T4.

Das 13, houve 15 convergências e 14 divergências. Das convergências, 7 dos usuários; 7 dos trabalhadores e 1 dos gestores. Entre as 14 divergências, 8 dos usuários, 2 dos trabalhadores e 4 da gestão.

O *quadro 2* mostra que os trabalhadores apresentaram 9 propostas, sendo 6 aprovadas e 3 não. Das 9, 7 foram sem divergências com 6 aprovações e 1 não aprovada, 2 com divergências e reprovadas. Das 9, houve 13 convergências e 5 divergências. As convergências – usuários (4); trabalhadores (7); gestores (2). Das 14 divergências, 2 dos usuários, 2 dos trabalhadores e 1 da gestão.

Nas propostas da gestão, as discussões apontam para alinhamento com os usuários, e rejeição por parte dos trabalhadores, principalmente nas propostas que cerceiam direitos trabalhistas e as de terceirização dos serviços (1, 2, 10, 12, 13, 17). Pautas dos usuários apoiadas pelos trabalhadores e resistências do próprio segmento com 8 divergências; já os trabalhadores firmaram alianças com os usuários.

Os resultados sinalizam que a gestão e a ‘MD’ exercem forte influência no processo deliberativo do CMS-M, apresentando 60% das pautas aprovando 81% de suas propostas. Os usuários com 24% das propostas e 61% de aprovação, e os trabalhadores apresentaram 16% dos pontos e êxito em 66% nas deliberações.

Apesar de os prestadores privados não participarem do processo deliberativo, a gestão apresentou 10 propostas de terceirização de serviços de saúde; mesmo com a contestação dos trabalhadores, 6 foram aprovadas, e 3, homologadas, o que comprova a força política dos gestores privados nas negociações com o poder público.

A *tabela 3* comprova baixa efetividade no atendimento das demandas por parte da gestão homologando somente 16 propostas das 54 discutidas. Das 16 homologadas, 8 foram do tema ‘Funcionamento do SUS’. Verifica-se a ausência de agenda deliberativa para tratar dos

principais agravos de saúde enfrentados pela população, e *causas mortis* ocorridas nos anos de 2018-2019 apontadas pelo DataSUS (<http://www2.datasus.gov.br>) e do enfrentamento da pandemia da Covid 19, prescindindo assim da participação do CMS-M na busca de soluções e no planejamento das ações.

No tema ‘Funcionamento do CMS-M’, foram homologadas 8 deliberações e nenhuma das ‘Denúncias da População’, o que evidencia a dificuldade de acesso da sociedade nos debates e na solução de suas demandas, tanto pela gestão municipal da saúde como no ambiente interno do CMS-M, que, regimentalmente, é restritivo ao prever que, para o usuário ser ouvido em suas demandas, é necessária a prévia aprovação do plenário para conceder/ou não ‘o direito de fala’.

Considerações finais

Os resultados encontrados apontam baixa presença espontânea de cidadãos/usuários nas reuniões do CMS-M, restringindo assim o seu potencial inclusivo na formulação de proposições que vocalize as expressões da sociedade no atendimento de suas demandas e a consequente construção de pautas significativas das políticas públicas de saúde.

Análises do processo decisório do CMS-M indicam ampla inserção de temas internos vinculados ao funcionamento do Conselho, o que evidencia tendência de atuação a partir de uma agenda endógena. Esse elemento fortalece a ideia de limites de atuação do Conselho ante a agenda da sociedade.

A isso, somam-se os entraves ao processo deliberativo e discursos assimétricos, com forte influência da gestão municipal no processo decisório e baixa resposta no cumprimento das deliberações produzidas, o que pode incorrer em riscos de legitimação do Conselho como espaço democrático de gestão da saúde pública.

A atuação dos representantes dos usuários no processo participativo, representativo e deliberativo mostrou-se convergente com as

pautas de defesa do SUS, monitoramento dos principais agravos de saúde no município e nos investimentos na rede assistencial de saúde; e divergente nas propostas que limitavam o alcance das políticas públicas de saúde demandadas pela sociedade. Já os trabalhadores foram convergentes em diversas pautas apresentadas pelos usuários e naquelas referentes às garantias de direitos trabalhistas; e divergentes em proposições de privatização dos serviços de saúde e retiradas de benefícios conquistados pela classe.

As limitações enfrentadas referem-se ao período da pandemia da Covid-19,

provocando o cancelamento das reuniões do CMS-M por um período significativo em 2020, quer sejam presenciais, quer virtuais, dificultando aos pesquisadores a adoção de outras técnicas de pesquisa para aprimoramento do método.

Colaboradores

Rocha NF (0000-0002-0108-5961)* e Moreira MR (0000-0003-3356-7153)* contribuíram igualmente para escrita, revisão e análise do artigo. ■

Referências

- Gohn MG. Conselhos gestores: e participação socio-política. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2003. (Série: Questões da nossa época, v. 84).
- Tatagiba L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. *Rev. Sociol. Polit.* 2005; (25):209-213.
- Avritzer L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. *Opin Publica.* 2008; 14(1):43-64.
- Labra ME. Conselhos de saúde: Visões 'macro' e 'micro'. *Civitas.* 2006; 6(1):199-221.
- Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):795-806.
- Silva BT, Lima IMSO. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021 [acesso em 2021 jul 26]; 26(1):319-328. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000100319&lng=pt&nrm=iso.
- Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA). Sobre a cidade de Marabá. Marabá: CPEE; 2018. [acesso em 2021 jul 26]. Disponível em: <https://cpee.unifesspa.edu.br/maraba.html>.
- Velho OG. Frentes de Expansão e estrutura agrária: estudo do processo de penetração numa área da Transamazônica. Rio de Janeiro: Zahar; 1972.
- Biancarelli AM. A Era Lula e sua questão econômica principal: crescimento, mercado interno e distribuição de renda. *Rev. Inst. Estud. Bras.* 2014 [acesso em 2021 jul 26]; (58):263-288. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0020-38742014000100012&lng=pt&nrm=iso.
- Marabá. Prefeitura Municipal. Boletim COVID-19. 2020. [acesso em 2021 jul 26]. Disponível em: <https://maraba.pa.gov.br/boletim-covid-19-de-31-12-2020/>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Queiroz D, Almeida C, Campos AC. Perfil epidemiológico dos óbitos por COVID-19 no município de Marabá-Pará. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2021 [acesso em 2021 jul 29]; 3(2):107-20. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rsp/article/view/403>.
12. Dahl RA. *Poliarquia: participação e oposição*. São Paulo: EdUSP; 1997.
13. Manin B, Przeworski A, Stokes SC. *Eleições e representação*. Lua Nova. 2006 [acesso em 2021 jul 27]; (67):105-138. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010264452006000200005&lng=pt&nrm=iso.
14. *Revista Exame*. Revés para Macron e Le Pen em eleição com abstenção recorde na França. 2021. [acesso em 2021 jul 26]. Disponível em: <https://exame.com/mundo/reves-para-macron-e-le-pen-em-eleicao-com-abstencao-recorde-na-franca/>.
15. Rádio França Internacional-RFI. *Abstenção pode bater recorde nas eleições europeias*. 2021. [acesso em 2021 jul 26]. Disponível em: <https://www.rfi.fr/br/europa/20190524-abstencao-pode-bater-recorde-nas-eleicoes-europeias>.
16. Brasil. Câmara dos Deputados. *Segundo turno de eleições municipais tem recorde de abstenções*. 2020. [acesso em 2021 jul 26]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/711521-segundo-turno-de-eleicoes-unicipais-tem-recorde-de-abstencoes/>.
17. Pitkin HF. *The concept of representation*. 1. paperback ed. Berkeley: Univ. of California Press; 1972.
18. Miguel LF. *Democracia e representação: territórios em disputa*. São Paulo: Editora Unesp; 2013.
19. Santos BS, Avritzer L. Para ampliar o cânone democrático. In: Santos, BS organizador. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.
20. Ball SJ. What is policy? Texts, trajectories and toolboxes. *Discourse*, London. 1993; 13(2):10-17.
21. Lüchmann LHH. *Participação e representação nos conselhos gestores e no orçamento participativo*. Caderno CRH, UFBA. 2008; 21(52):87-97.
22. Manin B. On Legitimacy and Political Deliberation. *Polit. Theory*, Bev. Hills. 1987; 15(3):338-368.
23. Habermas J. *Comunicação política na sociedade mediada: o impacto da teoria normativa na pesquisa empírica*. trad. Ângela Marquê. Líbero. 2006; (21):9-22.
24. Fung A. *Receitas para esferas públicas: oito desenhos institucionais e suas consequências*. In: Coelho VCP, Nobre M. *Participação e Deliberação. Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Editora 34; 2004. p. 173-209.
25. Przeworski A. *Ama a Incerteza e Serás Democrático*. São Paulo: Novos Estudos CEBRAP. 1984; (9):36-46.
26. Abrucio FL. *O ultrapresidencialismo Estadual*. In: Andrade RC, organizador. *Processo de Governo no Município e no Estado*. São Paulo: EDUSP; 1998.
27. Carvalho AI. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: IBAM; FASE; 1995.
28. Souza CMN, Heller L. *O controle social em saneamento e em saúde: análise comparativa com base nos marcos legais federais brasileiros*. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019 [acesso em 2021 ago 16]; 24(1):285-294. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019000100285&lng=pt&nrm=iso.
29. Correia MVC. *Que controle social? Os Conselhos de Saúde como Instrumento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
30. Cortes SMV. *Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde*. *Sociol*. 2002; (7):18-49.
31. Fuks M. *Democracia e participação no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (1999-2001)*. In: Fuks M, Perissinoto RM, Souza NR, organizadores. *Democra-*

- cia e participação: os conselhos gestores no Paraná. Curitiba: Editora UFPR; 2004. p. 13-44.
32. Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. Rio de Janeiro: Ciênc. Saúde Colet. 2006; 11(3):797-805.
33. Cristo SCA, Figueiredo ERL. Controle social: uma análise do Conselho Municipal e Saúde de Marabá no sudeste do Pará. In: Anais do 2º Seminário de Iniciação Científica. 2016; Marabá: Unifesspa; 2016. v. 1.
34. Cárdenas AMC, Silva SR, Mello MVFA. Conselho Estadual de Saúde do Amapá: controle social como forma de empoderamento da sociedade. PRACS: Rev. Eletr. Hum. Curso de Ciênc. Soc. UNIFAP. 2011; (4):59-67.
35. Medeiros AM, Noronha NM. Conselho Municipal de Saúde de Parintins/AM: quando o Controle Social incomoda a Administração Pública. Marupiara. Revista Científica do CESP/UEA. 2018 [acesso em 2022 set 13]; (2):33-48. Disponível em: <http://periodicos.uea.edu.br/index.php/marupiara/article/view/904>.
36. Moreira MR, Escorel S. Municipal Health Councils of Brazil: a debate on democratization of health in the twenty years of the SUS. Ciênc. Saúde Colet. 2009; 14(3):373-381.
37. Rezende RB, Moreira MR. Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014. Ciênc. Saúde Colet. 2016 [acesso em 2021 ago 16]; 21(5):1409-1420. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000501409&lng=pt&nrm=iso.
38. Marabá. Conselho Municipal de Saúde. Pautas e atas 2018-2020. Marabá: CMSM; 2020.

Recebido em 28/07/2021

Aprovado em 04/10/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Demandas de saúde dos jovens brasileiros: perfil e manifestações da população de 15 a 29 anos à Ouvidoria-Geral do SUS (2014-2018)

Health demands of young Brazilians: profile and manifestations of the population aged 15 to 29 years to the SUS General Ombudsman (2014-2018)

Rafael Vulpi Caliar¹, Luciani Martins Ricardi²

DOI: 10.1590/0103-11042022E403

RESUMO O objetivo do estudo foi analisar o perfil e as principais demandas apresentadas por jovens de 15 a 29 anos à Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde. Foram extraídas as bases de dados ‘manifestações’ e ‘perfil cidadão’ do Sistema Informatizado OuvidorSUS, de 2014 a 2018. Os dados foram analisados segundo os canais de atendimento, classificação e tipificação. O perfil foi desagregado em idade, raça/cor, sexo, orientação sexual, escolaridade, ocupação e faixa de renda. Foram registradas 114.618 manifestações com perfil do cidadão, sendo que 15,17% possuíam entre 15 e 29 anos. Prevaleram negros (pretos e pardos), mulheres, heterossexuais, com nível superior concluído ou em curso, renda de até 2 salários mínimos e empregados no setor privado. A maior parte das manifestações foram solicitações, seguidas de reclamações e denúncias. As solicitações majoritariamente eram de consultas e cirurgias, nas áreas de ginecologia e obstetrícia e ortopedia e traumatologia. As reclamações e denúncias referiam-se, em grande parte, à gestão, sobretudo a profissionais e estabelecimentos de saúde. As sugestões foram as menos frequentes. As demandas refletem, em geral, os serviços utilizados pelos jovens e devem ser consideradas pela gestão para o direcionamento de políticas de saúde adequadas a essa população.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do adolescente. Adulto jovem. Participação social. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Gestão em saúde.

ABSTRACT *This study aimed to analyze the profile and the main demands presented by young people (15 to 29 years old) to the Unified Health System (SUS) General Ombudsman of the Ministry of Health of Brazil. The databases ‘manifestations’ and ‘citizen profile’ of the System were extracted from the OuvidorSUS computerized system, referring to the years 2014 to 2018. The data were analyzed according to the service channels, classification, and typification. The profile was disaggregated by age, race/color, gender, sexual orientation, education, occupation, and income. 114,618 manifestations were registered with the citizen’s profile, with 15.17% being by people from 15 to 29 years old. Blacks (including pardos), women, heterosexuals, with completed or ongoing higher education, income of up to 2 minimum wages, and employed in the private sector prevailed. Most of the manifestations were ‘requests’, followed by ‘complaints’ and ‘denunciations’. Most requests were for consultations and surgeries, in the areas of gynecology and obstetrics, and orthopedics and traumatology. Complaints and denunciations were largely related to management, especially to health professionals and establishments. The suggestions were the least frequent. The demands largely reflect the services used by young people and should be considered by managers to guide health policies appropriate to this population.*

KEYWORDS *Adolescent health. Young adult. Social participation. Health services needs and demand. Health management.*

¹Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (Sesa/ES) - Vitória (ES), Brasil.
rafaelvulpicac@yahoo.com.br

²Ministério da Saúde (MS) - João Pessoa (PB), Brasil.



Introdução

O reconhecimento da prioridade dos direitos das crianças e adolescentes vem se consolidando ao longo dos anos; porém, é mais recente o reconhecimento das necessidades diferenciadas também da população jovem (até 29 anos), visando ao direcionamento de políticas públicas que assegurem um ambiente que lhes permita prosperar, alcançar seu pleno potencial e contribuir para o próprio desenvolvimento e de sua comunidade. Conforme traz a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável¹, jovens são agentes fundamentais de mudança e devem ser empoderados.

Considerando o fato de que as necessidades específicas dos adolescentes e jovens não estavam sendo adequadamente tratadas e levando em conta que os resultados para a saúde são mais efetivos quando a promoção da saúde, a atenção primária, a proteção social e os determinantes sociais são considerados, em 2008, os países da região das Américas, indo além das estratégias postas em âmbito global, adotaram e comprometeram-se com a ‘Estratégia Regional para Melhorar a Saúde do Adolescente e da Juventude’. As metas da Estratégia referiam-se à redução da violência e da mortalidade de adolescentes e jovens; à diminuição do uso de álcool, tabaco e outras drogas; ao combate a doenças crônicas; à garantia da saúde sexual e reprodutiva; e à promoção da saúde mental, da nutrição, da atividade física e de fatores de proteção².

Em termos gerais, a região avançou na implementação da estratégia, sendo que 93% dos países e territórios das Américas elaboraram ou atualizaram planos e políticas voltados para a saúde de adolescentes e jovens³. Porém, os avanços da região não são homogêneos, e persistem grandes variações entre os países e dentro de cada país, com maiores cargas de morbimortalidade entre grupos de menor nível socioeconômico e de instrução, além das populações rurais, indígenas e afrodescendentes. A mortalidade em adolescentes, especialmente por causas evitáveis, manteve-se estável ou

aumentou, e o índice de gravidez na adolescência continua inaceitavelmente elevado⁴.

No Brasil, em 2013, foi instituído o Estatuto da Juventude, dispondo sobre os direitos dos jovens e os princípios e diretrizes das políticas públicas da juventude. De acordo com o Estatuto, são consideradas jovens as pessoas com idade entre 15 e 29 anos de idade. O Estatuto contempla uma seção específica sobre o direito à saúde, com diretrizes amplas, como as de acesso universal, integral e humanizado, mas também com ênfase em políticas e programas específicos, essencialmente referentes ao consumo de álcool e outras drogas e à saúde sexual e reprodutiva. Recebem bastante ênfase: o caráter intersetorial e a promoção da autonomia e da participação social e política dos jovens, inclusive na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas⁵.

Contudo, a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens configura-se como uma agenda incompleta no País. Apesar das importantes tentativas realizadas no início dos anos 2000, com forte envolvimento da sociedade civil e de outros atores interessados, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem nunca saiu de sua versão preliminar, apresentada em 2006, em decorrência de mudanças políticas, técnicas e de direcionamento da pauta⁶. Em 2010, foram publicadas as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde⁷, com temas estruturantes, como participação juvenil, equidade de gêneros, direitos sexuais e reprodutivos, cultura de paz, igualdade racial e étnica. As diretrizes trazem orientações importantes para gestores e profissionais de saúde, entretanto, sem a força de Política instituída.

Apesar de alguns avanços normativos, ainda são inúmeros os desafios para a garantia de direitos da população jovem, que vivencia as consequências da desigualdade no acesso a direitos por questões de raça/cor, gênero, orientação sexual, classe social, entre outros. Os jovens negros são as principais vítimas

da violência (inclusive daquela perpetrada por parte do Estado)⁸, assim como LGBTTI+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexuais e outros) vivenciam diariamente situações de violência e exclusão, o que afeta diretamente suas condições de vida e saúde⁹.

Além disso, adolescentes e jovens continuam a enfrentar importantes obstáculos legais, políticos, organizacionais e sociais para receber atenção à saúde integral de qualidade e apropriada para a idade, encontrando serviços fragmentados e não alinhados às suas necessidades. Para melhorar a qualidade das respostas adaptadas às características singulares desse estágio do ciclo da vida, é preciso criar mecanismos formais e sustentáveis para facilitar e assegurar o pleno engajamento dos jovens³.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a participação dos usuários na gestão do sistema é favorecida tanto por instâncias previstas na Lei nº 8.142 de 1990¹⁰, que contempla conselhos e conferências de saúde, como por outras instâncias e mecanismos participativos, como as ouvidorias. As Ouvidorias do SUS buscam a realização de escuta qualificada para avaliação e atendimento a situações individuais, assim como visam subsidiar decisões que representem melhorias coletivas, qualificando os serviços públicos. Para isso, realizam o processo de registro de manifestações, encaminhamento, resposta ao cidadão e construção de relatórios para a gestão e a sociedade¹¹. No entanto, muitas vezes, esses relatórios apresentam informações muito genéricas, sem uma desagregação que permita identificar as necessidades específicas de cada grupo. Há também poucas informações sobre o acesso e a utilização desses canais pelos jovens.

É nessa perspectiva que o presente artigo pretende analisar as demandas apresentadas por adolescentes e jovens de 15 a 29 anos à Ouvidoria-Geral do SUS (OuvSUS) do Ministério da Saúde e o perfil desses cidadãos, a fim de ampliar a compreensão sobre as necessidades de saúde dessa população

e subsidiar o direcionamento de ações e políticas específicas.

Metodologia

Este estudo, realizado a partir de dados secundários, foi desenvolvido a partir do banco de dados do sistema informatizado OuvidorSUS, utilizado em todas as etapas (registro, encaminhamento, resposta e construção de relatórios) do processo de tratamento de manifestações dos cidadãos à Ouvidoria-Geral do SUS do Ministério da Saúde.

A partir do banco de dados referente ao perfil do cidadão, foram levantadas as manifestações de adolescentes e jovens de 15 a 29 anos (faixa etária considerada pelo Estatuto da Juventude), extraídas do sistema OuvidorSUS, por meio de acesso ao banco de dados em SQL – Linguagem de Consulta Estruturada. O período de análise considerado foi o quinquênio de 2014 a 2018, tendo em vista que, em 2013, ocorreu uma evolução no sistema que ocasionou alteração no banco de dados, garantindo uma maior qualidade das informações apresentadas a partir de então; e, após o período apresentado, o perfil cidadão (pesquisa) foi descontinuado pela Ouvidoria-Geral do SUS.

A coleta de dados do sistema foi realizada entre maio e agosto de 2019, com a extração de planilhas de Excel® para análise, levando em consideração as manifestações registradas pela população jovem à Ouvidoria-Geral do SUS. O perfil do cidadão foi analisado a partir das categorias referentes a idade, sexo, orientação sexual, raça/cor, escolaridade, ocupação e faixa de renda, oriundas do próprio Sistema OuvidorSUS. A manifestação foi analisada conforme período, canal de atendimento, classificação e tipificação (assunto, subassuntos 1, 2 e 3). A classificação e tipificação das demandas são realizadas pela equipe da Ouvidoria-Geral do SUS, conforme o Manual de Tipificação do Sistema OuvidorSUS¹², e, também, consta no referido Sistema.

Resultados e discussão

Entre os anos de 2014 e 2018, a Ouvidoria-Geral do SUS protocolou 216.832 manifestações no Sistema OuvidorSUS, com 114.618 pessoas tendo respondido ao Perfil Cidadão (52,86%). A pesquisa do perfil do cidadão é opcional a quem entra em contato com o Disque Saúde 136, cabendo ao teleatendente, em acordo com a gestão da Ouvidoria, aplicar um questionário sobre questões socioeconômicas que vinculam a população ao registro da manifestação ou ao recebimento de orientações em saúde, permitindo

apresentar a relação das demandas com as características da população.

Perfil Cidadão

Entre os usuários que responderam ao Perfil Cidadão no período, 17.391 (15,17%) possuíam idade entre 15 e 29 anos (com maior prevalência da faixa de 20 a 29 anos), cujas características são detalhadas na *tabela 1*. Cabe destacar que, de acordo com o último censo demográfico, em 2010, 26,90% da população brasileira possuía essa faixa etária¹³, proporção bastante superior à apresentada pelos demandantes da Ouvidoria.

Tabela 1. Perfil dos usuários jovens da Ouvidoria-Geral do SUS, 2014-2018

Perfil		Quantidade de Protocolos	%
Ano de Contato	2014	2.129	12,24
	2015	2.780	15,99
	2016	4.356	25,05
	2017	4.929	28,34
	2018	3.197	18,38
Idade	15 a 19 anos	1.122	6,45
	20 a 29 anos	16.269	93,55
Sexo	Feminino	11.716	67,37
	Masculino	5.675	32,63
Escolaridade	Não sabe ler/escrever	26	0,15
	Alfabetizado	48	0,28
	Fundamental Completo/Incompleto	1.342	7,72
	Nível Médio Completo/Incompleto	6.524	37,51
	Nível Superior Completo/Incompleto	8.323	47,86
	Pós-Graduação (lato e stricto sensu)	1.098	6,31
	Sem registro	30	0,17
Raça/Cor	Branca	7.164	41,19
	Parda	6.118	35,18
	Preta	1.879	10,8
	Amarela	444	2,56
	Indígena	134	0,77
	Sem registro	1.652	9,5
Orientação Sexual	Heterossexual	13.509	77,68
	Gay	480	2,76

Tabela 1. (cont.)

Perfil		Quantidade de Protocolos	%
	Bissexual	165	0,95
	Lésbica	92	0,53
	Transexual*	48	0,27
	Travesti*	7	0,04
	Outros	127	0,73
	Sem registro	2.963	17,04
Ocupação	Trabalha no setor privado	4.533	26,06
	Trabalha no setor público	2.716	15,62
	Desempregado	3.172	18,24
	Aposentado	156	0,9
	Outros	1.863	10,71
	Sem registro	4.951	28,47
Faixa de Renda	Menos de 1 salário mínimo	3.937	22,64
	Entre 1 e 2 salários mínimos	6.008	34,55
	Entre 2 e 5 salários mínimos	2.467	14,18
	Entre 5 e 10 salários mínimos	598	3,44
	Mais de 10 salários mínimos	357	2,05
	Sem registro	4.024	23,14
Total de Manifestações no Período		17.391	100

Fonte: elaboração própria, a partir de dados do Sistema OuvidorSUS¹².

*Apesar de 'Transexual' e 'Travesti' estarem relacionados com a identidade de gênero, na categorização do perfil do cidadão no Sistema OuvidorSUS, são apresentadas equivocadamente como orientação sexual.

Verifica-se um aumento no quantitativo de questionários de perfil respondidos até 2017, que representou mais do que o dobro de 2014; contudo, em 2018, visualiza-se um decréscimo. No final desse ano, o questionário deixou de ser aplicado. Além disso, aumentou-se o uso também de outros canais da Ouvidoria, como o aplicativo Meu DigiSUS e *e-mail*, que não preveem o preenchimento do perfil. Ressalta-se que, no ano de 2018, foram registrados na Ouvidoria mais protocolos do que nos anos anteriores (n=58.975, considerando todas as faixas etárias), mas menos perfis foram preenchidos.

O Disque Saúde 136, telefone gratuito, é o principal canal de atendimento da OuvSUS, recebendo mais da metade das manifestações totais do quinquênio. Todavia, entre a população jovem, os atendimentos via formulário

web foram a maior parte, contabilizando 9.227 (53,06%), seguidos de 8.157 manifestações via Disque Saúde 136 (46,90%) e menos de 0,5% via cartas e *e-mails*.

Em face da relevância da tecnologia digital na vida cotidiana da juventude, o desenvolvimento de estratégias de saúde digitais deve ser promovido como parte da resposta para a saúde do adolescente e do jovem³. Além do formulário *web*, o aplicativo Meu DigiSUS, que envia demandas à Ouvidoria desde 2017, pode ser promissor na ampliação da utilização desse canal, uma vez que o uso de tecnologias móveis e aplicativos tem aumentado consideravelmente no mundo¹⁴. É importante ressaltar que esses canais devem contemplar o preenchimento do perfil, para melhor conhecimento das necessidades dos diferentes grupos populacionais.

Quanto ao sexo do demandante, prevaleceu o acesso da população feminina. A literatura mostra maior procura das mulheres por serviços de saúde, em que o cuidar de si associado à busca de um serviço de saúde seriam naturalizados como mais próprios do público feminino, situação que precisa ser enfrentada para uma atenção integral à saúde dos jovens e, em particular, à saúde dos homens¹⁵. Entre a população adolescente, observa-se também uma percepção mais negativa das mulheres sobre sua própria saúde, que pode influenciar a busca por serviços¹⁶.

Negros (pretos + pardos) foram a maioria dos solicitantes, em proporção similar à distribuição da população brasileira. No período de 2014 a 2018, 59,69% dos registros de nascidos vivos no Brasil foram de pretos e pardos¹⁷. Poucas foram as manifestações de indígenas e amarelos. Para além do quantitativo, é importante que as gestões considerem a perspectiva racial na análise das demandas dos usuários, a fim de identificar necessidades específicas de saúde e avaliar o acesso e a qualidade dos serviços a partir da perspectiva da equidade.

Na orientação sexual, a maioria informou ser heterossexual, e a minoria, travesti e transexual, sendo que essas duas categorias se referem à gênero, e não à orientação sexual. Há uma alta proporção sem registro, ainda maior no grupo de 15 a 19 anos (36,45%), o que pode refletir uma recusa do cidadão ou cidadã em responder, mas também uma resistência do próprio técnico da Ouvidoria em questionar. Os baixos quantitativos de dados devem ser analisados pela gestão, pois podem representar um contexto de uma população específica que sofre preconceitos e falta de acesso e podem orientar ações de educação permanente e de implementação de serviços que melhorem a atenção, de acordo com políticas de equidade, à população LGBTTI+⁹.

Quanto à escolaridade, os dados refletem um alto grau de instrução, inclusive maior do que da população em geral que acessa o serviço da OuvSUS. Foram identificados alguns possíveis erros no registro dos dados, uma vez

que foram percebidos alguns casos em que estavam marcados como Doutorado (n=3) e Pós-Doutorado (n=11) para a população de 15 a 19 anos, situação bastante improvável. Essa inconsistência pode decorrer de possível confusão entre o registro de informações do cidadão contatante e da pessoa a quem a demanda se refere ou de erro de preenchimento pelo técnico. No entanto, esses casos representaram apenas 1% do total dessa faixa etária.

A ocupação possui a mais alta porcentagem de falta de registro. Entre os que responderam, a maior parte trabalha no setor privado. Há uma alta proporção de desempregados, de quase um terço dos respondentes. No Brasil, quase 11 milhões de jovens de 15 a 29 anos não estão no mercado de trabalho nem estudando¹⁸. A questão do desemprego da população jovem é uma preocupação importante que também afeta as questões de saúde e de desenvolvimento. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável têm metas específicas para a redução da proporção de jovens sem emprego, educação ou formação e para o alcance do emprego pleno e do trabalho decente para todas as mulheres e homens, incluindo jovens e pessoas com deficiência, com remuneração igual para trabalho de igual valor¹.

A renda não foi respondida por quase 25% dos cidadãos. Entre os respondentes, observa-se uma renda relativamente baixa, de até dois salários mínimos (57,19%), apesar da alta escolaridade. As desigualdades sociais afetam diretamente os jovens, e as condições socioeconômicas impactam nas suas condições de saúde e morbimortalidade¹⁹.

Manifestações

Em relação às manifestações, os canais de acesso a uma Ouvidoria do SUS permitem o recebimento de seis tipos de classificações (solicitações, elogios, denúncias, reclamações, sugestões e informações), sob a perspectiva da obtenção de dados para apuração de necessidade de saúde da população, para garantia do direito, para avaliação das práticas, ações

e serviços e para subsidiar os gestores na tomada de decisão. As solicitações no período do estudo representam cerca de 32,94% das 17.391 manifestações, seguida das reclamações (31,48%), das denúncias (18,04%) e das informações (14,30%). Elogios (1,69%) e sugestões (1,55%) foram bem menos recorrentes.

Assim, mais de 80% das manifestações registradas por jovens no período de 2014 a 2018 referiam-se a algum tipo de dificuldade de acesso ou problema nos serviços de saúde. As solicitações apresentam a necessidade do acesso a determinado insumo, consulta, diagnóstico ou tratamento, que possivelmente não foram disponibilizados pelo fluxo normal dos serviços ou em prazo e condições consideradas aceitáveis pelo usuário. Ainda que possam indicar insatisfação, contêm requerimentos e, por isso, não são classificados como reclamação. As reclamações relatam insatisfações com ações e serviços de saúde. Já as denúncias indicam indício de irregularidade na administração e/ou no atendimento¹².

Por outro lado, as informações são questionamentos dos cidadãos a respeito do SUS, os elogios demonstram satisfação com serviço prestado e as sugestões propõem melhorias em práticas, ações e serviços do SUS. Os cidadãos podem registrar manifestações em qualquer serviço público no Brasil, como regulamenta a Lei nº 13.460/2017²⁰, que dispõe sobre a participação, a proteção e a defesa dos direitos do usuário dos serviços da administração pública.

Essas manifestações classificadas recebem uma categorização no sistema OuvidorSUS que se divide em assunto principal e subassuntos 1, 2, 3, conforme manual de tipificação, desenvolvido em parceria com áreas técnicas do Ministério da Saúde. Nesse caso, ao ler o relato do cidadão, é preenchido o assunto

principal, assim como o subassunto 1 (dados obrigatórios). Em alguns casos, esse relato pode se dividir em subassuntos 2 e 3 ou ainda em fármaco, que não são de preenchimento obrigatório e não estão presentes em todos os assuntos, tendo assim mais campos vazios.

Após o registro das manifestações na OuvSUS e sua análise, essas são encaminhadas para as áreas técnicas do Ministério da Saúde ou para os estados e municípios (os quais também são incentivados a ter ouvidorias do SUS próprias), de acordo com a responsabilidade pelo serviço ou ação a que se referem. Esses contatos dos cidadãos com a Ouvidoria geram informações importantes para a gestão.

A seguir, são apresentadas a classificação e a estratificação das principais manifestações registradas pela Ouvidoria-Geral do SUS. Para a análise, foram considerados os dois principais assuntos de cada uma das seis classificações, desmembrados a partir dos três principais subassuntos 1 e 2. Tendo em vista a quantidade mais restrita de subassuntos 3 e seu baixo preenchimento, eles não foram inseridos nos quadros, mas, quando relevantes, foram descritos na análise dos dados.

As solicitações representaram a classificação mais frequente das manifestações registradas no quinquênio 2014-2018 e são apresentadas no *quadro 1*, juntamente com as reclamações e denúncias. Verifica-se que os jovens solicitaram, principalmente, ações e serviços de assistência à saúde (n=3380) de média e alta complexidade, como consultas/atendimentos/tratamentos e cirurgias, seguidos de serviços de diagnóstico. As especialidades mais demandadas foram de ginecologia e obstetrícia, ortopedia e traumatologia e oftalmologia, além de cirurgias plásticas.

Quadro 1. Principais assuntos e subassuntos de solicitações, reclamações e denúncias de jovens à Ouvidoria-Geral do SUS, 2014-2018

Assunto	Subassunto 1	Subassunto 2
SOLICITAÇÕES (n = 5728)		
Assistência à Saúde (3.380)	Consulta/atendimento/tratamento (1.462)	Ginecologia e obstetrícia (189) Ortopedia e traumatologia (127) Oftalmologia (122)
	Cirurgia (743)	Ortopédica (142) Plástica (76) Geral (74)
	Diagnóstico por ultrassonografia (252)	Abdômen, pelve e membros inferiores (199) Tórax e membros superiores (21) Cabeça, pescoço e coluna vertebral (14)
Assistência Farmacêutica (1.023)	Não Padronizado (360)	Não Padronizado (354) Falta de medicamento (4) Como conseguir medicamento no SUS (1)
	Componente Especializado (215)	Componente especializado (211) Falta de medicamento (3) Como conseguir medicamento no SUS (1)
	Atenção Básica (169)	Atenção básica (163) Falta de medicamento (5) Como conseguir medicamento no SUS (1)
RECLAMAÇÕES (n = 5475)		
Gestão (3.704)	Recursos humanos (1.938)	Insatisfação (1.329) Falta de profissional (315) Trabalhador em saúde (217)
	Estabelecimento de saúde (1.240)	Dificuldade de acesso (755) Rotinas/protocolos de unidade de saúde (211) Interrupção dos serviços (82)
	Recursos materiais (152)	Material de expediente (82) Material de uso contínuo/permanente (69) Falta de material (1)
Vigilância em Saúde (386)	Criadouro em potencial (234)	
	Vacinação (88)	Influenza A H1N1 (21) Gripe (11) HPV (6)
	Animais Sinantrópicos (29)	Mosquito/mosca (8) Larva (5) Rato (4)

Quadro 1. (cont.)

Assunto	Subassunto 1	Subassunto 2
DENÚNCIAS (n = 3138)		
Gestão (1.372)	Recursos Humanos (822)	Insatisfação (474)
		Trabalhador em saúde (153)
	Estabelecimento de saúde (400)	Falta de profissional (75)
		Dificuldade de acesso (184)
Recursos materiais (42)	Acompanhante para gestante (65)	
	Outros (55)	
	Material de expediente (25)	
Programa Farmácia Popular do Brasil - Sistema copagamento (411)	Funcionamento do programa (136)	Material de uso contínuo/permanente (16)
		Outros (77)
	Uso indevido do CPF (123)	Legislação (27)
		Fralda geriátrica (5)
		Outros (114)

Fonte: elaboração própria, a partir de dados do Sistema OuvidorSUS¹².

Esses dados possibilitam a construção de relatórios específicos com as avaliações e a apuração das necessidades da sociedade, capazes de apoiar os gestores na tomada de decisão, efetivando a participação social na gestão do SUS para a sua melhoria contínua.

É importante destacar a proporção de gestações nessa faixa etária, responsável por mais de 60% das internações da população de 15 a 29 anos no período¹⁷. A gravidez indesejada na adolescência tem sido alvo de políticas de saúde para essa população. A América Latina e o Caribe são a região com a segunda maior taxa de fertilidade na adolescência no mundo e com a menor taxa de declínio, afetando basicamente adolescentes indígenas, rurais, com menor escolaridade e renda, o que demanda ações e programas de saúde específicos⁴.

A questão da ortopedia e traumatologia possivelmente tem importante relação com traumas ocasionados por acidentes e violência, principais causas de mortalidade nas faixas etárias de 15 a 19 anos (de mais de 75%) e 20 a 29 anos (de quase 70%)¹⁷. A Oftalmologia

representou a terceira maior solicitação de consultas, indicando possível dificuldade de acesso a essa especialidade em algumas regiões do País. Os dados de todas as Ouvidorias da rede SUS ajudam a identificar a necessidade de acesso em cada local.

Chama a atenção que a cirurgia plástica é a segunda mais solicitada entre os atendimentos, especialmente mamoplastia (n=37). Em geral, as cirurgias plásticas no SUS são realizadas apenas por necessidade de saúde, e não por aspectos estéticos. A cirurgia plástica reparadora tem como objetivo corrigir deformidades congênitas e/ou adquiridas, ou ainda quando existe déficit funcional, procurando aprimorar ou recuperar as funções²¹.

Cabe destacar que o quantitativo de procedimentos cirúrgicos e de consultas realizadas nas áreas solicitadas tem grandes proporções, e as demandas à Ouvidoria representam possíveis dificuldades de acesso aos serviços, por isso devem ser vistas com atenção pelos gestores. As ouvidorias, em geral, são buscadas como segunda instância de relacionamento com o cidadão²². Outra

ressalva é que os procedimentos são, em geral, de responsabilidade de outras esferas (municipal e/ou estadual) e que muitos registros podem ser feitos diretamente às ouvidorias do SUS locais (que registram quase 90% das manifestações dos usuários do SUS).

Na Assistência Farmacêutica, foram identificados pedidos de medicamentos não padronizados, caracterizando fármacos que não estão disponíveis pelo SUS, com maior demanda do anticoagulante enoxaparina sódica (32), incorporado ao sistema para o tratamento de gestantes com trombofilia apenas em 2018; fármacos do componente especializado, tendo a isotretinoína (23), medicamento utilizado para tratamento de acne grave, como o mais solicitado; e da atenção básica, principalmente o benzodiazepínico clonazepam (14).

Uma análise detalhada dos fármacos solicitados pelos usuários possibilita tanto uma identificação pela gestão de possíveis problemas de compra e distribuição dos medicamentos quanto uma melhor informação sobre a sua utilização pela população jovem. Cabe destacar que há uma divisão de responsabilidades de aquisição de medicamentos entre as esferas. Apesar de o componente básico ser de responsabilidade das gestões municipais, solicitações foram realizadas à OuvSUS, o que pode ocorrer por falta de conhecimento da população ou pela crença na possibilidade de intervenção do Ministério da Saúde em estados e municípios.

As reclamações de jovens se referiram, essencialmente, à Gestão (n=3704), com boa parte refletindo insatisfações com os profissionais e estabelecimentos de saúde, o que pode caracterizar um mau funcionamento dos serviços, mas também uma atenção à saúde não adaptada às necessidades específicas desse público.

Os profissionais médicos foram os que geraram maior número de insatisfações (n=518), bem como a ausência desse profissional (236), seguidos de enfermeiros (148) e recepcionistas/atendentes (139). Também, questões referentes à contratação de trabalhadores de saúde ou o não cumprimento de carga horária por esses profissionais foram alvo de insatisfações. Fernandes

e Santos²³ apontam que ainda se faz necessário maior investimento na formação dos profissionais para aperfeiçoar a prática nos serviços, adequando-a à lógica de cuidado e às necessidades e aos modos de vida dos adolescentes. O despreparo do profissional pode representar entrave, por exemplo, para vinculação dos adolescentes aos serviços de atenção básica.

Os estabelecimentos de saúde foram citados em relação à dificuldade de acesso, principalmente pela demora ou recusa de atendimento, rotinas e protocolos inadequados e interrupção de serviços. Os recursos materiais e financeiros também foram mencionados como insuficientes, com falta de materiais de expediente e/ou defeito de equipamentos de uso contínuo ou permanente, demandas que podem ter sido registradas não só por usuários do sistema como também por profissionais de saúde que sofrem com condições inadequadas de trabalho.

O segundo assunto que mais gerou reclamações, com proporção mais baixa que o anterior, foi o de Vigilância em Saúde. Nesse caso, apontaram-se principalmente problemas referentes a criadouros em potencial, falta de vacinação, além da presença de animais sinantrópicos. A notificação de possíveis criadouros e da presença de animais pela sociedade é primordial para o enfrentamento de doenças que acometem a população, como as arboviroses, importante problema de saúde pública no País. Entre 2014 e 2017, foram notificados mais de 4 milhões de casos de dengue no Brasil¹⁷, e entre 2016 e 2017, o País vivenciou um surto de febre amarela, afetando muitos a população jovem.

As denúncias apresentaram similaridade com os temas das reclamações, relacionados principalmente com recursos humanos, estabelecimentos de saúde e recursos materiais, porém apresentam, além da insatisfação, o caráter de irregularidade e descumprimento de leis e normativas. O subassunto 'outros' se refere a dados não localizados na tipificação do sistema OuvidorSUS.

Um novo item que aparece em denúncias sobre os estabelecimentos de saúde refere-se ao acompanhante para gestante no serviço de saúde. A Lei nº 11.108/2005 garante às

parturientes o direito à presença de acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato²⁴. No entanto, ainda se verifica o descumprimento dessa lei por serviços que tanto restringem a presença do acompanhante quanto, muitas vezes, querem definir quem deve acompanhar a parturiente. Além disso, os obstáculos também evidenciam as desigualdades. Estudo de base populacional demonstrou que mulheres pretas e pardas tinham mais risco de ausência de acompanhante quando comparadas com mulheres brancas²⁵.

O segundo assunto mais denunciado foi o Programa Farmácia Popular do Brasil – sistema de copagamento, sobretudo por descumprimento das normas de funcionamento do programa e uso indevido do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) dos usuários. O programa foi instituído pelo governo federal em 2004 como estratégia de ampliação de acesso da população a medicamentos essenciais, a partir da dispensação de medicamentos a preço de custo, com até 90% de desconto, ou gratuitos. Diversas fraudes e erros no programa foram denunciados ao longo dos anos, com adoção de medidas visando maior controle e fiscalização, incluindo auditorias²⁶.

Conforme mencionado anteriormente, o cidadão que entra em contato com a Ouvidoria pode registrar uma manifestação para outra pessoa, situação que possivelmente ocorre nas denúncias referentes às fraldas geriátricas apresentadas como subassunto 3.

Na maioria das vezes, a informação solicitada é respondida diretamente pelo operador do Disque Saúde 136 durante a ligação, a partir de um grande Banco de Informações Técnicas em Saúde (Bits). Em cinco anos, quase 1 milhão de informações foram disseminadas pelos operadores da Ouvidoria-Geral do SUS, representando mais de quatro vezes o quantitativo de manifestações registradas. Nos casos em que o Bits não contemple o questionado, são registrados protocolos para buscar a informação solicitada. Esses protocolos não incluem as solicitações de informação realizadas via Sistema de Informação ao Cidadão (SIC), vinculado à Lei de Acesso à Informação, que possui sistema de registro e tratamento próprio.

O *quadro 2* detalha os pedidos de informação protocolados no Ministério da Saúde, bem como os elogios e sugestões. A maior parte das informações foi do âmbito da Gestão, referente às ações e programas de saúde variados, recursos humanos e estabelecimentos de saúde. As questões sobre recursos humanos abordaram especialmente a contratação de profissionais e concurso público, além de temas referentes à capacitação técnico-profissional e pagamento. Considerando o alto grau de instrução observado no perfil, há, possivelmente, uma quantidade importante de profissionais de saúde entre os solicitantes dessas informações.

Quadro 2. Principais assuntos e subassuntos de informações, elogios e sugestões de jovens à Ouvidoria-Geral do SUS, 2014-2018

Assunto	Subassunto 1	Subassunto 2
Gestão (867)	Ações e programas de saúde (281)	
	Recursos humanos (257)	Trabalhador em saúde (195)
		Pagamento ao trabalhador da saúde (26)
		Concurso público (17)
	Estabelecimento de saúde (94)	Outros (33)
		Rotinas/protocolos de unidade de saúde (24)
		Endereço de estabelecimento de saúde (15)

Quadro 2. (cont.)

Assunto	Subassunto 1	Subassunto 2
Orientações em saúde (505)	Outros (221)	
	Cobertura de procedimentos pelo sus (179)	
	Doenças (58)	
ELOGIOS (n = 294)		
Gestão (221)	Recursos humanos (209)	Satisfação (208)
	Ações e programas de saúde (7)	
	Estabelecimento de saúde (3)	Outros (3)
Ouvidoria do SUS (37)	Satisfação (36)	Teleatendente (18)
		Equipe de ouvidoria (10)
		Outros (4)
	Outros (1)	
SUGESTÕES (n = 270)		
Gestão (142)	Ações e programas de saúde (61)	
	Estabelecimento de saúde (30)	Implantação de setor/serviço/unidade de saúde (12)
		Rotinas/protocolos de unidade de saúde (10)
		Outros (5)
	Recursos humanos (23)	Trabalhador em saúde (14)
		Concurso público (3)
		Falta de profissional (2)
Comunicação (35)	Campanha (13)	
	E-mail/site (11)	
	Outros (6)	

Fonte: elaboração própria (os autores), a partir de dados do Sistema OuvidorSUS¹².

Quanto aos estabelecimentos de saúde, as solicitações de informações sobre rotinas, protocolos e endereço de serviços podem refletir a ainda insuficiente transparência e disponibilização de informações por parte da gestão, bem como um possível desconhecimento da população sobre onde acessar essas informações.

O segundo assunto mais demandado foi o de orientações em saúde, como cobertura de procedimentos pelo SUS e doenças. Também foram solicitadas informações sobre materiais de comunicação, como publicações, *e-mail*, *site*, entre outros. Conforme apontam Silva et al.²⁴, a Ouvidoria tem importante função no fornecimento de informações e na divulgação da rede de saúde, não só explicando e

orientando a população sobre as portas de entrada adequadas do sistema, mas também facilitando o acesso aos serviços de saúde.

Os elogios registrados foram majoritariamente para os profissionais de saúde, que, por outro lado, foram também alvo do maior número de reclamações e denúncias. A satisfação foi principalmente com a equipe de saúde (69), médicos (56) e enfermeiros (21).

Chama a atenção que o segundo maior assunto de elogios é a própria Ouvidoria do SUS, em relação aos teleatendentes e equipe, possivelmente quando da resposta ao cidadão sobre uma manifestação registrada. Peixoto et al.²⁷ apontam que os usuários costumam ver os serviços da ouvidoria como um setor superior ou, ao menos, com poder de decisão para uma possível solução

de seus problemas. Quando o problema é solucionado, particularmente de forma breve, leva à satisfação desse usuário, enquanto o oposto costuma ocasionar insatisfação e desconfiança quanto à efetividade da ouvidoria.

As sugestões, objeto do menor número de manifestações à OuvSUS, em grande parte, referiram-se a ações e programas de saúde, implantação de setor/serviço/unidade, rotinas/protocolos, contratação ou capacitação técnico-profissional de trabalhadores da saúde. O assunto comunicação recebeu sugestões sobre campanhas e canais de comunicação, como *e-mail* ou *site*.

Destaca-se a importância de estimular o uso dos canais de participação para sugestões, sobretudo para que os serviços se adequem e sejam apropriados às demandas específicas da população jovem. As ouvidorias também precisam apresentar e divulgar seus resultados, para estimular o uso pela população, assim como pela gestão. Antunes²⁸ aponta que tanto a propaganda dos funcionários quanto a dos próprios usuários já atendidos pela ouvidoria costumam ser as principais formas de divulgação e encaminhamento dos usuários ao serviço.

O relatório final da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) sobre a Estratégia e Plano de Ação para a Saúde do Adolescente e do Jovem³ aponta como atividades cruciais para acelerar o progresso na área de saúde do adolescente e do jovem: o aumento do investimento; a elaboração, atualização e implementação de políticas multissetoriais baseadas na abordagem dos determinantes sociais e na redução das iniquidades; a implementação de intervenções baseadas em evidências e de baixo custo voltadas à melhoria e promoção da saúde mental, física, sexual e reprodutiva de adolescentes, com empoderamento de grupos em vulnerabilidade; a eliminação de barreiras para o acesso universal a serviços de saúde; o estabelecimento de mecanismos específicos para que adolescentes e jovens participem dos processos de elaboração e monitoramento de políticas; e o aumento da capacidade do país de produção de informações fidedignas sobre

essa população, entre outras.

Para isso, as Ouvidorias do SUS e as informações por elas produzidas e sistematizadas podem ser de grande valia, não apenas para possibilitar a participação de adolescentes e jovens e a produção de informações sobre esse público como também para direcionar políticas de saúde que atendam às necessidades dessa população.

Considerações finais

Conforme apresentado, houve um aumento importante no quantitativo de manifestações registradas por jovens de 15 a 29 anos à Ouvidoria-Geral do SUS de 2014 a 2017, com uma redução apenas em 2018. Não obstante, essa população ainda representa pouco mais de 15% dos demandantes. Ressalva-se apenas que a OuvSUS não é o único canal de acesso dos cidadãos e que outras demandas desse público podem estar sendo registradas pelas ouvidorias das outras esferas (municipal e estadual).

A maioria dos solicitantes jovens possuem de 20 a 29 anos, são negros, do sexo feminino e heterossexuais. Há uma alta escolaridade, com maioria cursando ou tendo concluído o nível superior, no entanto, com renda relativamente baixa, de até 2 salários mínimos, e empregados no setor privado.

As solicitações, as reclamações e as denúncias concentraram quase 80% das manifestações. As solicitações foram principalmente vinculadas à assistência à saúde de média e alta complexidade, como consultas/atendimentos/tratamentos, cirurgias e serviços de diagnóstico, além de medicamentos. Reclamações e denúncias trataram, sobretudo, de recursos humanos e estabelecimentos de saúde, o que pode sinalizar, além de um mau funcionamento dos serviços, uma inadequação às necessidades de saúde da população jovem.

Os temas de recursos humanos e estabelecimentos de saúde, bem como ações e programas de saúde, também foram frequentes

nas solicitações de informação, nos elogios e nas sugestões, sendo estas últimas as menos registradas. Assim, faz-se necessário ainda um maior estímulo à utilização das Ouvidorias do SUS também para sugestões de melhorias do sistema, a fim de atender às reais necessidades da população, considerando também as especificidades dos diferentes grupos.

Ressalta-se a importância da disponibilização de canais acessíveis à população jovem, por meio de tecnologias e estratégias de Ouvidoria Ativa, assim como a necessidade de realização de pesquisas de perfil do cidadão, para uma melhor caracterização da população demandante e para o direcionamento da tomada de decisão de gestores.

As informações apresentadas podem servir de linha de base sobre as demandas pré-pandemia, subsidiando estudos que pudessem investigar os efeitos da pandemia sobre as demandas dos jovens à OuvSUS. Para isso, o preenchimento do perfil do cidadão nos atendimentos da Ouvidoria é de grande importância. Também se fazem necessários o monitoramento das demandas e o registro das consequências decorrentes das manifestações efetuadas, o que não foi possível verificar nessa base de dados, a fim de que se possa analisar a efetividade desse canal de atendimento. A efetividade dos mecanismos de participação social e o conhecimento por parte da população são cruciais para sua utilização.

É importante destacar que, apesar da disponibilização de mecanismos, a participação social nas políticas públicas não está de todo garantida. Apesar de previsões constitucionais e legais da participação dos usuários na administração pública, perdas recentes na pauta foram vivenciadas, como a rejeição da Política Nacional de Participação Social por parte do Congresso Nacional em 2014²⁹ e a extinção em massa, em 2019, de conselhos, comitês, comissões, grupos e outros tipos de colegiados da administração pública federal³⁰. Assim, a participação social e o empoderamento dos jovens são construções que precisam ser defendidas cotidianamente.

Colaboradores

Caliari RV (0000-0003-4723-8860)* contribuiu para análise de dados, elaboração, aprovação da versão final e acordou em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas. Ricardi LM (0000-0002-7500-0465)* contribuiu para desenho do estudo e análise de dados para o trabalho, elaboração do texto, aprovação da versão final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organização das Nações Unidas. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York: ONU; 2015. [acesso em 2020 mar 22]. Disponível em: <https://nacoes-unidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. 48º Conselho Diretor. 60ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas. Estratégia Regional para Melhorar a Saúde do Adolescente e da Juventude. Washington, DC: OPAS; 2008.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. 57º Conselho Diretor. 71ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas. Estratégia e Plano de Ação para a Saúde do Adolescente e do Jovem: Relatório Final. Washington, DC: OPAS; 2019.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. 56º Conselho Diretor. 70ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas. Plano de Ação para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente 2018-2030. Washington, DC: OPAS; 2018.
5. Brasil. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Diário Oficial da União. 5 Ago 2013.
6. Lopez SB, Moreira MCN. Quando uma proposição não se converte em política?: O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ. Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(4):1179-1186.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
8. Brasil. Câmara dos Deputados, Comissão Parlamentar de Inquérito. Homicídios de Jovens Negros e Pobres - Relatório Final. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2015.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
10. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 Dez 1990.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Manual das Ouvidorias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Manual de Tipificação do Sistema OuvidorSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
13. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Brasília, DF: IBGE; 2010. [acesso em 2020 mar 22]. Disponível em: www.ibge.gov.br.
14. Lucena S. Culturas digitais e tecnologias móveis na educação. Educ rev. 2016; (59):277-290.
15. Lopez SB, Moreira MCN. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(3):743-752.
16. Higueta-Gutiérrez LF, Cardona-Arias JA. Meta-análisis de la percepción de la calidad de vida relaciona-

- da con la salud del adolescente según el género. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015; 33(2):228-238.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde (TABNET). [acesso em 2020 mar 25]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
 18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua - Suplemento Educação 2018. Brasília, DF: IBGE; 2019.
 19. Schaefer R, Barbiani R, Nora CRD, et al. Políticas de Saúde de adolescentes e jovens no contexto luso-brasileiro: especificidades e aproximações. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(9):2849-2858.
 20. Brasil. Lei nº 13.460 de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. *Diário Oficial da União*. 26 Jun 2017.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Cirurgia Plástica Reparadora. [acesso em 2020 mar 25]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/cirurgia-plastica-reparadora>.
 22. Silva RCC, Pedroso MC, Zucchi P. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. *Rev Saúde Pública* 2014; 48(1):134-141.
 23. Fernandes ESF, Santos AM. Desencontros entre formação profissional e necessidades de cuidado aos adolescentes na Atenção Básica à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2020; (24):e190049.
 24. Brasil. Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*. 7 Abr 2005.
 25. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(supl):e00078816.
 26. Silva RM, Caetano R. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(10):2943-2956.
 27. Peixoto SF, Marsiglia RMG, Morrone LC. Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. *Saude soc*. 2013; 22(3):785-794.
 28. Antunes LR. Ouvidorias do SUS no processo de participação social em saúde. *Rev Saude Colet*. 2008; 5(26):238-41.
 29. Brasil. Decreto nº 8.243 de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Maio 2014.
 30. Brasil. Decreto nº 9.759 de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial da União*. 11 Abr 2019.

Recebido em 30/09/2021
Aprovado em 25/02/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Sociedade, fobias e diferenças

Society, phobias, and differences

José Inácio Jardim Motta¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E404

RESUMO Este ensaio teve como objeto de análise as ‘identidades de gênero/sexualidade’, a partir de questões da chamada ‘pauta de costumes’, no século XXI. A discussão aqui proposta está articulada às necessidades sociais de saúde no amplo território brasileiro. Recorre-se ao pensamento de Foucault, Butler, Derrida e outros autores do espectro ‘pós-estruturalistas’, para refletir sobre a relação entre identidade e diferença e sua repercussão no controle sobre os corpos, em um contínuo processo discriminatório, com a conservação dos ciclos de violência e exclusão.

PALAVRAS-CHAVE Identidade de gênero. Sexualidade. Minorias sexuais e de gênero. Homofobia.

ABSTRACT *This essay had as object of analysis the ‘gender identities/sexuality’, from issues of the so-called ‘customs agenda’, in the 21st century. The discussion proposed here is articulated to the social needs of health in the vast Brazilian territory. The thought of Foucault, Butler, Derrida, and other authors of the ‘post-structuralist’ spectrum, are used to reflect on the relationship between identity and difference, and its impact on the control over bodies, in a continuous discriminatory process with the perpetuation of the cycles of violence and exclusion.*

KEYWORDS *Gender identity. Sexuality. Sexual and gender minorities. Homophobia.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
inacio@ensp.fiocruz.br



Introdução

É curioso pensar em escrever – e, de fato, escrever – um ensaio teórico que toma como objeto de análise o tema das ‘identidades de gênero/sexualidades’ (sim no plural/múltiplo/as) e (re)colocar questões da chamada agenda de costumes em reflexão no fim do primeiro terço do século XXI.

Os sentidos de um aparente incomodo antevê uma escrita que irá nos oferecer um conjunto de posicionamentos, quase sempre traduzidos, em enunciados de verdade. Posto assim, não há como deixar de pensar em um nível complexo de camadas, cada uma capaz de (re)velar um conjunto de reiteradas perguntas que, implicam e se tensionam uma infinidade de vezes a ponto de parecer uma dinâmica de eterna utopia.

Reafirmo que não pretendo oferecer respostas tampouco produzir verdades que possam ser traduzidas como generalizáveis e absolutas. Contudo, de forma algo pretensiosa, espero colocar em diálogo autores de baixo consenso entre eles e as relações algumas vezes exitosas, mas que, na maior parte das vezes, foram relegadas a intervenções genéricas na capacidade de diálogo entre movimentos sociais e a produção de políticas públicas que permitam, de fato, responder às necessidades sociais de saúde no vasto e singular território brasileiro.

Para isso, recorro ao pensamento de Foucault, coadjuvado por autores que estiveram no centro das minhas reflexões acadêmicas dos últimos anos, como pesquisador, tais como, Butler, Derrida e tantos outros que foram classificados de ‘pós-estruturalistas’. Ouso colocar em questão a (in)cômoda em foco (in)estável relação entre identidade e diferença e seus efeitos sobre corpos que seguem sendo moldados, em um contínuo processo que resulta em violência e exclusão.

Identidade e diferença

A fragilidade da categoria identidade, nos tempos atuais, foi muito bem formulada no

título do artigo de Stuart Hall¹, ‘Quem precisa da identidade?’. O autor reconhece que há uma explosão discursiva em torno do conceito de identidade, ao passo que há, de igual forma, um contínuo processo de desconstrução das perspectivas identitárias.

A resposta à pergunta/debate proposta por Hall exige uma certa ‘cartografia da identidade’, o que nos coloca diante da categoria diferença como produto ou processo das construções identitárias.

O debate que se inicia a partir de uma lógica estruturada em sistemas binários de pensamento coloca em foco narrativas identitárias como o anúncio do que é revelado, de forma imediata, o que não se é. Assim, uma identidade define/marca uma diferença.

As identidades se tornam, assim, marcadores da diferença. Como nos alerta Woodward², a marcação da diferença, a partir de uma identidade, realiza-se por meio de ‘sistemas simbólicos’ de representação como por processos de exclusão social.

Tais sistemas simbólicos de representação, quando pensados em coletivos, estão no limite de se tornarem um ‘pensamento do cotidiano’, para usar um termo utilizado por Heller³. A mesma autora diseca essa noção ao refletir como ele está na base do surgimento do preconceito. Para Heller³, processos de ultrageneralização em torno de um juízo de valor são capazes de conformar, ao longo da história, uma noção de que tal juízo de valor é uma verdade absoluta, logo, pessoas ou grupos sociais que escapam àquele juízo tendem a vivenciar processos de exclusão social.

Dessa forma, a diferença pode ser vista como algo que foge à verdade previamente introjetada como antagonista de certas identidades. Assim, aciona circuitos singulares e coletivos que são reificadas em permanentes processos de ultrageneralização.

O preconceito acaba por nos remeter às formas relacionais em que se dá a tensão entre identidade e diferença. As formas e os processos de significação e subjetivação e os contextos em que emergem os processos de

diferenciação acabam por significar e ressignificar ao longo da história o que vai ser alocado como outro binarismo que atravessa corpos singulares e coletivos; o que vai ser chamado de normal/anormal. A diferença, em tal contexto, constitui-se em um processo de autoafirmação do outro, que resiste à violência física e simbólica gerada sobre si a partir de uma identidade vista como normal⁴.

Esse processo de diferenciação e aparente antagonismo entre identidade e diferença acaba por determinar o que irá ser facilmente chamado de identidades hegemônicas, configurando escalas sociais de valor em que uns terão maior respeitabilidade e aceitabilidade social do que outros.

Um dos exemplos mais visíveis desse processo de estratificação e hierarquização social a partir das relações entre identidade e diferença pode ser encontrado nas representações sociais e culturais referidas às identidades de gênero e sexualidades. Já é bem conhecido, entre os estudiosos do tema, o clássico diagrama desenvolvido por Rubin⁵ ao colocar em oposição o que denomina 'círculo encantado *versus* limites exteriores'.

Tal diagrama revela, no interior do 'círculo encantado', identidades associadas ao 'bom, normal, natural', ao passo que, de forma antagonista, os 'limites exteriores' assentam as diferenças como vinculadas ao 'mau, anormal, não natural'.

Com isso, é colocado em curso, ao longo da história, um aparente jogo entre identidades e diferenças a partir de narrativas entre o bem e o mal, o certo e o errado, o moral e o imoral, a virtude e o pecado que resultam, no âmbito dos temas que envolvem gênero e sexualidades, na alocação do homem, heterossexual, casado e monogâmico como sendo o desejo das sociedades ocidentais.

De igual forma, é expressão desses desejos: a mulher, heterossexual, casada, monogâmica e com filhos, porém um degrau abaixo dos homens. Aí, descortina-se um pequeno gradiente de diferença no interior de identidades hegemônicas. Aqui, não se trata apenas de uma

simples dualidade em que se opõem binarismos histórico e culturalmente produzidos, mas sim de compreender que um polo binário pode ser constituído de múltiplos polos binários em seu interior.

Como pensar múltiplos diferentes

Uma lógica heteronormativa rege a sequência que presume que, ao nascer, um corpo deve ser designado como macho ou como fêmea, o que implicará, por conseguinte, assumir o gênero masculino ou feminino e daí, expressar desejo por alguém do sexo/gênero oposto ao seu... uma vez que a lógica que sustenta tal processo é binária, torna-se insuportável (e impensável) a multiplicidade dos gêneros e das sexualidades. Aqueles e aquelas que escapam da sequência e das normas regulatórias arriscam-se, pois, no domínio da abjeção⁶⁽¹³⁸⁻¹³⁹⁾.

A lógica que permite a existência e a manutenção de uma distinção fundamentada no binário macho/fêmea e na exclusão social de todos os corpos que ultrapassam ao bem delimitado limite tolerável segue povoando o cotidiano das sociedades, especialmente em países onde os alicerces de um estado de bem-estar social ainda são frágeis ou inexistentes.

A existência, em diferentes graus de intensidade, de um certo 'humanismo tolerante' cria a sensação de bem-estar e de conformidade, o que torna os processos discriminatórios e, por conseguinte, a violência simbólica e física às comunidades LGBTQIA+ pouco visíveis ou vistos como casos isolados.

Aliás, a palavra tolerância já pressupõe a existência de um outro inferior/diferente/abjeto a ser tolerado. O tamanho dessa diferença determina o grau de tolerância daquele que se encontra dentro da norma e dos padrões regulatórios de uma sociedade em relação aos outros que, de alguma forma, escapam às diferentes formas de regulação social.

Como nos alerta Butler⁷, um sistema binário infere a estabilidade na distinção sexo/gênero. Entretanto, a própria autora aponta a existência de uma ‘descontinuidade radical’ entre corpos sexuados e gêneros culturalmente construídos.

Ainda que a descontinuidade e até a ruptura do sistema sexo/gênero possam encontrar corpos que ultrapassam e/ou se coloquem nas fronteiras bem delimitadas pelo binarismo, nada garante sua aceitabilidade social. A multiplicidade de variações entre sexo e gênero já tratou de borrar fronteiras a partir de corpos que ousam sempre novas e desafiadoras formas de estar e viver.

O diferente, como expressão e afirmação de viver sem a intermediação da tolerância como mobilizadora da relação com o outro, não é capaz de barrar diversos atravessamentos moldados no seu corpo a partir da experiência da injúria. A injúria, como um ato de linguagem repetido a ponto de se tornar um ‘enunciado performativo’, recoloca em pauta o lugar dos normais. Como afirma Eribon⁸⁽²⁹⁾, “a injúria me diz o que sou na medida em que me faz ser o que sou”.

Na construção do sujeito desviante, e sob o corpo daquele que será alocado no lugar da diferença, cruzam-se narrativas judaico-cristãs e biomédicas que, no tempo, ganham arcabouço jurídico-legal que regulamenta a punição aos transgressores. Essas, por sua vez, irão gerar, no âmbito das sociedades, maior discriminação e acabam por reforçar práticas fóbicas.

Assim, os múltiplos corpos diferentes que rompem a estabilidade binária identidade/diferença acabam por construir o que vou denominar visibilidades invisíveis, ou seja, na medida que corpos avançam no limite histórico que delimita a fronteira da transgressão, tornam outros corpos transgressores menos visíveis. Retornamos aqui ao mesmo tipo de escala hierárquica tão bem refletida por Rubin. Esse aparente retorno nos coloca perante outra questão: esse movimento de ‘flutuações’ entre visibilidade e não aceitação tende a se tornar o parâmetro em que sempre haverá corpos (mais

transgressores do que outros) que são mais discriminados que outros agora relacionados com o grau de visibilidade social?

Os avanços em relação à legislação que protege e criminaliza a homofobia ainda parecem insuficientes para algo que está profundamente enraizado no imaginário social. Sobre isso, as palavras de Borrillo⁹⁽¹⁰⁷⁾ servem de alerta:

A violência e a discriminação, em relação aos homossexuais ocorrem, frequentemente, diante da maior indiferença da população. Com certa regularidade, ficamos sabendo que numerosos gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais vivem com temor de serem agredidos simplesmente por causa de sua orientação sexual.

Trataremos mais à frente desse tema, por ora, é preciso ter em mente que, para além das bem-vindas legislações de proteção social, elas podem ter pouco efeito na sua capacidade real de gerar proteção social. Há algo que escapa e se coloca como um fantasma a pairar toda tecitura social e política.

Compreendemos que “nomear alguém como homem ou mulher, como sujeito de gênero e de sexualidade, significa nomeá-lo segundo as marcas distintas de uma cultura”¹⁰. As consequências dessa marcação, nos corpos nomeados, serão sentidas, em especial, naquelas que ficarão à margem do conjunto de direitos que não irão acessar, ainda que lhes seja cobrado um conjunto de deveres.

De qualquer forma são desafiadoras, intrigantes para não dizer incompreensíveis, as perguntas lançadas por Lanz¹¹⁽³⁷³⁾:

Por que, em pleno século XXI, continua sendo prática corrente a negação dos direitos civis das pessoas transgêneras, direitos de cidadania que são assegurados, sem nenhuma restrição, aos homens e mulheres cisgêneros? O que fundamenta, explica e justifica o estigma, a invisibilização social, a privação de oportunidades e a indignância legal-moral a que são condenadas as pessoas transgêneras em nossa sociedade?

Isso considerando o fato de que o País segue com altas taxas de violência e morte contra as populações LGBTQIA+, em especial, aquelas transgêneros; e palavras como ‘ideologia de gênero’ e ‘agenda de costumes’ seguem a atravessar discursos políticos e religiosos que resultam em aumento dos processos discriminatórios e, como consequência, a manutenção dos ciclos de violência.

Sociedade, agendas e fobias

Do mesmo modo que a xenofobia, o racismo ou o anti-semitismo, a homofobia é uma manifestação arbitrária que consiste em designar o outro como contrário, inferior ou anormal; por sua diferença irreduzível, ele é posicionado a distância, fora do universo comum dos homens. Crime abominável, amor vergonhoso, gosto depravado, costume infame, paixão ignominiosa, pecado contra a natureza, vício de Sodoma – outras tantas designações que, durante vários séculos serviram para qualificar o desejo e as relações sexuais e afetivas entre pessoas do mesmo sexo⁹⁽¹³⁾.

A presença do outro, diferente, será, nessas condições, uma permanente condição de vulnerabilidade. Quando o outro ganha a condição de ameaça (porque não deveria existir) e ameaçado (porque sua existência é condição de risco), tudo o que se refere à alteridade deixa de existir.

O tema da alteridade, por sua vez, acaba por ser implicado em um jogo de construção/

reconstrução de uma duplicidade de olhares entre o que eu rejeito e o que me atrai. A ambiguidade acaba por favorecer um potencial velamento de tudo o que existe, mas não é suportável revelar e conviver no dia a dia de cada indivíduo em seus modos de viver a vida.

Nesse aspecto, é possível comparar um estudo feito por Carlos Skliar sobre diferentes formas de abordar o racismo. No referido estudo, Skliar aponta a discriminação como:

Um tipo de tratamento diferencialista, quer dizer, uma produção específica de alteridade que penaliza, aquilo que no ocidente, foi e é nomeado, ainda hoje com o eufemismo minorias¹⁰⁽⁷⁰⁾.

Assim, a construção do ser diferente, no âmbito das sexualidades, acaba por proporcionar um mecanismo político que relega à diferença um valor de visibilidade invisível, ou seja, traz visibilidade aos sujeitos da diferença desde que seus corpos possam ser olhados como potencialmente masculinos. Corpos sexuados passam a constituir um potente marcador do que pode ou não existir e, principalmente, de como devem se comportar ao ser concedida uma provisória autorização para existir.

Colaborador

Motta JIJ (0000-0001-6435-1350)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Hall S. Quem precisa de uma identidade? In: Silva TT, organizador. *Identidade e Diferença: A perspectiva dos Estudos Culturais*. Petrópolis: Editora vozes; 2011.
2. Woodward K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Silva TT, organizador. *Identidade e Diferença: A perspectiva dos Estudos Culturais*. Petrópolis: Editora Vozes; 2011.
3. Heller A. *O Cotidiano e a História*. São Paulo: Editora Paz e Terra; 1998.
4. Fleuri RM. Silêncios e Irrupção das diferenças. In: Ferrari A, Marques LP, organizadores. *Silêncios e Educação*. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2011.
5. Rubin G. Pensando sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade. *Cadernos Pagu*. 2003; (21):1-88.
6. Louro GL. Foucault e os estudos queer. In: Rego M, Veiga-Neto A, organizadores. *Para uma vida não fascista*. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
7. Butler J. *El género en disputa*. Buenos Aires: PAIDÓS; 2019.
8. Eribon D. *Reflexões sobre a questão gay*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora; 2008.
9. Borrilo D. *Homofobia história e crítica de um preconceito*. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2010.
10. Louro GL. *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2004.
11. Lanz L. *O Corpo da Roupa; a pessoa transgenera entre a conformidade e a transgressão das normas de gênero*. Curitiba: Editora Transgente; 2015.

Recebido em 15/09/2022

Aprovado em 24/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Mecanismos de governança, instituições societárias e burocracia estatal: reflexões sobre instituições societárias e porosidade governamental

Governance mechanisms, societal institutions, and State bureaucracy: concerns over societal institutions and governmental porosity

José Mendes Ribeiro¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E405

RESUMO Este ensaio discute os mecanismos de governança participativa no setor público a partir de teorias sobre liberdades civis, democracias dialógicas, formações burocráticas estatais e reformas de governança pública. O objetivo foi analisar a repercussão desses temas em agendas e alternativas de políticas de governança pública e participativa no Brasil com ênfase nos conflitos entre governantes, políticos, funcionários, grupos de interesses e coalizões civis em disputa nos processos decisórios. O artigo assinala o caráter híbrido da democracia brasileira, em que o universalismo weberiano e a orientação às instituições de Estado de Bem-Estar que foram entrelaçados na matriz constitucional de 1988 operam em competição com duas outras lógicas – por um lado, a herança estamental da burocracia pública e, por outro, as iniciativas de governanças horizontais e participativas. As contradições dinâmicas entre esses quatro eixos definirão a competição pelo aparelho de Estado no contexto atual.

PALAVRAS-CHAVE Governança. Burocracia estatal. Participação societária.

ABSTRACT *This essay discusses participative governance mechanisms in the public sector grounded on theories of civil liberties, dialogical democracies, patterns of state bureaucracies, and public governance reforms. We aimed to analyze the effects of these issues on political agendas and public and participative governance alternatives in Brazil, emphasizing conflicts among rulers, politicians, civil servants, interest groups, and advocacy coalitions in dispute in decision-making processes. The article signals a hybrid nature of the Brazilian democracy in which Weberian universalism and rules of Welfare State institutions inscribed in the 1988 constitutional matrix operate through competition between two other logic streams – strata inheritance of state bureaucracy on the one hand and initiatives in favor of horizontal and participative governance on the other. The dynamic contradictions among these four issues will define the pattern of current competition for State apparatus.*

KEYWORDS *Governance. State bureaucracy. Societal institutions.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
ribeiro@ensp.fiocruz.br

Introdução

Este artigo discute, a partir de ideias influentes sobre democracia política, as alternativas de mudanças institucionais por governanças participativas no setor público. Como pano de fundo, está a estrutura hierárquica clássica da construção do Estado moderno e as dinâmicas entre cidadãos, governantes, organizações políticas e funcionários públicos.

O objetivo principal é realizar uma reflexão sobre essas ideias e suas repercussões para governança pública no Brasil contemporâneo. O tipo de influência desses atores em instituições de governo define as configurações dos Estados modernos. Esses contornos remontam aos ciclos revolucionários e às crises sociais desde o século XVII. Outrossim, as revoluções inglesa, norte-americana e francesa são as suas marcas permanentes.

Em termos de pluralismo político e representação dos grupos sociais consolidados na revolução industrial, as principais mudanças que repercutem no cenário atual ainda são as decorrentes da montagem do Estado de Bem-Estar europeu do pós-guerra.

Faz-se, a partir dessas ideias, uma reflexão sobre os conflitos entre hierarquias verticais e governanças horizontais que moldam as estruturas do Estado. Esses são dilemas da porosidade governamental aos meios de participação de indivíduos e de organizações civis. Esses movimentos são identificados no caso brasileiro como ponto de chegada deste artigo.

O relaxamento de controles hierárquicos não implica resultados virtuosos. Podem gerar obstáculos como a formação de novos estamentos ou maior vulnerabilidade a grupos de interesses particulares na competição pelos fundos públicos.

A participação societária que penetra em meio a controles verticais (hierarquias) e arranjos horizontais (governanças) pode produzir níveis variáveis de porosidade governamental.

Este artigo faz uso autores selecionados segundo suas vantagens ao argumento

desenvolvido. Adotam-se, como critério de validade, a lógica e a coerência dos argumentos para fins de convencimento, aceitação e aplicação das proposições conforme as tradições da análise de políticas¹. O modelo analítico segue critérios adotados na recente atualização desse campo do conhecimento para o cenário brasileiro².

A porosidade governamental é definida como a capacidade do governo e da burocracia pública de criar e sustentar instituições participativas e indutoras da ação de grupos sociais e de cidadãos para compensar as desvantagens e desigualdades inerentes às economias de mercado. É parte dos mecanismos de governança participativa presentes no debate político contemporâneo.

Nesta análise, faz-se uso da:

- i) Tradição democrática de participação dos cidadãos livres na produção de governos e no exercício de pressões sociais sobre governantes e funcionários em favor de políticas equitativas;
- ii) Repercussão do tipo de trocas políticas que afetam governanças participativas.

O texto está organizado em tópicos sobre: i) liberdades civis e formas de democracia; ii) racionalidades burocráticas e formação do aparelho de Estado; iii) trajetórias institucionais e mecanismos de governança e iv) formação do aparelho de Estado brasileiro.

Nas considerações finais, são apontados os elementos de maior permanência política e que são relevantes para a identificação das alternativas políticas em disputa no cenário brasileiro.

Liberdades civis e formas de democracia

A construção de instituições políticas e democráticas sustentáveis e adaptáveis à sociedade exibe uma longa história de disputas por ideias.

Países atravessam períodos de mudanças e estão sujeitos a conflitos extrainstitucionais que afetam essas instituições, e inovações podem recriar outras trajetórias. Tais ciclos de ruptura e mudanças refletem os conflitos distributivos dessas sociedades.

Questões como maximização de liberdades civis, formação de burocracias estatais, funções de governos e políticas fiscais recobrem ciclos centenários. Dentre estes ciclos, destacam-se as repercussões da revolução industrial, do capitalismo organizado e regulado do pós-guerra e as crises distributivas dos arranjos neocorporativos de bem-estar social nos anos 1970.

Entre os principais dilemas políticos do século XXI, está a capacidade das instituições democráticas de regular, organizar e enfrentar as tendências do sistema capitalista de produzir desigualdade social em larga escala. As utopias democráticas que formatam esse tipo de capacidade de governo são consistentes com a defesa de mecanismos de tomada de decisões e de governanças dotadas de espectros participativos mais amplos.

Justiça social (*fairness*) é tratada, em termos abstratos, como resultado da escolha de regras constitucionais de proteção mútua feitas por indivíduos que desconhecem previamente suas desvantagens primárias (véu da ignorância). Esse é o conceito estabelecido por John Rawls³ e utilizado neste artigo para tratar do princípio de equidade em ambientes democráticos.

Na busca por padrões de democracias, Macpherson⁴ formulou uma tipologia evolutiva a partir da tradição liberal inglesa do século XIX até proposições de democracia participativa não experimentadas sistematicamente.

O conceito de democracia protetora tem vínculos originais com o pensamento utilitarista, pelo qual o melhor conjunto de leis seria o que promovesse a ‘maior felicidade’ para o maior número de pessoas. Essa é a sua expressão clássica. O papel dos governos seria a compensação dos efeitos marginais negativos que resultam do excesso de riqueza produzida e apropriada de modo não equivalente proporcionalmente para a maximização da

‘felicidade coletiva’. Essa seria possível apenas com a distribuição proporcional da riqueza produzida.

Essa é a contradição básica do argumento utilitarista sobre as funções de governo na promoção do livre mercado. O caráter protetor desse tipo de democracia é definido como a defesa dos cidadãos livres perante a ‘opressão dos funcionários’. Esses são os mesmos funcionários que a sociedade emprega em sua defesa e para controlar os danos da concentração de riqueza. Por esse argumento circular, o voto universal (mitigado por franquias de exclusão seletiva) protegeria os cidadãos do excesso de ‘felicidade’ dos governantes. Uma regulação efetuada pelo direito seletivo ao voto.

Os eventos críticos, como o movimento sufragista e feminista inglês, as revoluções populares de seu tempo e a difusão do pensamento marxista na sociedade definiram os limites do utilitarismo e foram percebidos por Stuart Mill em seu clássico escrito em 1859⁵. Contextos importam, como a elaboração anterior, em 1848, do Manifesto Comunista escrito por Marx e Engels⁶ e os seus efeitos sobre a ação coletiva do operariado da revolução industrial.

Mill⁵ submeteu o princípio da maximização da liberdade individual a uma análise lógica a partir de exemplos do cotidiano (jogo, prostituição, assembleias majoritárias) e especulou acerca de regras para limitar a ação tirânica de governos e sociedade sobre os indivíduos. Ou seja, a busca por regras e valores – filosofia moral e sociologia – para o tênue equilíbrio entre independência individual, delegação governamental e valores sociais.

A proteção da tirania de governos decorre dos mecanismos adotados para a sua formação e substituição. No entanto, a proteção dos indivíduos perante a tirania existente na própria sociedade parte da premissa de que esta sociedade não é virtuosa em si. Premissa, aliás, de atualidade sempre renovada.

O princípio da autoproteção delimita o direito da sociedade de interferir na liberdade de ação de cada um, seja por força física,

penalidades ou coerção moral pela opinião pública. O único motivo pelo qual o poder poderia ser corretamente exercido sobre qualquer membro de uma comunidade civilizada, contra a sua vontade, seria o de impedir o mal sobre os outros. Fazer mal a si próprio, seja física ou moralmente, não seria motivo suficiente.

Nessa formulação, está ausente o pensamento freudiano prestes a nascer. A abrangência do que se considera produzir mal aos outros é tratada de modo especulativo e lógico.

Nesse pacote de ideias, entram medidas para limitar a autonomia (e felicidade) dos governantes. No entanto, chama a atenção o destaque dado à tirania exercida por maiorias circunstanciais e que oprimem minorias de diversos tipos. Postula-se a proteção contra a tirania da opinião e sentimentos dominantes e a tendência de a sociedade impor suas próprias ideias e práticas, na forma de regras de comportamento, sobre aqueles que destoam. Ou seja, de evitar a formação de ‘qualquer individualidade em desarmonia com os seus caminhos’⁵. Percebe-se um temor (político) da ação de multidões de desfavorecidos e um temor (sociológico) aos constrangimentos morais por tiranias circunstanciais dentro de qualquer grupo ou coletivo na vida cotidiana.

As liberdades civis tratadas em sentido ampliado são um dos principais pilares dos sistemas democráticos. Todavia, não o único.

Macpherson⁴ aponta corretamente que a abordagem de Mill sobre o que chamou de modelo desenvolvimentista é a que melhor representa a democracia liberal enquanto marca política e os seus limites. O argumento utilitarista original de proteção foi retomado a partir das evidências de que as condições de vida dos trabalhadores são obstáculos cruciais ao autodesenvolvimento individual. A aceitação da distribuição desigual da propriedade e da divisão social do trabalho foi contraditada pelos níveis ‘exagerados’ em que opera.

As injustiças distributivas são, para Stuart Mill, uma herança feudal na formação do capital. A propósito, Thomas Piketty⁷, em sua recente análise sobre a persistência histórica

da desigualdade social, atribui a sua longa permanência e resistência aos ciclos revolucionários e democráticos a heranças institucionais advindas das sociedades ternárias e divisões verticais em ordens típicas do feudalismo europeu (e de sociedades não europeias moldadas por divisões em ordens similares).

Lembra Macpherson⁴ que muitas elites consideravam o voto universal, orientado ao desenvolvimento dos indivíduos, um risco de que os trabalhadores majoritários comprometessem os ditos ‘justos méritos’ dos capitalistas. A solução adotada foi o voto plural, porém sujeito a franquias eleitorais com exclusão seletiva dos pobres. Essa ‘domesticação da franquia democrática’ deu-se pelo êxito do sistema partidário em controlar a democracia, esvaziar a participação social e produzir uma ‘democracia de equilíbrio de caráter elitista e pluralista’ – um sistema simplesmente autorizativo de governos.

Diversas tipologias de regimes democráticos têm sido propostas com base nesse papel da participação societária, seja na produção de governos, seja em períodos entre eleições. Merece destaque a obra de caráter original de Robert Dahl⁸ escrita em 1956 sobre a formação e a dinâmica de poliarquias constituídas a partir das tradições políticas madsonianas. Essa matriz de um tipo singular de pluralismo enfatiza que as dinâmicas democráticas no cotidiano entre os ciclos eleitorais é parte do tema essencial acerca dos arranjos democráticos consensuados e negociados em corpos políticos intermediários e tratados mais adiante.

O caráter elitista das democracias estimula os anseios por uma democracia participativa. Lembra Macpherson⁴ que a baixa participação democrática e a desigualdade social são eventos mutuamente influenciados. Essa imagem foi fortalecida a partir dos movimentos do que designa como ‘nova esquerda’ desde os anos 1960 (movimentos estudantis e de trabalhadores em escala mundial).

Dois padrões são divisados. Um deles na forma piramidal e direta a partir de assembleias locais e sucessivas formações de

conselhos. O outro combinando um aparelho piramidal direto com um sistema partidário delegativo.

São abstrações ainda em busca de suas experiências virtuosas. Historicamente, os sistemas híbridos se impuseram, como no caso do Estado de Bem-Estar social europeu do pós-guerra. O caráter híbrido, mesmo entre poliarquias variadas segundo sistemas eleitorais e regras de acordos regulares entre organizações pico e instituições de intermediação política, forma a base institucional e os pontos críticos das democracias contemporâneas. As trajetórias históricas mostram, em doses variáveis, as ideias disputadas sobre poliarquias, arranjos neocorporativos, concertação política e câmaras setoriais. Ou seja, o papel dos corpos intermediários de mediação.

As instituições do *Welfare State* desenvolveram-se em países que apresentaram ciclos duradouros de crescimento econômico em meio à ampliação de seus sistemas de proteção social e de expansão das classes médias. A magnitude da redução da desigualdade social, entretanto, variou conforme o caso e a sustentabilidade no tempo. Pikkety⁷ reconhece essa redução circunstancial, porém, relativiza o seu impacto sobre a concentração de renda quando comparada à maior redução observada nos períodos das grandes guerras mundiais. Formulações relacionando o ciclo de ouro do *Welfare State* como um tipo de capitalismo regulado ou organizado estimularam as crenças sobre a compatibilidade entre democracia, equidade e mercados regulados por preços, salários, processos produtivos e impostos.

Entretanto, não apenas a ação de corpos intermediários, como em poliarquias, podem favorecer a proteção social. Outras dimensões sociológicas para além de Stuart Mill são consideradas na criação de instituições protetoras. Ao longo dos anos 1990, Putnam⁹ estudou o desempenho institucional entre as regiões na Itália a partir da reforma de criação dos governos regionais dos anos 1970. Esse desempenho comparativo entre regiões mostrou uma alta correlação positiva entre bom governo,

modernidade econômica e vida associativa intensa. O pano de fundo é o tradicional contraste norte-sul italiano. Argumentou que a variável mais significativa para explicar tais diferenças foi a comunidade cívica: as regiões do norte possuíam uma vida associativa mais intensa e relações sociais mais horizontais. A comunidade cívica resulta de atributos participativos, como igualdade política, solidariedade, confiança e tolerância; e promove estruturas sociais de cooperação. Houve maior clientelismo político em que as comunidades cívicas eram mais frágeis. Tradições cívicas de longa maturação histórica influenciaram a formação dessas comunidades e compuseram a base de formação do capital social como o fator principal para o desenvolvimento socioeconômico e a qualidade de governo.

Lijphart¹⁰ analisou a convergência entre democracias pactuadas e consensuadas e melhor proteção social. Por meio de pesquisa comparada entre democracias que atenderam a critérios rigorosos de inclusão, foram identificados dois modelos polares: o majoritário, em que a regra da concentração de poderes oriunda de maiorias políticas determina a ação governamental; e o consensuado, no qual a partilha de poderes segundo regiões, comunidades ou culturas estrutura a ação dos governos por meio de acordos reiterados. Essas configurações atravessam sistemas distintos – unitários e federativos; parlamentaristas e presidencialistas –, porém, os resultados indicaram que as democracias consensuadas possuem maior propensão a padrões superiores de desenvolvimento econômico e social.

Controvérsias à parte – e existem –, análises desse tipo favorecem as crenças de que processos decisórios dialógicos, mais lentos e contraditados por meio da ampliação do escopo das arenas decisórias favorecem a proteção coletiva e a sustentabilidade política sem obstruir os ciclos econômicos virtuosos.

No entanto, houve uma atualização desse temário em função da chamada crise do *Welfare State* dos anos 1970. Contudo, isso deve ser matizado pelos efeitos já sentidos de

mudanças no mundo do trabalho, da emergência política de identidades individuais e da fragilização das identidades coletivas do industrialismo. Em tais condições, os sistemas de legitimação do capitalismo regulado (ou organizado) típicos do *Welfare State* foram tensionados, e seus reflexos atuais são evidentes.

Autores como Offe¹¹ foram exemplares na análise da crise do modelo organizado/regulado e a reemergência de um capitalismo desorganizado, embora em padrões distintos da revolução industrial. São ecos de percepções difundidas sobre sociedades pós-industriais como expressão da crise de identidades do trabalho e de seus vínculos tradicionais com os partidos políticos de esquerda. Tais contextos se refletem no modo como as governanças participativas são atualmente estruturadas por fora das tradicionais organizações pico de caráter nacional.

Racionalidades burocráticas e formação do aparelho de Estado

A estrutura da burocracia pública é essencial para o desenvolvimento de governanças participativas. Burocracias insuladas e protegidas por monopólio profissional e de carreiras funcionais estabelecem limites de autoridade e conhecimento especializado. Quando esse perfil assume a dimensão política estatal, favorece a emergência de barreiras interpostas por interesses organizados mais bem posicionados no processo decisório.

Tais temas são tratados por teorias sobre burocracias estatais e empresariais e ganharam impulso a partir do século XIX. Além disso, conhecimentos foram acumulados sobre o funcionamento do Estado moderno e dos seus meios de coerção legítima. Outrossim, capacidades políticas e fiscais e sistemas valorativos se entrelaçaram desde as revoluções ocidentais exemplares dos séculos XVII (inglesa) e XVIII (americana e francesa). Nesse sentido, duas

tradições intelectuais permanecem influentes – weberianismo e institucionalismo.

Max Weber tratou a racionalidade burocrática como um legado intelectual, e o seu tratado publicado postumamente em 1920 – ‘Economia e Sociedade’¹² – é exemplar da sua abordagem sociológica. A sua teoria articula-se intimamente com a experiência histórica. Seus conceitos ganharam forma nos tipos ideais que marcaram sociologia política e permanecem como referência obrigatória. É clássica a tese sobre os mecanismos de dominação necessários à consolidação de crenças na sua legitimidade e as formas de dominação – afeição, costume e interesses. Uma burocracia racional-legal e confiável capaz de produzir normas e garantir a sua execução forma a base da obediência que, por sua vez, resulta dessa legitimidade e favorece a aceitação da dominação.

Esses tipos ideais (abstratos) coabitam no tempo e no espaço e evoluem conforme o caso. Para Weber¹², seja por necessidade primária ou pelas experiências analisadas, as formas de dominação racional-legal favoreceram o desenvolvimento social em sociedades capitalistas e a sua vinculação a regimes democráticos. Democracias formalizadas e embebidas em burocracias elitistas.

A questão da legitimação é nuclear para a abordagem weberiana e tem sido tratada como um atributo necessário na estrutura normativa do Estado moderno. Está presente nas teorias críticas do pós-guerra; e a análise de Habermas¹³ desenvolvida em 1973, nos primórdios da chamada crise do *Welfare State*, trata desse tema como uma crise da regulação legítima no Estado protetor, regulado e organizado. Nesse sentido, as questões de legitimidade do aparelho de Estado preservam a sua centralidade no mundo da política.

Voltando, então, às questões de dominação legítima, ao contrário das formas carismáticas (ordens vinculadas ao líder ou a revelações) e tradicionais (legitimidade dos hábitos, das tradições ou dos senhores), as burocracias racionais sustentam-se em interesses racionais

e na legitimidade das ordens instituídas e expressas no direito de mando por superiores nomeados e segundo critérios e práticas impessoais. Assim, todo o direito (pactuado ou imposto) pode ser instituído de modo racional e orientado pelos fins almejados e por valores professados.

Trata-se de um tipo ideal e, portanto, abstrato, que opera como uma ideia que induz a tomada de decisões. É inevitável lembrar dos ecos do pensamento hegeliano nesse modelo e dos argumentos atuais de institucionalistas discutidos mais adiante.

No Estado moderno sob o protagonismo da dominação racional-legal, o direito é instituído enquanto regras abstratas aplicáveis ao caso particular e administrado segundo hierarquias impessoais e pelo exercício contínuo de funções oficiais segundo competências específicas. As regras decorrem de normas e de postulados elaborados por especialistas, e a sua aplicação exige alta qualificação profissional dos funcionários que representam o quadro administrativo dessas associações racionais. Na empresa, observa-se (ou preconiza-se) uma separação absoluta entre o capital e o patrimônio privado. No Estado, há separação absoluta entre propriedade pública e privada e entre local de trabalho e domicílio dos funcionários. O cargo público não é propriedade do seu detentor.

Trata-se do mundo dos especialistas certificados por instituições legais e do predomínio do conhecimento científico sobre os atributos carismáticos de líderes ou da subordinação a tradições religiosas, familiares ou nobiliárquicas.

Nesse tipo de burocracia, os cidadãos não especialistas e os entes coletivos não participam das decisões críticas ou rotineiras. A participação dá-se nas eleições de modo a produzir governos; estas também sujeitas a procedimentos democráticos de natureza racional-legal e mediadas pelos seus especialistas – os políticos.

Não surpreende que o modelo weberiano esteja no centro dos conflitos nas reformas

de governança em favor da maior participação de cidadãos e comunidades cívicas nas decisões públicas.

Os funcionários da burocracia racional são moldados pelas carreiras profissionais e são politicamente livres. Obedecem apenas às obrigações do cargo, têm competências funcionais fixas e são selecionados por qualificação profissional verificada. Seus salários são fixos e escalonados de modo hierárquico e desfrutam de proteções de carreiras que privilegiam a senioridade e a eficiência. O resultado esperado é uma disciplina sujeita a uma cadeia de comando central na qual o dirigente exerce o mando conforme as suas restrições legais. O controle do poder de Estado pode resultar de processos de maior legitimidade (virtude, eleição) ou menor (apropriação, herança).

O modelo resulta da maximização da técnica, da especialização profissional, da documentação explícita e do formalismo absoluto e pressupõe o recrutamento universal dos mais qualificados.

Tal tipo de insulamento funcional e de monopólio profissional, por sua vez, gera pontos de veto à influência de indivíduos e grupos externos ao quadro funcional, como já destacado. As decisões não especializadas e aceitas são as dos políticos, ou seja, os únicos profissionais legitimados por eleições e mandados. Estes também estão sujeitos às normas jurídico-legais desenhadas pelos especialistas (juristas) e sancionadas constitucionalmente. Trata-se de um jogo fechado e normativo.

Para Weber¹², essa dominação é neutra, ‘sem ódio e sem paixão’. Também nesse ponto, como na questão do utilitarismo inglês, o contraponto político próximo é o pensamento de Marx e Engels. O caráter da dominação no Estado capitalista resulta de conflitos irreconciliáveis entre classes sociais segundo dinâmicas contraditórias entre as forças produtivas e suas relações de produção⁶. O marxismo original prestou menor atenção às dinâmicas internas de formação da burocracia pública.

Em contextos recentes, especialistas chamam a atenção para as reformas

administrativas que levam ao maior relaxamento do modelo racional-legal e centralizado e em favor de governanças mais abertas no sentido societário. Peters^{14,15} considera os mecanismos decisórios conforme os seus graus variáveis de descentralização política e territorial ou de verticalização burocrática. Aponta para o caráter pendular das orientações dessas reformas por gravitarem entre ‘mais weberianismo, menos weberianismo’.

Silberman¹⁶, em estudo de natureza histórico-institucionalista, argumenta que a formação de burocracias é afetada pelo nível de confiança que lideranças têm nas regras de sucessão governamental. A formação de burocracias organizacionais (próximas ao tipo racional-legal weberiano) resulta do elevado grau de incerteza política no processo sucessório de produção de governos. Por outro lado, ambientes de maior certeza sobre os mecanismos sucessórios tendem a produzir burocracias profissionais caracterizadas por maior circulação de especialistas por fora das carreiras e hierarquias públicas. Nesses casos, os núcleos burocráticos insulados e as estruturas permanentes de Estado são mais seletivos e de menor alcance. Os casos estudados segundo trajetórias históricas – França, Japão, Estados Unidos da América e Grã-Bretanha – são de países que obtiveram alto desenvolvimento político e socioeconômico; e, para Silberman, o tipo de racionalização burocrática adotado não foi um fator decisivo para estes resultados.

Nesse argumento, a racionalidade burocrática atende a dois tipos de orientação: a orientação profissional (Estados Unidos da América e Grã-Bretanha), caracterizada pela perícia individual adquirida e regulada pelo treinamento das profissões e que define a entrada (e saída) nos níveis mais elevados da administração; e a orientação organizacional (França e Japão), que, por sua vez, envolve um forte controle sobre acesso e uso da informação obtido pela entrada precoce em escolas de carreiras burocráticas. Nesses casos, as carreiras são previsíveis, a hierarquia predomina e a especialização tem características

departamentais. Sua configuração assemelha-se à matriz racional-legal weberiana.

Burocracias com orientação organizacional envolvem: i) acesso ao serviço público restrito aos dotados de treinamento formal e superior; ii) previsibilidade funcional e redução de incertezas; iii) cargos superiores limitados aos servidores de carreira; iv) promoções baseadas em regras claras e senioridade; v) especialização departamental; e vi) autonomia às intervenções externas.

Burocracias com orientação profissional envolvem: i) qualificação profissional como principal critério de entrada direta em cargos superiores; ii) *status* profissional predominante sobre o das carreiras funcionais; iii) especialização dá-se em ambientes externos e de autorregulação profissional; iv) recrutamento de profissionais formados em instituições diversas reduz os incentivos à adesão precoce às escolas de administração pública; v) maior flexibilidade de entrada, entrada lateral, promoção por rendimento, flexibilidade de contrato e maior autonomia; e vi) carreiras menos sistemáticas.

Essa tipologia sobre processos de racionalização burocrática pode ser adotada em estudos sobre casos híbridos e comparados segundo trajetórias.

A hipótese sobre o hibridismo institucional pode ser testada empiricamente no caso brasileiro a partir de elementos teóricos apontados neste ensaio e das condições críticas de escolha política observadas na Constituição Federal de 1988. Nesse caso, o ambiente de incerteza política pelo fim do regime militar favoreceria a formação de burocracias weberianas insuladas e em competição e coabitação com as heranças estamentais históricas discutida no último tópico deste artigo.

Trajетórias institucionais e mecanismos de governança

Para analisar processos decisórios em ambientes democráticos e de alta complexidade decisória, conceitos da economia institucional

têm sido aplicados a temas como governança e agência. Abordagens microeconômicas, como as de Williamson¹⁷, que tratam de decisões tomadas quando a racionalidade é limitada pela complexidade tecnológica e especificidade dos ativos, têm sido aplicadas para analisar os efeitos desse tipo de contrato sobre arranjos institucionais bem específicos, como no chamado modelo agência. Tais teorias expandiram-se para apoiar análises das relações entre provedores de serviços e burocracias públicas.

As implicações teóricas e metodológicas entre racionalidade, regras institucionais e tomada de decisões são parte de um campo de conhecimento reconhecido pelos seus principais expoentes. Uma série de atualizações e balanços desses estudos, e que remontam às primeiras reflexões sobre teorias da firma de várias décadas de amadurecimento, está disponível. Um balanço em forma de ensaio realizado por James March¹⁸ a partir de suas aulas, e instigado por seus alunos, e exemplar da articulação entre a base conceitual e o desenho de pesquisas. Serve de referência para a linguagem utilizada neste artigo.

As implicações da perspectiva temporal em processos decisórios, por sua vez, seguem os argumentos de Pierson¹⁹ discutidos a seguir.

As noções de *path dependence* e de trajetórias políticas de autorreforço são essenciais para a análise de mudanças institucionais. A influência de eventos segundo *timing* e sequência são resumidas por Pierson¹⁹: i) equilíbrio múltiplo (condições de partida seguidas por *feedbacks* positivos circunscrevem os resultados em faixas determinadas); ii) contingência (eventos pequenos ocorridos no momento certo podem ter consequências duradouras); iii) *timing* (momento pode ser crucial, partes iniciais podem ter mais influência do que as posteriores e evento tardio pode ter efeito menor do que em *timing* diferente); e iv) inércia (quando se consolida, o *feedback* positivo induz um equilíbrio único e resistente à mudanças).

Há, portanto, questões relevantes sobre trajetórias políticas e dependência institucional:

a) A história é parte do modelo decisório, e a sequência de eventos afeta a dinâmica de mudanças;

b) As trajetórias que melhor se consolidam resultam de mútua influência entre retornos positivos (*positive feedback*) e dependência do caminho (*path dependence*);

c) Retornos crescentes são indutores de ciclos vencedores, e obstáculos repetidos podem levar a trajetórias interrompidas, mudanças de caminhos ou cristalização de estruturas de veto;

d) Eventos aleatórios que percorrem estruturas seletivas geram sequências dependentes;

e) Mudanças e vetos decorrentes da consolidação de trajetórias fazem parte do jogo político e competição por agendas e alternativas.

Teorias de caráter institucionalista têm sido aplicadas em contextos de limites racionais para a tomada de decisões não apenas pelas conhecidas assimetrias informacionais, mas pela própria estrutura valorativa e normativa das instituições. Dessa forma, as mudanças tendem a ocorrer segundo um certo grau de incrementalismo embutido em regras e valores e afetados por sequências históricas de eventos críticos.

É o caso do debate aberto pelo gerencialismo dos anos 1980 acerca da estrutura governamental e a sua capacidade política. É exemplar da emergência de eventos decorrentes de crises em sistemas de proteção social nos anos 1970 e das disputas entre distintas orientações políticas e partidárias acerca das funções e dos procedimentos dos governos e de sua estrutura burocrática.

A revisão de Hood²⁰ sobre as políticas do New Public Management (NPM) pôs em evidência os fundamentos dessa agenda de reformas do setor público voltada à sua horizontalização, descentralização e abertura à ação societária. São conhecidos os seus efeitos

ambíguos ou contraditórios. No primeiro ciclo dessas reformas, houve a superposição política da agenda de redução das funções do Estado típica do antigo utilitarismo inglês e do mimetismo de processos gerenciais de empresas privadas.

O ideário político de redução do escopo de intervenção do Estado (menos regulação) e de maior privatização de empresas públicas (reformas patrimoniais) predominou em governos conservadores. Enquanto uma agenda genérica, a NPM sofreu críticas e adaptações. Notou-se, em determinados casos, a permanência de ideias em favor de mecanismos participativos de governança mais voltados a busca por qualidade e capacidade de governos em produzir melhores resultados sociais. Contudo, isso deve ser analisado conforme cada caso, e parte desse ideário dissolveu-se no tempo pelas próprias limitações do gerencialismo empresarial contrabandeado ao aparelho de Estado.

Análises críticas a alguns de seus fundamentos ou à sua aplicação em caráter normativo se sucederam²¹⁻²³. No entanto, determinados componentes foram absorvidos em agendas contemporâneas e redefinidos como itens de reformas orientadas à governança local e global. Agências globais de cooperação como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)²⁴ têm difundido e redesenhado essas ideias como proposições de “governo aberto” cujas implicações ainda carecem de melhor compreensão e análise de seus efeitos.

Hood²⁰ resumiu os elementos que permaneceram da herança doutrinária da NPM em busca por: gestão profissional e responsabilização direta; metas e indicadores bem definidos de desempenho; predomínio do controle de resultados sobre o procedimental; separação de financiamento e provisão de serviços públicos; estratégias de descentralização contratada; adoção de estilos de gestão do setor privado por ferramentas validadas; e disciplina e parcimônia orçamentária.

Enquanto agenda política, há um conflito

aberto com o modelo weberiano verticalizado e insulado. Há também um maior borramento de fronteiras entre Estado, Sociedade e Mercado.

Os conflitos políticos envolvidos são conhecidos, especialmente quanto à redução da capacidade de governo em promover a agenda política apoiada em eleições gerais¹⁵ e uma série de limitações em estratégias de controle de captura por interesses privados. Há também a questão das desigualdades sociais em meio às armadilhas políticas do *trade off* entre eficiência e equidade. Análises críticas de Offe²⁵, sobre governança, e de Jessop²², sobre as falhas de governança, são contrapontos a serem considerados.

Tais mecanismos de governança buscam combinar responsabilização administrativa e relações contratuais de prestação de serviços ao setor público. A difusão de agências regulatórias para dar conta desses contratos e a participação de cidadãos impulsionaram a formação de organismos colegiados locais ou setoriais. Esses novos arranjos são moldados por diálogo e negociações em contraposição, por um lado, às estruturas decisórias de comando e controle, e, por outro, às trocas em mercados pouco regulados, por outro²².

A governança caracteriza-se, portanto, por uma racionalidade reflexiva em que o critério de sucesso é definido pelo consenso negociado. A sua forma organizacional típica são as redes. Os cálculos feitos pelos participantes do jogo decisório respondem a critérios predominantemente políticos.

As falhas não decorrem primordialmente de ineficiência econômica ou de comandos ineficazes, mas na forma de ‘ruídos’, ‘falatórios’ ou digressões excessivas que obstruam os processos decisórios. Os ganhos, por sua vez, são evidentes quando promovem consenso, equidade e sustentabilidade. A adaptação contínua é a norma. Estratégias de metagovernança (comparações com processos virtuosos) são utilizadas no enfrentamento a tais falhas de governança²².

O desenvolvimento de mecanismos

participativos nas democracias tem nexos diretos com essas formas de governança e de seus desafios.

Formação aparelho de Estado brasileiro

Os itens anteriores trataram de desafios e alternativas de governança pública que têm implicações diretas para o Brasil.

O conflito entre lógicas patrimonialistas (captura do Estado por grupos empresariais, elites políticas e estamentos do funcionalismo graduado) e lógicas equitativas (instituições e políticas de redução de desigualdades sociais e proteção aos vulneráveis) é exemplar da sua relevância política.

Dois análises, distintas e vigorosas, ajudam a organizar esse tema e a adoção de pressupostos analíticos sobre o contexto atual da regulação pública.

A formação do aparelho de Estado brasileiro foi analisada, entre muitos outros grandes autores, por Raimundo Faoro²⁶ em seu trabalho seminal de 1958 e revisado em 1973 em sua versão definitiva. O patrimonialismo de acepção weberiana foi traduzido no modo singular como a formação de estamentos burocráticos marcou historicamente a formação desse Estado. O modo único pelo qual o patrimonialismo moldou as relações entre Estado e Sociedade no Brasil foi resultado da influência histórica do feudalismo ibérico no qual os monarcas estabeleceram relações centralizadas e não delegáveis aos nobres, aristocratas e burgueses. Pode-se dizer, para fins comparativos, que essas relações, ao contrário do feudalismo típico do norte europeu, foram pouco contraditadas pelos poderes locais e regionais.

A lógica centralizada e de monopólio de propriedade dos principais recursos de poder (status e territórios) formaram a base da patronagem e do clientelismo que perdurou nos diferentes ciclos de governos civis e militares da república no Brasil. Esse patrimonialismo

singular desenvolveu-se por meio de uma lenta, penetrante e progressiva formação de estamentos burocráticos no interior do Estado e expressa em seus funcionários. Esses estamentos buscaram obter, histórica e incrementalmente, o controle de recursos de poder em diferentes regimes políticos. Ademais, o princípio ordenador da formação do Estado brasileiro foi o 'capitalismo politicamente orientado' no qual a realidade mostrou 'a persistência secular da estrutura patrimonial' sempre que exposta aos diferentes ciclos e formas do capitalismo.

Há um tripé²⁶ entre: i) patrimonialismo, como elemento ordenador; ii) estamento burocrático, como construção longamente estabelecida e singular; e iii) capitalismo politicamente orientado, enquanto modelo que se modifica no tempo, nos ciclos políticos e econômicos e preserva os controles estamentais na burocracia pública.

Os ecos da dominação política do tipo bonapartista são explícitos, e o diálogo com as teses de Marx e Engels sobre Estado autônomo foi bem estabelecido por Faoro²⁶ no seu instigante capítulo final.

Os efeitos duradouros das estruturas estamentais longamente consolidadas operam como vetos a mecanismos participativos em disputa por espaço político no ordenamento administrativo e regulatório. Há bloqueio ao desenvolvimento de comunidades cívicas e de capital social no sentido posto por Putnam.

Edson Nunes²⁷, por sua vez, estudou as trajetórias históricas desde o ciclo varguista e partiu, coincidentemente, do ponto de chegada de Faoro. Demonstrou a busca contínua pela contenção das lógicas de patronagem. Os caminhos alternativos que competiram por soluções, as 'gramáticas políticas', seguiram a partir das lógicas do corporativismo, do insulamento burocrático contingencial e do universalismo de inspiração weberiana.

Há uma ênfase nas formas de intermediação política e social, e cada padrão opera em disputa continuada. Cabe lembrar cada modelo que atua em competição contínua. Cada estratégia

teve momento de maior impacto, porém a matriz clientelista mostrou-se duradoura enquanto expressão patrimonialista.

O clientelismo é tratado como uma ‘pirâmide de relações’ sociais entre partidos políticos, burocracias e arranjos estamentais (‘cliques’). O ‘universalismo de procedimentos’ foi a expressão utilizada para identificar iniciativas políticas de formalização do primado das normas, da impessoalidade e da igualdade de direitos perante a lei no arcabouço burocrático nacional.

Estratégias de ‘insulamento burocrático’ manifestaram-se como ‘ilhas de racionalidade’ e de especialização técnica. O controle do clientelismo se daria, então, pela redução do escopo da arena em que interesses e demandas particularistas exercem influências.

O corporativismo foi a forma dotada de maior institucionalidade e tradição social. Dá-se na forma de um forte estatuto legal que reflete a busca por racionalidade funcional. Por sua natureza, é uma lógica em oposição à informalidade do clientelismo²⁷.

As concepções de Faoro²⁶ e Nunes²⁷ podem ser utilizadas para analisar os resultados institucionais, valorativos e normativos da Constituição de 1988. Em uma situação crítica de transição para a democracia política, a inspiração weberiana de caráter racional-legal é reconhecida pela adoção do universalismo de procedimentos na formação de um funcionalismo público renovado e na estrutura dos órgãos regulatórios. O arcabouço constitucional final incorporou, também, estruturas que ecoaram o Estado de Bem-Estar europeu do pós-guerra.

No entanto, a lógica estamental também renovada permanece como entrave à maior capacidade de governo e à sua porosidade às comunidades cívicas. Esses entraves somam-se às características assinaladas anteriormente das hierarquias de comando e controle e de monopólio funcional nas relações com as coalizões civis de justiça social.

Por outro lado, o relaxamento dos controles de mérito e de especialização profissional

deve ser balizado pelos riscos de apropriação dos recursos de *status* e de fundos públicos por agentes econômicos, corporações civis e militares, coalizões políticas de interesses particularistas (igrejas, negócios) e formas difusas de patronagem.

As instituições da Constituição de 1988 deram origem a uma convergência inovadora e virtuosa ao buscar integrar procedimentos universalistas não estamentais com os direitos de cidadania do Estado protetor. Algumas implicações atuais para o desenvolvimento de modelos de pesquisa e de alternativas de governanças participativas são apontadas a título de considerações finais.

Considerações finais

Os problemas relacionados com as ações da sociedade por justiça em meio a instituições democráticas foram analisados a partir de autores de referência e de reflexões sobre os temas selecionados.

A democracia política foi discutida a partir da maximização das liberdades civis e suas implicações para a proteção social (competição e consenso); das racionalidades burocráticas na formação do aparelho de Estado (weberianismo e profissionalização paraestatal); e das trajetórias de mudanças em de governança (incrementalismo, delegação e descentralização).

A construção histórica das liberdades civis e a sua maximização como fator de proteção a tiranias do aparelho de Estado e da sociedade exibem uma longa tradição do liberalismo político. Seja pelo incrementalismo típico do utilitarismo inglês, seja pelos ecos da revolução francesa na definição de direitos públicos do povo como classe social, o liberalismo político transformou-se no tempo e por releituras por dentro de diversas teorias democráticas e sob intensa disputa partidária e intelectual.

Somem-se a isto, no apogeu da revolução industrial, os efeitos da crítica marxista sobre o caráter classista da dominação do Estado moderno e da seletividade das noções de

liberdades civis serviram de potente contraditório. Nisso, foi acompanhado, em seguida, pela influência dos sistemas protetores do *Welfare State* que relaxaram os pressupostos econômicos do pensamento liberal.

O conjunto dessas influências aproximou o princípio da maximização do bem-estar individual ao de bem-estar coletivo. As formas de democracia foram se diversificando e ampliando espaços políticos para maior penetração social e políticas redistributivas e equitativas.

Essas transformações estão longe de exibir qualquer tipo de linearidade e sentido de determinação unívoca. Essa utopia política é um processo em construção e sem garantias de um fim da história.

No entanto, as trajetórias de mudanças institucionais e as teorias aplicadas ao seu estudo revelam um caminho promissor. A formação do aparelho de Estado moderno é crucial para pensar a democracia em sua dimensão distributiva e societária.

O aparelho de Estado sob o protagonismo pouco contraditado de carreiras e de funcionários insulados e dotados de elevado *status* técnico e coercitivo é um evidente obstáculo ao desenvolvimento de governanças participativas e equitativas.

A resposta tradicional do utilitarismo inglês original, por outro lado, não resolve essas restrições pelo fato de enfatizar as funções da sociedade na proteção à tirania dos governantes. A agenda política resultante acaba por minimizar as funções de proteção e equidade para as quais os governos são essenciais.

Por sua vez, o Estado contratualizado, descentralizado e monitorado externamente por profissionais, coalizões de defesa, agências e arranjos dialógicos tem o desafio de coagir a

sua captura por interesses assimetricamente dominantes e de preservar a sua orientação consensuada, concertada e socialmente justa.

São temas tradicionais na formação das democracias e que repercutem no caso brasileiro.

O Brasil representa um caso híbrido devido à sua formação histórica. O caráter estamental coabita com lógicas seletivas de controle do patrimonialismo por meio de ações coletivas corporativas ou por elites técnicas. Movimentos típicos de plutocracias ou de disputa contínua de corporações econômicas e elites empresariais pelo controle do aparelho de Estado operam em sinergia com estamentos do capitalismo politicamente orientado. Em seu conjunto, reduzem a capacidade dos governos na promoção de justiça social.

O hibridismo assinalado deu-se como resposta à Constituição de 1988, em que o universalismo de procedimentos de inspiração weberiana (ou napoleônica) foi inseminado de modo sofisticado, complexo e virtuoso com os objetivos e valores do Estado de Bem-Estar europeu do pós-guerra.

Esse hibridismo em movimento expressa o conflito político e a agenda de reformas participativas e equitativas para a sociedade brasileira do século XXI. As mudanças em favor da expansão dos mecanismos de governança participativa, despida de suas influências de minimização do Estado protetor, representam o principal desafio para o desenvolvimento político, social e econômico.

Colaborador

Ribeiro JM (0000-0003-0182-395X)* é responsável pela concepção, pesquisa e redação final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Majone G. Evidence, argument, and persuasion in the policy process. New Haven: Yale University Press; 1989.
2. Vaitsman J, Ribeiro JM, Lobato L. Policy Analysis in Brazil. Bristol: Policy Press/University of Bristol; 2013.
3. Rawls JA. Theory of Justice. Cambridge: Harvard University Press; 1971.
4. Macpherson CB. A democracia liberal: origens e evolução. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978.
5. Mill JS. On Liberty. London: Penguin Books; 2010.
6. Marx K, Engels F. Manifesto Comunista. São Paulo: Boitempo; 2021.
7. Piketty T. Capital et Idéologie. Paris: Éditions du Seuil; 2019.
8. Dahl R. Um prefácio à teoria democrática. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1989.
9. Putnam RD. Comunidade e Democracia: a experiência da Itália Moderna. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 1996.
10. Lijphart A. Patterns of Democracy: government forms and performance in thirty-six countries. Yale: Yale University; 1999.
11. Offe C. Disorganized Capitalism: Contemporary Transformations of Work and Politics. Cambridge: MIT Press; 1985.
12. Weber M. Economia e Sociedade: Fundamentos da Sociologia Compreensiva. Brasília, DF: Editora da UNB; 1999.
13. Habermas J. A crise de legitimação no capitalismo tardio. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro; 1994.
14. Peters G. The future of governing: four emerging models. Lawrence: University Press of Kansas; 1996.
15. Peters BG. The two futures of governing: decentring and recentering processes in governing. The J. Public Adm. and Policy. 2009; 2(1):7-24.
16. Silberman BS. Cages of Reason: the rise of the rational state in France, Japan, USA and Great Britain. Chicago: The University of Chicago Press; 1993.
17. Williamson OE. The mechanisms of governance. New York: Oxford University Press; 1996.
18. March JG. A primer on decision making: how decisions happen. New York: Free Press; 1994.
19. Pierson P. Politics in Time: History, Institution, and Social Analysis. New Jersey: Princeton; 2004.
20. Hood C. A Public Management for all seasons? Public Adm. 1991; 69(1):3-19.
21. Pollitt C. Is the Emperor In His Underwear?: An analysis of the impacts of public management reform. Public Manag. 2000; 2(2):181-199.
22. Jessop B. Governance and Metagovernance: on reflexivity, requisite variety, and requisite irony. Department of Sociology. Lancaster: Lancaster University; 2003.
23. Pollitt C, Bouckaert G. A Comparative Analysis: New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State. Oxford: Oxford University Press; 2011.
24. Organisation for Economic Co-operation and Development. Open Government: The Global Context and the Way Forward. Paris: OECD Publishing; 2016. [acesso em 2022 jan 25]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264268104-en>.

25. Offe C. Governance: an 'empty signifier'? Constellations. 2009; (16):550-562.
26. Faoro R. Os Donos do Poder: Formação do Patro-
nato Político Brasileiro. São Paulo: Companhia das
Letras; 2021.
27. Nunes E. A Gramática Política do Brasil: Clientelis-
mo e Insulamento Burocrático. Rio de Janeiro: Jor-
ge Zahar; 1997.

Recebido em 16/03/2022
Aprovado em 24/05/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Vigilância civil em saúde, estudos de população e participação popular

Civilian health surveillance, population studies and participation

Raphael Mendonça Guimarães¹, Thalyta Cássia de Freitas Martins², Viviane Gomes Parreira Dutra³, Mariana dos Passos Ribeiro Pinto Basilio de Oliveira³, Laís Pimenta Ribeiro dos Santos², Matheus Moutinho Crepaldi², João Roberto Cavalcante⁴

DOI: 10.1590/0103-11042022E406

RESUMO Em meados dos anos 1990, Victor Valla propôs a incorporação da participação da população à prática da vigilância em saúde, por meio da educação popular de Paulo Freire. Esse contraponto às práticas tradicionais da vigilância, nomeadas vigilância civil da saúde, somam-se à concepção ampliada de saúde, e possuem forte ligação com a perspectiva crítica da epidemiologia enquanto meio de compreender a relação dialética entre classes sociais e seus espaços vividos. A prática da vigilância civil pretende superar lacunas importantes deixadas pelos métodos tradicionais de investigação em saúde pública, como falta de atenção aos contextos socioculturais, construção do risco localizada somente no indivíduo e representação de agendas de saúde pública que privilegiam e patologizam certos comportamentos. Nesse sentido, o presente trabalho debate o conceito de vigilância civil da saúde, o *locus* de discussão dos estudos de população na reificação do papel do efeito contextual para a explicação da produção social da saúde e a incorporação da participação popular à vigilância em saúde como elemento de transformação social. O aprofundamento dessa discussão, no limite, permite uma construção participativa de novos modelos de saúde concentrados na redução efetiva das iniquidades em saúde e, conseqüentemente, universalização efetiva do direito à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Vigilância em saúde. Vigilância civil da saúde. Educação popular e saúde. Participação popular.

ABSTRACT *In the mid-1990s, Victor Valla proposed to incorporate the population participation in the practice of health surveillance, through Paulo Freire's popular education. This counterpoint to traditional surveillance practices, called civil health surveillance, added to the expanded concept of health, and has a strong connection with the critical perspective of Epidemiology as a means to understand the dialectical relationship between social classes and their lived spaces. The practice of civil surveillance aims to overcome essential gaps left by traditional methods of public health investigation. It includes a lack of attention to socio-cultural contexts, the construction of risk located only in the individual, and the representation of public health agendas that privilege and pathologize certain behaviors. This paper discusses the concept of civil health surveillance, the locus of discussion of population studies in the reification of the role of the contextual effect in explaining the social production of health and the incorporation of popular participation in health surveillance as an element of social transformation. The deepening of this discussion allows a participatory construction of new health models focused on the effective reduction of health inequities and, consequently, the effective universalization of the right to health.*

KEYWORDS *Health surveillance. Civil health surveillance. Popular education and health. Popular participation.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. raphael24601@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade Estácio de Sá (Unesa) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A publicação das Leis Orgânicas de Saúde (Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990) instituiu os princípios doutrinários e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo as formas de participação popular na gestão colegiada do sistema de saúde. Trata-se de um importante ganho para os direitos sociais e humanos no Brasil. A vigilância em saúde, por sua vez, é considerada uma das funções essenciais da saúde pública. Esse modelo de atenção tem como lógica a integração de ações que compreendam a situação de saúde da população do território, extrapolando os espaços institucionalizados do sistema de serviços de saúde¹.

No Brasil, a vigilância em saúde é considerada um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados relacionados com a saúde, para o planejamento e a implantação de políticas públicas, incluindo regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças². Operacionalmente, ela apresenta os componentes de vigilância epidemiológica, promoção da saúde, vigilância da situação de saúde, vigilância em saúde ambiental, vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária³. Entre os seus processos de trabalho, há a produção de análises que subsidiem o estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade⁴.

Em 12 de julho de 2018, foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução nº 588 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para nortear o planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS⁵. A PNVS é definida como uma política pública

de Estado, de caráter universal, transversal e orientadora do modelo de atenção à saúde nos territórios, que necessita, para sua efetivação, do fortalecimento e da articulação com outras instâncias do sistema de saúde⁶.

As estratégias de articulação não institucionais, em oposição, não têm destaque. Em meio às históricas críticas à vigilância em saúde tradicional, Victor Vincent Valla desenvolveu, em meados dos anos de 1990, o conceito de vigilância civil da saúde, representando uma forma de compreender a vigilância em saúde que agrega a participação popular por meio de processos como a construção compartilhada do conhecimento. A proposta, estruturada a partir do conceito de educação popular de Paulo Freire, constitui um método de construção de uma nova consciência social⁷. Dessa forma, a ideia de Valla⁸ se baseava em realizar “uma epidemiologia do cotidiano, desenvolvida pelos setores populares juntamente com profissionais interessados na proposta”.

Dito isso, o objetivo deste ensaio é debater o conceito de vigilância civil da saúde, o *locus* de discussão dos estudos de população na reificação do papel do efeito contextual para a explicação da produção social da saúde e a incorporação da participação popular à vigilância em saúde como elemento de transformação social.

Os estudos populacionais e a produção social da doença

As necessidades de saúde e as condições de saúde de uma população não podem ser mensuradas ou conhecidas sem o correto conhecimento de seu tamanho e de suas características. O planejamento de saúde pública só é possível quando se conhece a composição da população-alvo das intervenções, de forma a conhecer quem são os mais vulneráveis e, por conseguinte, estabelecer quais são as prioridades das medidas a serem implementadas⁹. A saúde pública traz, em sua forma de se organizar, aspectos conceituais e teóricos voltados

para ação no campo da vigilância em saúde, com dimensões biológicas e individuais¹⁰. Portanto, certos fatores individuais, como gênero e grupos etários, e contextuais, como escolaridade e condições de vida e moradia, são essenciais para o sucesso das medidas sanitárias.

No Brasil, há uma marcada complexidade no cenário epidemiológico: há um efeito de polarização, em que as desigualdades regionais acabam por marcar diferenças importantes entre os distintos entes federativos no País¹¹. Diante do desafio de ter um sistema de saúde único, integrado e universal, idealizou-se um modelo alternativo de atenção à saúde que articulasse e integrasse as ações adequadas às especificidades da situação de saúde em cada território, contando com a integração de conhecimentos de diferentes áreas do conhecimento, como a medicina, a geografia, as ciências sociais aplicadas e a estatística^{12,13}. Nesse sentido, é importante ressaltar o lugar da demografia como ciência social aplicada, e que se vale, além do método, da contextualização social das mudanças quantitativas no padrão e no nível dos indicadores sociais. A demografia está preocupada com essa caracterização e compreensão da dinâmica populacional, ou seja, como populações mudam em resposta às tendências da fecundidade, mortalidade e migração¹⁴. Diante disso, a análise da estrutura populacional do presente e do futuro exige uma reflexão das componentes demográficas ao longo do tempo. Ratifica-se, portanto, a relevância das características demográficas no planejamento pelos profissionais de saúde pública¹⁵. Incluem-se aqui características que envolvem o conjunto de normas e convenções sociais, bem como a estrutura e a organização de classes sociais¹⁶.

De fato, a avaliação da saúde e da doença por meio da medição da mortalidade e da morbidade é um aspecto central das disciplinas demográficas. O tamanho, a composição e a distribuição da população são os principais atributos que ajudam a entender o nível de acesso e utilização dos serviços de saúde, bem como apontam o perfil de morbimortalidade

de subpopulações. Nesse sentido, a demografia da saúde considera os aspectos da saúde em dois níveis – individual e populacional. A relação intrínseca entre os níveis individual e populacional é que imprime o caráter processual, e não estanque, da produção da saúde e da doença.

Determinação social da doença no contexto das populações

A primeira vez em que a conexão entre o *status* social de uma pessoa e os desfechos em saúde foi feita ocorreu há, aproximadamente, 40 anos, em um conjunto de relatórios do *Whitehall Studies*, na Inglaterra, realizado entre funcionários públicos de um banco estatal. Naquele momento, ao comparar estratos de trabalhadores, todos com relativa estabilidade, mas com atribuições e *status* funcionais distintos (especialmente salários e certos benefícios trabalhistas), observou-se que, quanto maiores as vantagens sociais e trabalhistas, maior a expectativa de vida e melhor a saúde dos trabalhadores¹⁷. Isso se tornou conhecido como gradiente social, e não se refere apenas à renda, mas a um conjunto de fatores socioeconômicos, e da maneira como eles concedem às pessoas maior autonomia e controle de suas vidas, incluindo a percepção sobre a posição social. Trata-se de um estudo pioneiro no desenvolvimento da epidemiologia social. Alguns anos mais tarde, esses fatores foram denominados determinantes sociais da saúde¹⁸. Fatores como renda, educação formal, classe social e trabalho foram sendo elaborados de forma a construir um complexo modelo de causalidade que incluía fatores individuais (modificáveis ou não), fatores coletivos e fatores contextuais, até hoje largamente utilizado para explicar a origem e a história natural das doenças^{19,20}.

Internacionalmente, a determinação social em saúde tem sido considerada uma questão

emergente no campo da saúde pública. No Brasil, essa discussão não é recente, e há diversos autores com uma extensa contribuição a esse debate, com alguns elementos conceituais importantes para o escopo desta fundamentação²¹. O principal deles diz respeito às distintas abordagens das ciências sociais pela saúde pública. Inicialmente, a discussão de dados epidemiológicos, de forma menos elaborada, induziu à criação de modelos teóricos que incluíam aspectos sociais, mas desconectados entre si, e que eram abordados como fatores de risco da mesma ordem que estilos de vida, padrão de consumo ou fatores não modificáveis, como sexo, idade e raça/cor da pele. Essa abordagem é conhecida como o modelo de determinantes sociais da saúde²². Os estudos mais recentes definem cinco dimensões: estabilidade econômica; educação; contexto social e comunitário; saúde e assistência à saúde; e ambiente e vizinhança²³. Cada uma delas reflete uma série de questões-chave que compõem os fatores subjacentes. Por exemplo, a estabilidade econômica inclui emprego e pobreza, assim como o contexto social e comunitário inclui discriminação e coesão social, e o ambiente inclui a organização espacial, urbanização e situações de crime e violência.

Consideram-se, inicialmente, para a construção deste modelo teórico, características individuais e coletivas por meio de categorias explicativas para a ocorrência de agravos em saúde: os determinantes fixos ou biológicos, como a idade e o sexo; os determinantes econômicos e sociais, como a posição, o estrato social e a pobreza; os ambientais, como a qualidade do ar e da água; os de estilos de vida, incluindo a alimentação, a atividade física, o tabagismo e o álcool; e aspectos mais globais, como o acesso aos serviços de saúde²⁴. Contudo, no limite, nas palavras de Garbois et al.²⁵, “a noção de determinantes sociais da saúde reforça a polaridade estabelecida entre o ser biológico e o ser social”, e a análise de sua situação de saúde – se é que essa

denominação é adequada – é dissecada entre profissionais da área de saúde dura, como médicos, enfermeiros e nutricionistas; e entre os profissionais da área mais social, como psicólogos e assistentes sociais, como se tais elementos estivessem desconectados.

A crítica a esse modelo trouxe a necessidade de uma nova abordagem, que convencionou-se chamar de determinação social, em uma clara tentativa de superação ao modelo fixo dos determinantes. Esse paradigma, por sua vez, compreende um conjunto de elementos, de estrutura e coesão social, que são dinâmicos por definição. Dessa forma, consideram não só os indicadores e os modelos de causalidade, mas também como eles vão modificando e sendo modificados pelo cotidiano das relações e da conjuntura política e econômica²⁶. Essa noção é bastante marcada, cabe destacar, por referenciais do materialismo histórico, com ênfase nos processos de produção e reprodução social²⁷.

A tensão provocada pelo conflito entre esses dois paradigmas vem sendo alvo de críticas há décadas. Um exemplo que marca é a análise crítica realizada por Nogueira²⁸ ao relatório sobre determinantes sociais de saúde divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008. Nesse documento oficial, a OMS inclui indicadores sociais nos modelos teóricos sobre o processo saúde-doença. No entanto, descarta qualquer contribuição das ciências sociais e políticas, tratando os determinantes como mais um elemento a ser considerado para a explicação – mas não para intervenção – das políticas públicas internacionais. Embora enfatize a necessidade de diminuir as desigualdades em saúde em todo o mundo por meio de um amplo conjunto de políticas sociais, o relatório acaba por explicitar a contribuição da epidemiologia sobre a métrica desses indicadores, entretanto, apresenta pouco sobre como lidar com as marcadas diferenças locais entre classes e contextos sociais²⁹.

Esse relatório, vale ressaltar, representou, à época, um retrocesso à discussão cunhada por volta dos anos 1970, pela corrente médico-social latino-americana, de determinação social da saúde³⁰, trazendo um 'social' fragmentado, insuficiente para analisar as mudanças sociais da contemporaneidade, especialmente em países com uma profunda heterogeneidade social, como é o caso do Brasil.

A mudança de paradigma dos determinantes para a determinação é, sem dúvida, um avanço no estudo dos aspectos não biológicos do processo saúde-doença. Isso se deve ao fato de que a determinação assume um novo enfoque e marco de referência explicativo das relações ente os diversos níveis – individual, coletivo, comunitário e contextual – e a situação de saúde³¹. Com isso, a possibilidade de intervenção nas condições de vida aumenta substancialmente, seja por meio de programas, seja mediante políticas mais consolidadas e de longo prazo. A esse respeito, Rocha e David³² destacam que, na definição de políticas públicas, dada a sua natureza de disputa, a adoção de uma ou outra perspectiva pode apoiar (ou não) uma ação mais ou menos focada, dependendo de como alguém estruturará esses processos políticos de implementação.

A determinação social do processo saúde-doença está traduzida, portanto, nas condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Essas circunstâncias são definidas pela distribuição de renda, poder e recursos nos níveis global, nacional e local, que afetam um amplo conjunto de riscos para a saúde e a qualidade de vida²⁰. São exemplos de dimensões da determinação: disponibilidade de recursos para atender às necessidades diárias; acesso a oportunidades educacionais, econômicas e de emprego; acesso a serviços de saúde; disponibilidade de equipamentos e recursos comunitários para suporte social e oportunidades para atividades recreativas e de lazer, segurança pública, apoio social, exposição à violência e desordem social; e condições socioeconômicas (como, por exemplo, a concentração de riqueza e a pobreza absoluta)²¹.

As políticas públicas e a dimensão social da vida

No Brasil, o processo de democratização da saúde, a partir da Carta Magna de 1988, e na sequência com a criação do SUS, induziu as políticas públicas intersetoriais a adotar uma concepção ampliada de atenção à saúde, com ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação³³. Para que essas ações sejam factíveis, é necessário considerar a possibilidade de erradicação das iniquidades sociais, por meio da adequação das prioridades sanitárias segundo a necessidade de atenção aos diversos contextos locais, ainda marcados por dificuldades na acessibilidade aos bens materiais e imateriais e oportunidades sociais.

Nesse sentido, Latour³⁴ defende uma nova abordagem ao social, que o compreenda como ponto de chegada, de convergência, e não como ponto de partida. Isso significa que se devem analisar os fenômenos naturais (inclusive os processos de adoecimento) a partir dos sociais, e não o contrário. Para isso, além de quantificar a realidade por intermédio de indicadores, é necessário analisar subjetivamente; e, a partir desse olhar qualitativo, conseguir compreender o processo saúde-doença³⁵.

Houve, para esse fim, a criação, em 2006, da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, com o objetivo de promover estudos sobre os determinantes sociais, e avançar nos seus mecanismos de causalidade, com vistas à recomendação de políticas para a promoção da equidade em saúde para o enfrentamento das iniquidades de saúde³⁶.

Participação popular e vigilância participativa

É preciso resgatar que, a partir de fins dos anos 1970 e início da década de 1980, o campo da saúde atravessou um importante momento no Brasil. A discussão sobre a crise da saúde no País ganhou fôlego mobilizando profissionais,

instituições, políticas e população. A implicação desse debate extrapolava a área da saúde em seu sentido mais estrito, uma vez que trazia questionamentos e proposições acerca da organização da vida em sociedade, incluindo diferentes atores nessa construção³⁷. A redemocratização e as conquistas sociais que seguiram após, culminando na promulgação da Constituição Federal em 1988, modificaram a ideia de controle social, passando a ser entendida como participação popular na formulação, acompanhamento e verificação das políticas públicas³⁸.

Esses movimentos sociais exercem um papel fundamental no campo da saúde coletiva. Hoje, os movimentos sociais são muitos e diversos, e isso é consequência do processo histórico de amadurecimento da cidadania e construção da própria democracia, da diversidade do País e de interesses dos diversos atores. Além disso, esses diversos movimentos sociais expressam diferentes formas de luta, de acordo com as dificuldades para a reprodução social da vida que os atores enfrentam nos ambientes físico, político e cultural em que estão imersos³⁹. De fato, as lideranças comunitárias possuem uma história de conquistas com relação às melhorias das condições de vida em relação ao que são consideradas fragilidades estruturais⁴⁰. Nesse sentido, um importante campo em que a articulação entre a sociedade civil e os serviços de saúde mostrou eficácia é o da vigilância em saúde, principalmente com as ações de análise de saúde no território.

Originalmente, a construção da vigilância epidemiológica no mundo ocidental seguiu um padrão de origem militar de controle de métodos biológicos baseados somente em identificação e mitigação, imunização e desenvolvimento de terapias, sem estímulo da participação popular. Nesse aspecto, apesar de as informações serem vitais para a análise e o monitoramento das condições de saúde da população, a vigilância em saúde no Brasil ainda se organiza de maneira autoritária, e isto se reflete na carência da noção de responsabilidade civil e na dificuldade de resposta a novas epidemias no mundo, como acontece na

pandemia da Covid-19⁴¹. Em oposição a essa noção, a vigilância participativa se apresenta como um método oportuno para empoderar a população a exercer a sua cidadania e apoiar governos na identificação de localidades⁴². Essa perspectiva abandona a construção mais tradicional da epidemiologia a favor de uma forma mais crítica *vis-à-vis* a complexidade do mundo contemporâneo.

Das origens da epidemiologia à perspectiva crítica

A partir do século XVII, quando ainda não havia clareza do desenvolvimento de patologias e a concepção do corpo humano estava fortemente associado a um instrumento de trabalho, emergiu o interesse em realizar quantificações de eventos vitais, como nascimentos e óbitos, para posterior análise dos padrões de adoecimento da população, dando abertura à dimensão coletiva da saúde⁴³.

Com o desenvolvimento da microbiologia no século XIX, ocorreu uma inevitável valorização da relação microrganismo-homem como principal causa da ocorrência de doenças. O modelo unicausal para explicação da ocorrência de doenças foi sustentado pela ocorrência de grandes epidemias de doenças infecciosas que levou à necessidade de adoção de estratégias específicas para seu enfrentamento, com adoção de medidas de controle de contágio, incluindo o isolamento social e a vacinação compulsórios. Nesse cenário, a epidemiologia, enquanto disciplina, emerge e se consolida em uma linha eminentemente biologicista, assumindo centralidade derivada da patologia e da clínica. Nesse período, destaca-se o desenvolvimento de pesquisas sobre doenças transmissíveis motivadas pelo interesse econômico e marcadas pela observação de fenômenos. A unicausalidade era fundamentada na busca de novos agentes etiológicos, na descoberta das formas de transmissão de doenças e na

proposição de base da terapêutica e da prevenção por vacinas⁴⁴. Para a análise de dados por meio da quantificação, foram desenvolvidos métodos e técnicas que deram origem à estatística; e, tomando por base a análise cartesiana, a comparação passou a preponderar na construção do conhecimento em saúde. A formalização da epidemiologia como campo se deu, então, por fundamentação matemática e lógica, excluindo outras abordagens para análise de saúde⁴⁵.

A expansão econômica iniciada no século XIX e que se estendeu pelo século XX levou a reformas sociais que resultaram na melhoria geral das condições de vida das populações, acarretando o aumento das expectativas de vida. O conseqüente envelhecimento populacional modificou o perfil de morbidade e mortalidade, marcado pela diminuição na ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias e aumento na ocorrência de doenças crônico-degenerativas. O novo padrão de adoecimento das populações provocou significativas transformações nos modelos de estudo da causalidade das doenças, de modo a se abarcar a complexidade dos processos que passaram a ser constituídos⁴⁶. Como resultado, a partir das décadas de 1970 e 1980, surge outra corrente da epidemiologia que contesta seus limites, sob o ponto de vista do positivismo e da clínica, e inclui variáveis sociais como determinantes do processo saúde-doença para compreensão global dos problemas de saúde.

Os estudos dessa nova concepção induziram o estudo de novas abordagens em saúde pública e estão frequentemente interessados em investigar o modo pelo qual as condições sociais influenciam e determinam o processo saúde-doença das populações, o que tem gerado uma crescente articulação entre a epidemiologia e as ciências sociais. A nova corrente passa a ser denominada por alguns estudiosos como epidemiologia social⁴⁷. O avanço dessa perspectiva contribuiu, em grande medida, à construção de uma linha de pensamento mais arrojada, e que foi central na criação da epidemiologia crítica.

Na América Latina, a epidemiologia crítica ganha espaço a partir da discussão a respeito da equidade social e da necessidade de incluir outros elementos, além dos de base biológica clássica, nas análises epidemiológicas. A construção de um modelo de causalidade centrado em determinantes sociais da doença apresenta-se como uma tentativa de superar o referencial teórico-positivista da epidemiologia clássica ou convencional⁴⁸. Em contraposição à epidemiologia clássica, que estuda a distribuição de agravos e seus determinantes em uma população a partir de características físicas e biológicas, a epidemiologia crítica tem como foco principal o estudo do modo pelo qual a sociedade e os diferentes modos de organização social influenciam a saúde e o bem-estar dos indivíduos e dos grupos sociais, possibilitando a incorporação de suas experiências para a melhor compreensão de como, onde e por que se dão as desigualdades na saúde⁴⁹. Para que seja possível assumir essa dimensão na investigação epidemiológica, é necessário atenção às teorias, aos conceitos e aos métodos relacionados com as ciências sociais, tais como: expressão biológica da desigualdade social; discriminação; gênero, sexismo e sexo; privação (material e social); curso de vida; exclusão social; entre outros⁵⁰.

Ampliando essa discussão, incorporam-se à epidemiologia crítica elementos da antropologia, que assume que um mesmo signo pode ter diferentes significados, dependendo de indivíduos e de seu contexto cultural. Nesse sentido, as fronteiras entre normal-patológico e saúde-doença seriam estabelecidas pelas experiências de enfermidade em diferentes culturas⁵¹. Desta forma, indivíduos portadores de doenças e ou agravos podem ser frequentemente identificados como indivíduos ativos e sem limitações, enquanto limitações e incapacidades podem ser reconhecidas em indivíduos sem qualquer tipo de doença⁵².

Ainda sobre a relação entre saúde e aspectos culturais, a narrativa da epidemiologia crítica é a de que a saúde não se reduz a uma mera adaptação a normas, mas refere-se, sobretudo, à

capacidade normativa singular. Assim, a percepção de saúde implica abertura a reajustamentos paradigmáticos, instituição de novas normas, comunicação simbólica e reconhecimento de uma realidade intersubjetiva⁵³. A epidemiologia crítica é definida a partir do estudo interdisciplinar e intercultural dos processos que determinam a produção e distribuição da saúde coletiva. Ela engloba o conjunto das relações sociais, ideias e práticas organizadas que os seres humanos realizam, com interesses estratégicos impostos pelo sistema político-econômico, de acordo com sua inserção econômica, afiliação de classe, cultura e gênero, bem como estratégias no domínio individual. Esses processos devem ser estudados em conjunto para desvendar as raízes socioambientais dos problemas de saúde⁵⁴.

Apesar de o declínio das doenças infecciosas, característico da segunda metade do século XX, ter contribuído para a introdução do estudo da determinação social do processo saúde-doença na compreensão da causalidade das doenças, a expectativa gerada da erradicação das doenças infecciosas não se realizou⁵⁵. Ao contrário, elas, cada vez mais, têm distribuição desigual entre os diferentes indivíduos e os distintos grupos sociais. Na determinação da emergência e reemergência das doenças infecciosas, está envolvido um elevado número de fatores, que podem ser organizados em múltiplas dimensões: demográfica, social e política, econômica, ambiental e desempenho do setor saúde⁵⁶. A epidemiologia, quando considerada nas suas dimensões social e crítica, revela-se como geradora de conhecimento científico essencial para a produção de dados que possibilitam análise ampliada de processos de saúde e de adoecimento, considerando individualidades e contextos político, econômico e social de uma determinada sociedade, em determinado momento histórico. Surge então a necessidade de discutir a prática da vigilância, que não cabe mais em recursos operacionais ou mecanismos coercitivos de investigação e protocolos de intervenção. Requer, sobretudo, um

alinhamento às práticas populares e à indução da participação popular.

É verdade que a vigilância em saúde tem seu histórico moldado cultural e epistemologicamente sob os alicerces da prerrogativa de uma cientificidade universal, na ideia de segurança social e o critério imperativo de urgência. A prerrogativa da cientificidade é pautada no modelo biomédico e clínico que conduz a uma vigilância de ‘casos’. A perspectiva desse modelo, concebido como uma ‘ciência dura’, não permite concepções críticas e emancipadoras de que o saber popular se configura como uma forma legítima de conhecimento sobre a saúde. A ideia de segurança social, por sua vez, é fundamentada sob a ótica da vigilância em saúde tradicional, e pressupõe a necessidade de que o Estado necessita impor um controle social, assumindo uma postura prescritiva¹². O critério imperativo de urgência revela, finalmente, uma cultura da ‘ditadura da urgência’⁵⁷. Nela, as ações de saúde são utilizadas como instrumentos de dominação sobre a comunidade, a partir da justificativa da necessidade premente de uma intervenção efetiva que a proteja do risco de epidemias e do abalo da ordem social. Dessa forma, estabelece-se com a população uma relação dominante que se distancia absolutamente da participação legítima popular nas políticas e ações de saúde. Termos tradicionais oriundos dessa concepção de vigilância epidemiológica, tais como ‘inteligência epidemiológica’⁵⁸, ‘braço armado’ da Epidemiologia⁵⁹ e ‘informação para ação’, evidenciam a relação vertical ‘dos promotores de saúde’ com a sociedade, vista como incapaz de ser protagonista de seu processo de produção de saúde e necessitando ser salva.

Vigilância civil e participação popular

O arcabouço epistemológico e cultural imposto pela vigilância em saúde tradicional foi amplamente criticado pela denominada

Epistemologia do Sul de Boaventura de Sousa Santos⁶⁰, que traz a concepção de que as ciências sociais dominantes, produzidas no Hemisfério Norte, como o modelo biomédico, tem caráter altamente regulatório. Com isso, a legitimidade do conhecimento se limita aos saberes e práticas oriundos dos Estados Unidos da América e da Europa, e nada para além dessa perspectiva tem relevância científica. Segundo o autor, as grandes teorias das ciências sociais produzidas em países do norte não se ajustam a nossas realidades sociais. Além disso, as experiências muito locais, não muito conhecidas nem legitimadas pelas ciências sociais hegemônicas, são hostilizadas pelos meios de comunicação social, e, por isso, têm permanecido invisíveis, desacreditadas. Nesse sentido, o autor sugere a criação de ‘subjetividades rebeldes’ contrapondo-se à ‘ação conformista’⁶¹.

A concepção de educação popular de Paulo Freire encontrou eco no discurso sobre a Epistemologia do Sul de Boaventura de Sousa Santos. O autor impôs severas críticas à ‘ciência da norma culta’ e exaltou o saber popular como um saber científico e emancipatório. Essa dimensão territorial atribuída às ações de vigilância foi um meio propício para a abordagem emancipatória das comunidades. Isso se dá, sobretudo, quando se compreende a dimensão territorial na perspectiva de Milton Santos⁶², em que o território é compreendido como um espaço existencial que transcende a dimensão física, mas local onde se constroem resistências populares e ambientes de solidariedade e no qual a vigilância em saúde deve ser realizada com a participação da comunidade, de forma coerente à realidade da população e a partir da dinâmica da troca permanente de conhecimentos e saberes técnico-científicos e populares.

Não obstante os avanços decorrentes da implementação do SUS, os modelos formais de vigilância em saúde continuavam a ser questionados, assim como Porto⁶³ faz ao indagar “em que medida podemos pensar a vigilância em seu caráter emancipatório,

bem como seus limites nos tempos atuais?”. O autor realizou um contraponto entre a vigilância em saúde vigente no Ministério da Saúde e no SUS, de caráter operacional e pautada no controle de agravos específicos, e uma proposta alternativa da vigilância da saúde, embasada nos princípios da saúde coletiva e da reforma sanitária, de forma a consolidar o setor saúde como promotor de políticas estratégicas de transformação social e enfrentamento das desigualdades sociais, intervindo sobre os determinantes sociais da saúde. Ao final, essa parece ser a saída para a transformação social.

Considerações finais

O conceito de vigilância civil e as suas relações com estratégias de articulação não institucionais, ausentes dos textos normativos do Ministério da Saúde, reforçam a prática coercitiva recorrente da vigilância em saúde no Brasil. Mesmo após anos de disputa teórica sobre as concepções em saúde, inclusive com a incorporação de elementos do campo das ciências sociais, puras ou aplicadas, ainda temos uma prática de epidemiologia descaracterizada dos efeitos contextuais que explicam a forma de fazer saúde. Os estudos de população, e a demografia em particular, têm trazido valiosas contribuições nesse sentido. A abrangência da epidemiologia social, em oposição à epidemiologia clínica, e a perspectiva da epidemiologia crítica são reorientadoras da práxis do campo da saúde que merecem cada vez mais destaque.

A ideia de ‘Construção compartilhada do conhecimento’, agregada à vigilância civil da saúde, foi um termo cunhado de forma coletiva. A ideia central do conceito é fundamentada na concepção de que ‘sujeitos com saberes diferentes, porém não hierarquizados, se relacionam a partir de interesses comuns’ e podem exercer posições de poder de intervenção nos processos que condicionam a vida. Nessa direção, o conceito de

vigilância civil da saúde é amplamente influenciado pela concepção da epidemiologia comunitária, baseada em um processo ativo de participação popular, desde o diagnóstico da situação de saúde, um instrumento de autoconsciência da comunidade.

A interseção desses aspectos é expressa de forma contundente na ideia de Victor Valla ao problematizar a realidade local, promover a relação de diálogos e escuta, usar as múltiplas linguagens e as metodologias de valorização da realidade local, com empoderamento comunitário. Ao final, o legado de Valla não se dá apenas no campo da educação popular *per se*, mas para rever toda a forma de pensar as práticas em saúde que, no limite, definem o modelo de atenção à saúde do País. Somente dessa forma será possível romper com o paradigma vigente da vigilância, passando a um monitoramento da determinação social dos processos de saúde, voltado para a transformação social.

Colaboradores

Guimarães RM (0000-0003-1225-6719)* contribuiu para concepção, redação e revisão crítica da versão final. Martins TCF (0000-0002-6225-7245)* contribuiu para escrita, revisão final do manuscrito e aprovação da versão de submissão. Dutra VGP (0000-0001-6939-742X)* contribuiu para escrita, revisão final do manuscrito e aprovação da versão de submissão. Oliveira MPRPB (0000-0003-2628-0023)* contribuiu para escrita, revisão final do manuscrito e aprovação da versão de submissão. Santos LPR (0000-0002-1225-3908)* contribuiu para redação e revisão crítica final do manuscrito. Crepaldi MM (0000-0002-5479-4016)* contribuiu para escrita de uma parte do manuscrito enviado para avaliação. Cavalcante JR (0000-0003-2070-3822)* contribuiu para escrita, revisão final do manuscrito e aprovação da versão de submissão. ■

Referências

1. Arreaza ALV. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(4):2001-2013.
2. Guimarães RM, Meira KC, Paz EPA, et al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(5):1407-1416.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União.* 23 Dez 2009.
4. Brasil. Portaria GM nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União.* 9 Jul 2003.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, Seção 1:87, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. *Diário Oficial da União.* 13 Ago 2018.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. [acesso em 2021 jun 25]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio_Final_L_CNVs.pdf.
7. Stota E. Entre a academia e a rua: Víctor Vincent Valla (1937-2009). *Interface – Com. Saúde Educ.* 2009; 13(31):461-466.
8. Valla VV. Educação popular e conhecimento: a monitoração civil dos serviços de saúde e educação nas metrópoles brasileiras. In: Stota EN, Valla VV, organizadores. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p. 103-112. [acesso em 2022 set 16]. Disponível em: <https://www.victorvincentvalla.com.br/wp-content/uploads/Educa%C3%A7%C3%A3o-popular-e-conhecimento-a-monitora%C3%A7%C3%A3o-civil.pdf>.
9. Persson G. Demography and public health. *Scand. J. Public Health.* 2006; 34(supl67):19-25.
10. Waldman EA. Os 110 anos de Vigilância em Saúde no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2012; 21(3):365-6.
11. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2004 [acesso em 2022 set 16]; (9):897-908. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NcL6K3C5p7dRgQfZ938WtRD/?lang=pt>.
12. Sevalho G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. *Physis.* 2016; 26(2):611-32.
13. Arreaza ALV, Moraes JC. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(4):2215-28.
14. Organização das Nações Unidas. *World Population Prospects: The 2012 Revision*. New York: DESA, Population Division; 2013. [acesso em 2021 maio 16]. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.
15. Pol LG, Thomas RK. *The demography of health and healthcare*. New York: Springer; 2013.
16. Duffy BJ, Behm H. Demography and Public Health. *The Milbank Memorial Fund Quarterly.* 1964; 42(2):276-286.
17. Marmot M, Shipley MJ, Rose G. Inequalities in health: Specific explanations of a general pattern? *Lancet.* 1984; (I):1003-1006.
18. Marmot M. Commentary: Social determinants and the health gap: creating a social movement. *Int J Epidemiol.* 2017; 46(4):1335-1339.
19. Marmot M, Bell R. Social inequalities in health: a proper concern of epidemiology. *Ann Epidemiol.* 2016; 26(4):238-40.
20. Marmot M. Déterminants sociaux de la santé: santé publique et pratique clinique. *Rev Med Suisse.* 2019; 15(640):461.
21. Marmot M. The Disease of Poverty. *Sci Am.* 2016; 314(3):23-4.
22. Albuquerque GSC, Silva MJS. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde debate.* 2014; 38(103):953-965.
23. United States. Secretary's Advisory Committee on Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020. *Healthy People 2020: An Opportunity to Address the Societal Determinants of Health in the United States*. [acesso em 2022 set 5]. Disponível em: <https://www.healthypeople.gov/sites/default/files/SocietalDeterminantsHealth.pdf>.
24. Carrapato PC, Pedro e Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde Soc.* 2017; 26(3):676-689.
25. Garbois JÁ, Sodré F, Dalbello-Araujo M, et al. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. *Saúde e Soc.* 2014 [acesso em 2022 set 9]; 23(4):1173-1182. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PqRVj8dcNHfP6XHcSqWjLrn/?lang=pt&format=pdf>.

26. Borghi CMSO, Oliveira RM, Sevalho G. Determinação ou determinantes sociais de saúde: texto e contexto na América Latina. *Trab. Educ. Saúde*. 2018; 16(3):869-897.
27. Fernandez JCA. Determinantes culturais da saúde: uma abordagem para a promoção de equidade. *Saúde e Soc*. 2014; 23(1):167-179.
28. Nogueira RP. Determinantes, determinação e determinismo sociais. *Saúde debate*. 2009; 33(83):397-406.
29. Sobral A, Freitas CM. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. *Saúde e Sociedade*. 2010; 19(1):35-47.
30. Garbois JÁ, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde debate*. 2017; 41(112):63-76.
31. Buss PM, Pelegrinni AF. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007; 17(1):77-93.
32. Rocha PR, David HMSL. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. *Rev. Esc. Enfer. USP*. 2015; 49(1):129-135.
33. Fiorato RC, Elui VMC. Determinantes sociais da saúde, iniquidades e inclusão social entre pessoas com deficiência. *Rev Latino-Americana Enfer*. 2009; 23(2):329-336.
34. Latour B. *Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede*. Edufba: Salvador; Bauru: Edusc; 2012.
35. Santos SSBS, Melo CMM. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família. *Ciênc. Saúde Colet*. 2008; 13(6):1923-1932.
36. Pellegrini Filho A. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(supl2):135-140.
37. Bispo Júnior JP, Gerschman S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18(1):7-16.
38. Stotz E. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. *Saúde debate*. 2006; 30(73/74):149-160.
39. Gohn MG. Movimentos sociais na contemporaneidade. *Rev Bras. Educ*. 2011; 16(47):333-361.
40. Juliano EFGA, Malheiros TF, Marques RC. Lideranças comunitárias e o cuidado com a saúde, o meio ambiente e o saneamento nas áreas de vulnerabilidade social. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(3):789-796.
41. Filho HRC, Segall-Corrêa AM. Lockdown ou vigilância participativa em saúde? Lições da Covid-19. *Saúde debate*. 2020; 44(124):5-16.
42. Breilh J. From conventional surveillance to participatory monitoring. *Ciênc. Saúde Colet*. 2003; 8(4):937-951.
43. Almeida Filho N, Andrade RFS. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 97-115.
44. Skalinski LM. *Epidemiologia e epidemiologia crítica: considerações sobre diferentes estilos de pensamento*. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008. 141 p.
45. Barata RB. Epidemiologia e saber científico. *Rev. Bras. Epid*. 1998; 1(1):14-27.
46. Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
47. Krieger N. Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st century. *Epidemiol Rev*. 2000; 22(1):155-63.

48. Ramos FLP, Hora AL, Souza CTV, et al. As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2016; (7):221-229.
49. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epid. Comm. Health*. 2001; 55(10):693-700.
50. Samaja J. A Reprodução Social e a Saúde: elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das “relações” entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
51. Breilh J. Latin American critical (‘Social’) epidemiology: new settings for an old dream. *Int J Epidemiol*. 2008; 37(4):745-50.
52. Coelho MTA, Almeida Filho N. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA, organizadores. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 101-113.
53. Jaime Breilh. Entrevista: Jaime Breilh. *Trab. Educ. Saúde*. 2015; 13(2):533-540.
54. Grisotti M. Doenças infecciosas emergentes e a emergência das doenças: uma revisão conceitual e novas questões. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010; 15(supl1):1095-104.
55. Luna EJA. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5(3):229-43.
56. Barreto ML. Health inequalities: a global perspective. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(7):2097-2108.
57. Valla VV. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: Stota EM, Valla VV, organizadores. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p. 87-100.
58. Langmuir D. The geochemistry of some carbonate ground waters in central Pennsylvania. *Geoch. Cosmoch. Acta*. 1971; 35(10):1023-1045.
59. Romero A, Troncoso MC. La vigilancia epidemiológica: significado e implicaciones en la práctica y en la docencia. *Cuad. Médico Soc*. 1981 [acesso em 2022 set 16]; (7):17-28. Disponível em: <http://capacitasa-lud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/02/Cuadernos-Medico-Sociales-17.pdf>.
60. Sousa Santos B. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. São Paulo: Boitempo; 2007.
61. Sousa Santos B, Meneses MP, organizadores. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez; 2010. [acesso em 2022 set 16]. Disponível em: http://professor.ufop.br/sites/default/files/tatiana/files/epistemologias_do_sul_boaventura.pdf.
62. Santos M. *A natureza do espaço – Técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Hucitec; 1996
63. Porto MFS. Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017 [acesso em 2022 set 16]; 22(10):3149-3159. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NpQpgwkDVQjmN-zwkchSZWMz/abstract/?lang=pt>.

Recebido em 13/07/2021

Aprovado em 20/09/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Análisis del sistema de salud chileno y su estructura en la participación social

Analysis of the Chilean health system and its structure in social participation

Patricio Fabián Oliva Mella¹, Carmen Gloria Narváez¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E407

RESUMEN El desarrollo político-económico que ha tenido Chile durante las últimas décadas ha permitido la evolución de su institucionalidad sanitaria, donde se ha mejorado la cobertura, gestión e infraestructura hospitalaria. La organización de la política sanitaria es altamente centralizada y estructurada desde el Estado, ello ha permitido implementar con rapidez diversos programas. La participación, por otro lado, se mantiene dentro de los espacios que la institucionalidad permite, sin embargo, existe una permanente presión de grupos no gubernamentales que piden una gobernanza diferente. Se desea, por lo tanto, pasar de una reactividad participativa en materias sanitarias a una proactividad permanente, aunque ello requiere de una permanente conversación entre el Estado y la ciudadanía. En el artículo se analiza el sistema sanitario chileno y cómo se relaciona con la participación ciudadana subsecuente, evidenciando los elementos, que bajo la realidad social actual, necesitan de un cambio para satisfacer adecuadamente a la población.

PALABRAS-CLAVE Salud pública. Participación ciudadana. Acceso a la atención de salud.

ABSTRACT *The political-economic development that Chile has had in recent decades has allowed the evolution of its health institutions, where hospital coverage, management, and infrastructure have been improved. The health policy organization is highly centralized and structured by the State, and this has allowed the rapid implementation of several programs. On the other hand, participation is maintained within the spaces allowed by institutionality. However, there is permanent pressure from non-governmental groups asking for different governance. Therefore, moving from a participatory reactivity in health matters to permanent proactivity is desired, although this requires a constant dialogue between the State and citizens. This paper analyzes the Chilean health system and how it relates to subsequent citizen participation, highlighting the elements that, under the current social reality, require a change to satisfy the population adequately.*

KEYWORDS *Public health. Citizen participation. Access to healthcare.*

¹Universidad del Desarrollo (UDD), Facultad de Ciencias de Salud – Concepción, Chile. patriciooliva@udd.cl



Chile: La participación social en el marco del modelo socio-institucional

En las últimas décadas, Chile se ha caracterizado por poseer un fuerte desarrollo económico y una notoria estabilidad en los procesos democráticos lo que permitió además mejorar sustantivamente el acceso y atención a los sectores medios de la población alcanzando un estándar propio de los países desarrollados. El modelo permitió una rápida reducción de los índices de pobreza extrema, la diversificación productiva, la globalización de su economía y el control de diversas patologías endémicas desde lo sanitario entre muchos otros ejemplos. Esto se construyó innovando y adaptando estrategias de desarrollo en el contexto nacional, planificado desde círculos de expertos, pero con una escasa socialización que tensionó a lo largo del tiempo el sistema social, presionando sobre todo por una mayor comprensión y participación. Los cambios, sin embargo, no han tardado en llegar, sobre todo basados en la crítica a los fundamentos del sistema.

Desde este contexto nos planteamos ¿Cómo ha influido el sistema sociopolítico en la participación social en términos institucionales? En general se observa que en los últimos 30 años, la participación se ha establecido por medio de canales formales e institucionalizados, de acuerdo a una lógica tradicional donde la construcción de las rutas de participación se sedimentó principalmente en los partidos políticos, sobre todo al momento de establecer un comportamiento cívico que retribuyera en acciones sociales específicas^{1,2}. Esta participación se manifestó además en las comunidades religiosas, tanto católica como evangélica, cuya penetración en la sociedad se había mantenido de forma sostenida durante los años 90 y 2000.

Este tipo de participación tradicional, que canaliza de forma ordenada ciertas inquietudes sociales, resultaba excluyente para el resto de la población, quienes observaban de

manera marginal el desarrollo de los acontecimientos sociales. La participación ciudadana es limitada de acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), dado que sólo un 49% del padrón electoral votó en las elecciones generales de 2013, lo que representa una de las tasas más bajas de los países OCDE³. En las elecciones municipales de 2016, la tasa de participación fue de 34,9%, coincidiendo con un bajo nivel de confianza en las instituciones públicas y pocos chilenos están pendientes del acontecer nacional³.

Dentro de este escenario surge una pregunta aún más específica: ¿Cómo ha sido el modelo de la participación sociosanitaria en las últimas décadas? en las que se observan elementos particulares que determinan una lógica que se extiende de manera ineluctable en las expresiones de la participación social en general. Nuevamente al observar la historia reciente se establece una recepción pasiva, por parte del usuario, de aquellas políticas sanitarias que redundaron en su contingencia en el corto y en el largo plazo. Dicha posición, propias de una observación no participante, se fundamenta en la asignación de expectativas y atributos a los representantes políticos que activaban en instancias partidistas formales. Al respecto se podían observar dos formas en las cuales estas expectativas se hacían patentes en el imaginario social: el primero de ellos se puede definir bajo la observancia de la asistencialidad en el sector público, esto involucraba una escasa participación del usuario y la resignación a políticas que permanentemente requerían de una actualización y de la incorporación de más recursos.

Este tipo de expectativa generó paulatinamente las bases de un malestar social orientado específicamente en la atención sanitaria de urgencia, pero también en la necesidad de atención en intervenciones quirúrgicas de mayor gravedad. Un segundo tipo de expectativas se estableció en el sector privado donde prima un mercado en el cual la calidad implicaba un mayor gasto asociado, también con una

escasa participación de los usuarios que debían adoptar cláusulas de compleja interpretación en los seguros sanitarios.

El sistema de salud: tensión entre la estructura sanitaria y la necesidad de participación

Para que ocurra un cambio de gobernanza sanitaria en el contexto nacional, se requiere abordar un cambio en la política de participación social que genere las instancias necesarias para que el sujeto pueda contribuir de manera democrática a la construcción de un sistema sanitario acorde a la contingencia social. En Chile, el cambio sociocultural se generó antes que la modificación política y éste ha modificado las bases de lo que era considerado normativamente correcto elevando la probabilidad de potenciales modificaciones hacia direcciones aún desconocidas.

Entonces, ¿la organización política de Chile influye en la participación ciudadana en el sistema sanitario? La respuesta es compleja, sobre todo porque en esta área se observa una réplica sectorial del modelo de administración política y de asignación de recursos a nivel nacional. Las ventajas de este modelo radican en la visión unitaria de las políticas sanitarias, este factor permite que se establezca de forma homogénea los diversos programas y que resultan altamente exitosos en campañas epidemiológicas como lo es la vacunación infantil o frente a epidemias estacionales por ejemplo^{4,5}. La desventaja radica en la falta de contextualidad que poseen las políticas, que al ser planificadas en la capital del país poseen un matiz urbano, adoleciendo de la ruralidad que se exponen en gran parte de las ciudades del país.

El sistema sociosanitario chileno posee una serie de características únicas que lo han hecho eficiente frente a determinadas demandas históricas, aunque comulga con las

deficiencias propias de los sistemas sanitarios a nivel mundial, es en esta lucha entre el control de los determinantes sociales asociados a salud y la organización sanitaria epidemiológica con las problemáticas político-económicas, aquello que le entrega una riqueza analítica específica y digna de estudio.

El Acceso en la salud chilena: Organización institucional y participación

El acceso a la salud chilena se formaliza de acuerdo a estructuras identificables que se han mantenido a lo largo del tiempo estableciendo mejoras y adecuándose paulatinamente a los cambios sociales y tecnológicos, la participación, por lo tanto, se canaliza por medios formales dependiendo de la instancia o temática atingente⁶. Si bien no se alcanza para el establecimiento de una nueva gobernanza en lo sanitario, sí permite la participación organizada en algunos aspectos de la toma de decisiones en determinadas políticas públicas

Para comprender efectivamente el acceso a la salud hay que conocer primero las organizaciones asociadas siendo estas en Chile:

- El Sistema Nacional de Salud, que incluye a todas las personas y entidades, ya sean estatales, públicas o privadas, que cumplen funciones relativas a la estructura, financiamiento, aseguramiento y funcionamiento del sistema en su conjunto^{7,8}. La incorporación de la participación ciudadana se articula en esta instancia por medio del Consejo de la Sociedad Civil, por el comité de usuarios, en la cuenta pública participativa, así como en el sistema integral de atención e información ciudadana⁹.
- El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), entidad pública con un claro marco normativo, que está centrada en la provisión de servicios asistenciales a la población,

para lo cual cuenta en forma descentralizada con servicios de salud de ámbito regional o subregional, que disponen de una red asistencial; también participan del SNS, aquellas instituciones que se adscriben a través de convenios, destacando los municipios y los servicios delegados¹⁰. La participación, por lo tanto, permanece dentro de lo institucional, vinculándose con centros de estudios o con la academia según corresponda.

- El sistema público se organiza en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que implica un seguro solidario que garantiza el acceso a atenciones médicas de diversa índole, en éste la cobertura al año 2017 alcanzó al 77% de la población nacional, configurándose como el principal subsistema de prestación de servicios médicos en el país^{5,11}, siendo, además, el que más demanda recursos y que presenta mayores conflictos por dicha razón. La participación ciudadana se canaliza por medio del Consejo de la Sociedad Civil. La función de este consejo radica en establecer vínculos entre la gestión de los establecimientos sanitarios y las necesidades de la comunidad, no obstante, este consejo no tiene poder de decisión. También existe la instancia en la Cuenta Pública Participativa que es un espacio para la rendición de cuenta y de diálogo entre el Director Nacional de FONASA con representantes de la sociedad civil, permitiendo entregar un resumen de la gestión¹².

- En el sistema de salud privado, se considera la administración del mismo cargo sanitario a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). La participación ciudadana en el sistema privado existe solamente mediante la retroalimentación generada a través de estudios particulares efectuados por dichas instituciones en torno a las necesidades sanitarias de la población a la cual atienden. En ambos casos, público y privado, el aporte al sistema de salud corresponde a 7% del ingreso imponible de cada trabajador. No obstante, en el caso de los trabajadores que dependen del sistema privado, puede alcanzar hasta

un 10% en promedio¹³, situación también cuestionada por la ciudadanía, aunque no se ha logrado canalizar exitosamente por medio de vías políticas.

Fundamentos de la participación ciudadana en salud en Chile

Las políticas de participación ciudadana en el contexto sanitario implican, desde lo formal, una evaluación conjunta de las problemáticas existentes estableciendo metas compartidas dentro de plazos determinados¹⁴. En el marco de la estructuración de una política de participación ciudadana integrada en las decisiones sanitarias a nivel nacional, habría que considerar fases en la que esta se visibiliza generando la movilización de los recursos del sistema hacia una problemática específica, frente a ello podemos preguntarnos: “¿Cuáles son los factores sociales que influyen en el desarrollo de la participación social en salud a nivel nacional?” Ante lo cual surge un escenario multidimensional que dialoga permanentemente entre el contexto y sus participantes. Frente a ello, en el contexto chileno, podemos establecer algunos puntos tales como:

- La participación como expresión de una necesidad específica en salud: ante lo cual se establecen vínculos comunicativos entre grupos con una organización que responde a un tema sanitario específico, aunque los resultados pueden extenderse a ámbitos sanitarios que sobrepasan sus iniciativas iniciales. Este tipo de organización ha sido permanente en los últimos 30 años, aunque en la última década se ha potenciado por las redes sociales generando un tipo de gobernanza digital ágil y de rápida evolución.

- La participación como una expresión subpolítica de salud, lo cual deriva de lo anteriormente manifestado, aunque posee un

componente organizacional adicional que implica una independencia de una estructura institucional sanitaria tradicional. El concepto subpolítico, propio de la sociedad del riesgo, incorpora elementos conceptuales que permiten que la gobernanza de esta organización se estructure de acuerdo a sus propias reglas y fines. El objetivo es alcanzar una meta evaluando permanentemente nuevas vías para la obtención de los recursos que solucionarán la problemática. Es en este caso donde se sitúan organizaciones que buscan la legalización de la marihuana con fines medicinales o la obtención de medicamentos específicos para enfermedades raras.

– La articulación organizacional para la participación formal con las instituciones tradicionales en salud, es la última forma identificable que observa a un tipo de participación viable en la generación de políticas sanitarias a nivel nacional. Este tipo de participación implica la aceptación de las normativas impuesta desde la institucionalidad sanitaria tradicional ocupando los espacios permitidos para la generación de consensos en torno a diversas temáticas sanitarias.

Socialmente, la utilización de las 3 formas organizativas para la participación ciudadana en salud evidencia la ocupación de los nichos participativos disponibles para la comunicación sobre aspectos específicos a nivel sanitario. Sociológicamente se observa que la comunicación adquiere distintas formas de interacción organizándose de acuerdo a las necesidades y hechos circunstanciales para responder a una necesidad social, en este caso sanitaria, evidente y urgente.

Entonces podemos preguntarnos ¿qué es participación en salud en Chile? descubriendo distinciones que generan una semántica reconocible al momento de definirla. Al respecto, la participación contiene inicialmente un elemento de individualidad, en el cual el sujeto consciente se ve afectado no tan solo por eventos y factores de riesgo, sino

que también por condicionantes sociales que institucionalmente no dan cuenta de un apoyo efectivo para la solución de su problema^{14,15}. Esto conlleva a una segunda fase en el cual se establece una definición colectiva vinculada a los derechos y políticas sanitarias.

Entonces, la participación sanitaria, como un hecho social, no solamente se define de forma conceptual como un mecanismo de gobernanza, sino que en la práctica democratiza el conocimiento en torno a una temática sanitaria específica, así como en las acciones que la sociedad concibe como necesarias para su resolución¹⁴. En el caso chileno, esta participación ha demandado la atención de temáticas diversas que van desde la visualización de patologías no cubiertas por el sistema sanitario público y privado, así como el cuestionamiento financiero de las políticas de protección sanitarias públicas y privadas en el país. Es en los últimos 5 años donde la organización de la sociedad civil ha logrado un activismo que ha visibilizado diversas problemáticas que se discuten en instancias legislativas en la actualidad.

La propuesta teórica y la contingencia en la participación en el sistema sanitario

Las políticas de participación social transitan desde un modelo paternalista que asegura el acceso a la información a uno que es de carácter consultivo y cuya característica radica en recoger las demandas y propuestas de diversas organizaciones con el objetivo de establecer políticas que satisfagan de forma adecuada a esta población^{14,15}. De acuerdo al Ministerio de Salud de Chile (MINSAL)¹⁴, la participación de los ciudadanos y ciudadanas, contribuye:

- Al desarrollo de personas como sujetos activos en el manejo de las condiciones que

favorecen el desarrollo integral, el bienestar y la calidad de vida.

- A la creación de comunidades con capacidad de interlocución con el sector de la política pública en sus distintos niveles de actuación.
- A la construcción de ciudadanía con capacidad de expresar demandas sentidas como pleno ejercicio democrático.
- A la construcción de ciudadanía que actúa de manera solidaria frente a problemas comunes.
- Al ejercicio del control social sobre la gestión pública y la administración de los recursos fiscales.

Al respecto, desde la reflexión sanitaria estatal, la participación en los diversos sistemas resulta fundamental para la actualización de estos, además de la integración con instituciones afines, es más la participación social garantiza que los servicios de atención primaria brinden soluciones a los problemas de salud de la población¹⁶; esta debe reflejar una nueva forma de relación entre Estado y ciudadanía, basado en el reconocimiento del valor del otro y de su legitimidad para decidir sobre su salud¹⁷. En Chile, teóricamente se pretende que las mismas personas se transformen en participantes activos que controlan sus determinantes sanitarios.

Pero en la práctica, la participación dentro de estos sistemas sanitarios no es permanente, tampoco se expresa en un continuo evolutivo hacia una gobernanza total, sino que más bien, responde a los procesos políticos y contingentes que ocurren en el país. Esto conduce a un panorama en el cual la participación ciudadana, en el caso chileno la participación tiene un carácter no lineal y reactivo frente a carencias evidentes en el mismo sistema o en las políticas que lo sustentan.

La participación ciudadana desde una perspectiva histórica

En 1998, el MINSAL pone en marcha su Primer Plan Nacional de Promoción de la Salud de acuerdo con el perfil epidemiológico del país y con el impulso internacional a la promoción de la salud y la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS). A partir de 28 instituciones públicas y privadas de todo el país, se crea el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud Vida Chile cuya función es asesorar a los ministerios para la elaboración de políticas saludables y coordinar un plan de acción estratégico de carácter intersectorial¹⁸. La interacción de estas instancias en el territorio produce canales comunicativos en los cuales se permite la adopción de ciertas medidas de participación, aunque siempre restringidas a los marcos configurativos de la institución sanitaria central.

Los consejos comunales Vida Chile cuentan con una red de consejos locales, tienen un carácter participativo y con representantes de organizaciones sociales y comunitarias, autoridades municipales, servicios públicos locales y entidades privadas que colaboran con el diagnóstico participativo de la salud y la calidad de vida y participar en la formulación, implementación y evaluación del Plan Comunal de Promoción de Salud¹⁹.

Entre 2006 y 2010, la Agenda Pro-Participación Ciudadana desarrolló un conjunto de orientaciones que expresan los lineamientos de políticas públicas para promover la participación, el ejercicio de derechos ciudadanos, el asociacionismo y respeto a la diversidad, política con cuatro ejes definidos, que abarcan los componentes participativos de las políticas públicas¹⁴:

- a) Derecho Ciudadano a la información pública
- b) Gestión Pública Participativa

- c) Fortalecimiento de la Sociedad Civil
- d) No discriminación y respeto a la diversidad.

El periodo político en el cual se instaló esta agenda estaba centrado en la estructuración formal de la comunicación políticas en la sociedad que incluían un matiz organizativo partidario. La efectividad a largo plazo se relativizó a medida que se enfatizaron otras áreas del desarrollo social del país. Un elemento importante que también influyó en las prioridades de una agenda de participación fue el terremoto del año 2010 que redefinió las políticas sociales (sanitarias incluidas) en torno a la reconstrucción por varios años.

Lo legal e institucional en la participación social en salud

A pesar de lo anteriormente mencionado, se establecieron iniciativas de participación que concluyeron en normativas y en leyes que intentaban sistematizar la acción social por medio de canales definidos desde la autoridad central y con ello mantener un orden organizativo que facilita la comunicación entre sistemas. La Ley N° 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la gestión pública, institucionaliza la Participación Ciudadana, cuya misión es:

Fomentar la participación ciudadana para promover una cultura de corresponsabilidad, fortaleciendo los espacios de comunicación entre el gobierno y la ciudadanía, aumentando la transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas públicas¹⁴.

En el contexto descrito, la participación en Chile se ha institucionalizado ya sea a través de la Ley de Autoridad Sanitaria, los Consejos de Integración de la Red Asistencial, los Consejos Asesores de las Secretarías Regionales

Ministeriales de Salud; los Consejos Asesores de los Hospitales Autogestionados, los mecanismos de integración y articulación de la red asistencial en los cuáles se expresa en cierta medida las tomas de decisiones en materias de salud pública y provisión de servicios^{14,15}. Las estructuras citadas sistematizan la información recogida por parte de la población permitiendo canales formales en el cual la socialización de la información puede transitar fácilmente hacia las autoridades pertinentes, aunque dicha información es solo una parte del total que la institución central incorpora para las decisiones sanitarias definitivas.

Lo anterior es importante ya que orienta políticamente los temas y órganos que deben comprometerse desde la Administración del Estado para implementar acciones en materia de participación ciudadana, corresponsablemente con el objetivo de avanzar en el mejoramiento de los servicios a la ciudadanía. Todo ello debe ir aparejado con la idea de una ciudadanía activa, “capaz de expresar demandas al Estado y de incorporarse en forma efectiva a la esfera pública”²⁰. No obstante las condiciones de exclusión y fragmentación social que habitualmente se asocian al modelo sociopolítico imperante, desigualdad y globalización, hacen dificultoso el camino a esta real participación y por ello se pretende incorporar definiciones de cohesión social más integrales y equitativas desde lo teórico a lo práctico que idealmente inciden en las decisiones estatales para la generación de nuevos espacios reflexivos y organizativos.

Desde lo netamente institucional se debe considerar que la participación posee algunos componentes característicos dentro de la política sanitaria nacional, siendo estos:

- La participación tiene espacios específicos en las cuales se puede desarrollar, pero el carácter político judicial de la organización del Estado de Chile impide que se establezca una horizontalidad en la cual cualquier organización no gubernamental pueda influir directamente en las políticas públicas.

– Las instancias de participación se vinculan con la salud pública, sobre todo porque esta está promovida por el Estado. En el sector privado la participación no tiene la misma dimensionalidad, por lo tanto, las organizaciones no gubernamentales orientadas a salud no cuentan con los espacios apropiados para el desarrollo de sus ideas y recomendaciones.

– Los planes de salud públicos derivan del estudio sistemático de las condicionantes sanitarias que afectan a la población en esa temática particular y quedan impresos en una ley de la República. Bajo este contexto la participación ciudadana puede existir bajo las instancias formales o por medio de la consulta legislativa a diversas organizaciones no gubernamentales o académicas, pero también puede ser iniciativas exclusivas del Ejecutivo o del legislativo. En el sector privado, los seguros de salud dependen de estudios sanitarios económicos vigilados por la Superintendencia de Isapres.

La comunicación entre la institucionalidad gubernamental y la ciudadanía, de acuerdo a lo discutido, se puede organizar en dos dimensiones particulares que representan, tanto las posibilidades que otorga el estado para incorporarse en la discusión sanitaria, como la necesidad de una gobernanza sanitaria que dé cuenta de las necesidades que la población observa. Las dimensiones por lo tanto se describen en los siguientes puntos:

– La primera es la institucional que se preconfigura a nivel central donde la autoridad otorga espacios a organizaciones ciudadanas para que participen activamente en determinadas instancias de la toma de decisiones en salud. Este tipo de participación ha sido el tradicional durante los últimos 30 años y es promovido por los diversos gobiernos que ha tenido el país. La ventaja radica en la organización que esta configuración permite, estructurando comunicativamente la información dentro de los márgenes que

la autoridad establece. También, este tipo de comunicación convive adecuadamente con otras instancias políticas sin sobresalir ni adjudicarse la prioridad al momento de entablar discusiones sobre temáticas específicas. La desventaja radica en lo restrictivo que resulta para la ciudadanía común, dado que el sujeto que no se encuentra afiliado a una organización no gubernamental difícilmente podría participar de estas instancias, se requiere de un tipo de representatividad básica para que esta lógica funcione.

– Un segundo tipo de participación se basa en la capacidad que tienen las organizaciones para movilizar la información de acuerdo con sus objetivos sanitarios. Este tipo de acción se contrapone a la estructura comunicacional centralizada propuesta por el Estado, esto conlleva a la confrontación comunicacional en el cual la perseverancia de la organización y el tipo de integración que tengan sus miembros resultarán fundamentales para lograr sus objetivos. Este tipo de participación es el que ha predominado en los últimos 5 años, quienes con un alto nivel de activismo y con una correcta utilización de medios de difusión han logrado generar políticas públicas sanitarias que sancionan elementos específicos tales como el aumento de la penalización a la conducción bajo los efectos del alcohol o presupuesto para el tratamiento de enfermedades raras entre otras causas.

En el nivel primario, la participación se institucionaliza de una forma en la cual la comunicación resulta más fluida e integrada a las decisiones finales. Se busca la conexión entre la conceptualización y la praxis. Por lo tanto, se configura el Plan de Salud comunal, para el cual se sugiere una serie de medidas y condiciones que favorecen el trabajo conjunto y participativo¹⁴. El Plan de Salud Comunal se construye a partir de ‘Diagnósticos Participativos’ y sustentado en las propuestas y prioridades de las comunidades locales, estas participan en el proceso de planificación local,

es decir, en el diagnóstico, la programación, la ejecución y la evaluación¹⁴.

Este tipo de participación se relaciona principalmente en temáticas concernientes a enfermedades crónicas no transmisibles, en la gestión y contraloría local, en la evaluación de los reclamos de la comunidad y en el desarrollo de estrategias de participación vinculantes y deliberativo¹⁴.

Políticas de protección de grupos vulnerables y participación

La vulnerabilidad se extiende a diversos grupos sociales y abarca un amplio rango etario en todos los géneros. Las políticas de protección se orientan a diversos grupos vulnerables cuyo acceso se ve limitado por distintas circunstancias. En general, pueden presentar mayores tasas de pobreza y menores grados de inclusión que otras poblaciones del país²¹ y por otro lado tener algunas exenciones de pagos en la atención de salud del sistema público. Las políticas públicas de protección han estado sujetas tanto a las circunstancias históricas como a las necesidades contextuales, aunque dicha relación no siempre se coordina adecuadamente, aumentando la desigualdad en distintas poblaciones del país.

En Chile se han desarrollado múltiples acciones orientadas a estos sectores. Entre aquellos grupos, algunos sobresalen por su proactividad permitiendo que se desarrollen políticas en torno a sus demandas. Las demandas de estos grupos se pueden resumir en los siguientes puntos:

a) Políticas de Salud Intercultural: Dadas las diferencias entre las comunidades étnicas, tanto por sus peculiaridades organizativas como aquellas reticencias al sistema de salud alopático imperante y la comprensión de salud desde lo étnico, el panorama sanitario es complejo²². Actualmente, se encuentra vigente en todo el

país el Programa Especial de Salud Indígena y Pueblos (PESPI), cuyo objetivo es incorporar la participación de los pueblos indígenas en la formulación y evaluación de diferentes planes de salud intercultural en la red de los servicios de salud, a través de mesas locales²³. La interculturalidad ha adquirido vigencia en la discusión política dada las movilizaciones del año 2019, por lo que modificaciones profundas en el área son factibles a mediano plazo. El desarrollo de este tipo de políticas se ve fortalecida por tratados internacionales que buscan fomentar este tipo de cultura sanitaria en la población con el objetivo de evitar su obsolescencia y extinción. En este sentido, la participación se realiza por medio de lo que los actores establecen como sus autoridades sanitarias y que al mismo tiempo converse con las instituciones estructurales del sistema político chileno²². En la actualidad, tras los movimientos reivindicatorios del año 2019, se ha establecido un espacio esencial para este tipo de participación sanitaria por medio de la configuración de organizaciones sociales, independientes del Estado, y que buscan generar un espacio definitivo en la Constitución que se está redactando.

b) Situación Sanitaria en población LBGTI: Actualmente, no existen políticas públicas de salud que atiendan las necesidades de esta población de manera consistente y estructurada y los movimientos sociales tampoco han dedicado esfuerzos en este ámbito, concentrando sus energías en lograr el matrimonio igualitario²⁴. La falta de campañas para promover el uso del condón y la educación sexual responsable ha convertido a Chile nuevamente en uno de los países con mayor incidencia de SIDA en América Latina, enfermedad que afecta principalmente a la población adulta joven heterosexual y a la población homosexual. La agenda de participación social a corto plazo se mantiene dentro de las reivindicaciones de políticas sociales, postergando inevitablemente todo lo vinculado a lo exclusivamente sanitario. Cabe señalar que gran parte de las acciones generadas por las organizaciones que trabajan

en este tema se han orientado específicamente a elementos políticos y de Derechos Humanos, reivindicación de la asociación entre sujetos, la herencia y aspectos legales. Se establece, por lo tanto, una brecha entre los objetivos alcanzados en materia sociopolítica y las necesidades sanitarias básicas.

c) Políticas sobre el aborto: Actualmente, el aborto está regulado por el código penal, arts. 342 a 345, y por el código sanitario, arts. 119, 119 bis. En cuanto a los cambios, estos establecen que la mujer debe manifestar expresamente, con anticipación y por escrito, su voluntad de interrumpir el embarazo, y en caso de que sufra de deterioro cognitivo se requiere un representante legal. En el caso de interrupción del embarazo para adolescentes entre 14 y 18 años, se informa el procedimiento a sus representantes legales²⁴. Las políticas generadas en esta área surgen de una fuerte demanda ciudadana articulada en organismos no gubernamentales que sistematizaron dicho problema sanitario en acciones que derivaron en la presión política necesaria para la generación de la ley. La participación de organizaciones no gubernamentales que reivindican el derecho al aborto se vincula a movimientos feministas altamente movilizadas y que utilizan eficazmente diversos medios de comunicación masiva para expresar sus ideas, bajo esta lógica se han conseguido ciertas garantías sanitarias, lo que ha permitido que el país salga de aquellos que tienen penalizado todo tipo de aborto como ocurría hace unos años atrás.

La inmigración y el impacto en el sistema sanitario

La migración hacia Chile en los últimos 30 años ha ido en constante aumento lo que trae consigo una serie de aspectos a considerar en términos de política migratoria, de acuerdo a los permisos de permanencia definitiva del año 2016 evidencian un aumento del 9.8% en relación a 2015 y un incremento de 25% en

comparación a 2014²⁵ liderando esta permanencia la población proveniente de Perú, aun cuando la presencia de ciudadanos haitianos, venezolanos y colombianos experimentó la mayor alza en los últimos dos años.

Chile ha asegurado el derecho a la salud y a la educación a los migrantes manteniendo vigentes acuerdos internacionales²⁶. Al respecto el MINSAL crea en el año 2014 el Equipo Asesor Sectorial de Salud de Inmigrantes, con representación en la Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, FONASA y la Superintendencia de Salud, cuyo objetivo es el desarrollo de la Política de Salud de Inmigrantes. La participación ciudadana se canaliza por medio de organizaciones no gubernamentales donde se informa y asiste a los migrantes, orientándolos en los pasos para acceder al sistema sanitario.

La participación ciudadana para las políticas migratorias es un tema pendiente a nivel nacional, sobre todo porque el auge migratorio es reciente, aunque sostenidamente alto al ser comparado con el promedio de los años anteriores. No existe, por lo tanto, organizaciones que velen sobre esta temática de manera activa, sino más bien se observan iniciativas de carácter reactivo.

Reflexiones finales

El sistema político sanitario chileno se ha desarrollado a partir de una larga tradición sanitaria que ha superado con eficacia a los distintos gobiernos manteniendo con ello una coherencia estructural y exitosa. La política sanitaria nacional ha logrado controlar eficazmente patologías y prevenido y/o controlado epidemias emergentes.

Lo sanitario, sin embargo, depende de una estructura rígida y centralizada, dirigida por el Ministerio de Salud y que evita la integración y cooperación externa, sobre todo si influye en el normal funcionamiento de la planificación que esta posee. En este escenario, la participación social resulta dificultosa debido a los

pocos espacios que el sistema otorga para que la comunicación ajena a la estructura oficial se efectúe. La participación social se restringe a espacios formales determinado por la autoridad por medio de políticas, que, aunque poco conocidas, han permitido que el nicho sea ocupado con eficacia.

El cambio cultural existente en el país, potenciado por la irrupción de tecnologías de la información y comunicación presiona constantemente el sistema sanitario para que aumente la transparencia y con ellos se desarrollen nuevas instancias de participación, sobre todo en lo que respecta al acceso y terapias. La participación en el ámbito de la salud debe enfatizar el trabajo comunitario que sustenta esta participación, basado en la confianza y en la comunicación. La participación, por lo tanto, tiene las siguientes características:

- Se observa en dos dimensiones, una implica una participación ciudadana dentro de los marcos institucionales. Esta deriva de leyes y se materializa en diversas instancias institucionales sanitarias. En este sentido, la participación es ordenada y articulada con organizaciones sociales. Una segunda dimensión consiste en la organización libre de los sujetos que constituyen grupos de presión. En esta dimensión, se utilizan diversas metodologías comunicativas con el objetivo de visibilizar causas sanitarias particulares.
- La participación ocurre principalmente en la atención primaria, a nivel municipal se pueden actuar ciudadanamente dentro de las instancias permitidas, aunque delimitadas a los presupuestos que dichas instituciones poseen.
- La existencia de consejos consultivos permite participar en diversas instancias de la institucionalidad sanitaria.
- En el sector privado no existe una participación ciudadana, se enmarca en leyes, normativas y supervisiones solamente.

- Existen grupos vulnerables definidos, aunque la participación sanitaria es limitada o no existe, aumentando los problemas en esta área para ellos.

- La acreditación de las instituciones sanitarias tiene un carácter regulado por leyes y son expertos quienes efectúan dicha labor. La participación ciudadana no participa en ella, aunque puede ser evaluada por el experto dentro del marco que la ley establece.

Por lo tanto, la meta sanitaria de Chile ya no sólo radica en establecer objetivos sanitarios fijos y perennes que abarquen varias décadas, sino que debería incorporar además estrategias y políticas sanitarias de corto y mediano plazo que estén alerta a las constantes variaciones del escenario político-epidemiológico nacional e internacional. El desafío que el país posee en torno a la participación ciudadana decanta en tres ejes fundamentales:

- En primer lugar, es necesario definir el tipo de participación vinculándolo con el fin de desarrollar una nueva gobernanza en el sector sanitario.
- Perfeccionar la coordinación entre las diferentes instancias sanitarias, generando nuevos espacios y mecanismos de financiamiento que faciliten su desarrollo y mantenimiento en el tiempo.
- Fortalecer la coordinación vinculada con la generación de información que evidencie el impacto de las estrategias de participación ciudadana.

El intento de lograr una visión y políticas de Estado en torno a la materia sanitaria, ha sido un logro de los gobiernos de la última época, sin embargo, la realidad cotidiana requiere de un esfuerzo aún mayor en planificación y en asignación de recursos.

Colaboradores

Mella PFO (0000-0002-2319-3840)* e Narváez CG (0000-0001-6645-8717)* han participado

en el diseño, la adquisición, el análisis y la interpretación de la información, la redacción y la revisión crítica y aprobación de la versión final, y rendirán cuentas del trabajo. ■

Referencias

1. Delamaza G. Espacio público y participación ciudadana en la gestión pública en Chile: límites y posibilidades. *Polis*. 2011; 10(30):45-75.
2. Zarzuri R. Tensiones y desafíos en la participación política juvenil en Chile. *Utopía y Praxis Latinoamericana*. 2010; 15(50):103-115.
3. Chile. Nuevo estudio OCDE: La Participación ciudadana en el Proceso Constituyente en Chile. Misión de Chile ante la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Santiago: OCDE; 2020.
4. Zúñiga A. Sistemas Sanitarios y Reforma AUGE en Chile. *Acta bioeth*. 2007; 13(2):1-3.
5. Crespo C. Chile: nuevos desafíos sanitarios e institucionales en un país en transición. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018; 42(137).
6. Chile. Ministerio de Salud: Estructura y funciones. Ministerio de Salud. Santiago; 2020. [citado 2021 nov 25]. Disponible en: <https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Presentacion-estructura-minsal.pdf>.
7. Chile. Facultades, funciones y atribuciones de sus unidades u órganos internos. Gobierno de Chile. Santiago; 2019. [citado 2021 dic 27]. Disponible en: http://transparencia.redsalud.gov.cl/transparencia/public/seremi5/facultades_junio.html.
8. Chile. Atribuciones de la Institución según DFL N°1. Ministerio de Salud. Santiago; 2016. [citado 2021 dic 27]. Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyvalue-6117.html>.
9. Chile. Servicios de Salud. Ministerio de Salud de Chile. 2018. [citado 2021 dic 27]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/servicios-de-salud/>.
10. Chile. Estructura organizacional del SNSS. Observatorio Chileno de Salud Pública. 2019. [citado 2021 nov 20]. Disponible en: <http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/estructura-organizacional-del-snss>.
11. Oliveira S. Relações público-privadas no sistema de saúde do Chile: regulação, financiamento e provisão de serviços. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021; 26(10).
12. Chile. Participación Ciudadana. Cuenta Pública Participativa, Gestión 2021. 2021. [citado 2021 dic 27]. Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fofona/minisio/participacion-ciudadana#>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

13. Goyenechea M. Análisis presupuestario en salud en el contexto de la desigualdad en Chile. *Medwave*. 2011; 12(11).
14. Chile. Ministerio de Salud. Participación Ciudadana en Salud. 2019. [citado 2021 dic 27]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/participacion-ciudadana-en-salud/>.
15. Chile. Ministerio Secretaría General de Gobierno. Agenda Pro-Participación Ciudadana. Santiago: MS; 2008.
16. Gillam S. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? *BMJ*. 2008; 336(7643):536-538.
17. Chile. Servicio de Salud Biobío. Participación Ciudadana en Salud. 2019. [citado 2021 dic 27]. Disponible en: https://www.ssbio.cl/view/participacion_ciudadana.php#mesasTerritoriales.
18. Gil E. Promoción de la Salud: Glosario. Ginebra: World Health Organization; 1998.
19. Salinas J. Vida Chile 1998–2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21(1):136.
20. Chile. Guía de Formación Cívica – La Democracia y la Ciudadanía. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 2018. [citado 2021 dic 20]. Disponible en: https://www.bcn.cl/formacioncivica/detalle_guia?h=10221.3/46451.
21. Chile. Salud, síntesis de resultados. Casen. 2018. [citado 2021 nov 19]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Salud.pdf.
22. Oliva P, Narváez C. Representaciones sociales de salud y adherencia farmacológica antihipertensiva en población pehuenche. *Rev. Chilena Salud Pública*. 2009; 13(2).
23. Chile. Ministerio de Salud de Chile. Plan para pueblos indígenas. Santiago; 2017. [citado 2021 dic 11]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/04/PPI-_chile_hessp-7-de-abril-2017-minsal-ok.pdf.
24. Oliva P, Narváez C. Chile. En: Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JJJ, editores. *Sistemas Híbridos de Saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade*. Rio de Janeiro: Cebes, 2019. p. 165-217. [citado 2022 sept 14]. Disponible en: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2020/09/SHS2020-web.pdf>.
25. Chile. Ministerio de Relaciones Exteriores. Migración: Informe Julio agosto 2016. 2016. [citado 2021 dic 14]. Disponible en: http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/08/informe_julio_agosto_2016.pdf.
26. Chile. Ministerio de Salud. Política de salud de Migrantes internacionales. Santiago; 2021. [citado 2021 dic 2]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/05/2018.03.08_politica-de-salud-de-migrantes.pdf.

Recibido en 06/09/2021
 Aprobado en 01/02/2022
 Conflicto de intereses: inexistente
 Apoyo financiero: no hubo

Participação pública em saúde e Covid-19 em Portugal

Public participation in health and COVID-19 in Portugal

Ana Raquel Matos¹, Isabel Craveiro²

DOI: 10.1590/0103-11042022E408

RESUMO Nas últimas décadas, o tema da participação pública em processos de decisão tem estado presente nas agendas políticas, com mais ou menos centralidade, em vários contextos democráticos do mundo. No campo da saúde, a participação pública apresenta-se como estratégia política com potencialidades para garantir maior corresponsabilização entre os atores envolvidos e para incrementar a transparência dos serviços, sendo enfatizada como boa prática que deve ser implementada em prol da qualidade das decisões, mas também de decisões que sejam orientadas para os reais problemas das populações. A pandemia da Covid-19 trouxe pressões adicionais aos sistemas de saúde, constituindo-se como contexto propício à análise da participação cidadã nos processos de decisão que enquadram problemas de saúde na sua relação com a pandemia. Este ensaio apresenta uma análise exploratória sobre a evolução das práticas de participação cidadã nas políticas de saúde em Portugal, destacando alguns dos seus desafios atuais e futuros. Procura-se, assim, compreender como a pandemia teve ressonância na forma como a participação em saúde vinha decorrendo no País, aferindo se, em um período global de crise com características singulares, a pandemia, enquanto problema coletivo, distendeu ou contraiu essas práticas participativas.

PALAVRAS-CHAVE Participação cidadã. Covid-19. Pandemia. Portugal.

ABSTRACT *In the last decades, public participation in decision-making processes has been an ongoing theme, assuming more or less centrality, within the political agendas in several democratic contexts around the world. In the health domain, public participation has been considered a political strategy with the potential of ensuring greater co-responsibility among the actors involved, as well as to increase health services' transparency, thus being emphasized as one of the best practices that should be implemented towards the quality of decisions, especially those oriented to the real health problems of the populations. The COVID-19 pandemic brought additional pressures to health systems, constituting itself as a conducive context to the analysis of citizen participation in health decision-making processes. This essay presents an exploratory analysis on the evolution of citizen participation practices in health policies in Portugal, highlighting some of its current and future challenges. The present analysis aims to understand how the pandemic resonated in the way in which participation in the health domain had been carried out in the country, assessing whether, in a singular global period of crisis, the pandemic as a collective problem expanded or contracted these participatory practices.*

KEYWORDS Citizen participation. COVID-19. Pandemic. Portugal.

¹ Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Centro de Estudos Sociais (CES) - Coimbra, Portugal. amatos@ces.uc.pt

² Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Unidade de Saúde Pública Global - Lisboa, Portugal.



Introdução

A questão da participação pública em processos de decisão tem estado presente nas agendas políticas, com mais ou menos centralidade, em vários contextos democráticos, ao longo das últimas décadas. Essa preocupação em torno do envolvimento de cidadãos leigos em processos de decisão não só tem animado mais de quatro décadas de abordagens teóricas em torno da participação pública na sua relação com a democracia como também se tem revelado mais pertinente e dinâmica em algumas áreas da vida social.

A questão da participação pública tem, portanto, feito emergir a convicção de que a possibilidade de operacionalizar arranjos participativos, articulados a partir da interdependência de atores (peritos, leigos e decisores políticos), é uma forma eficaz de resolver problemas coletivos. Essa participação tem vindo a ser reiterada como uma estratégia democrática que contribui para o incremento da qualidade das decisões, garantindo que a esfera cidadã tenha voz ativa nesses tipos de processos, permitindo fundamentar decisões na sua experiência e conhecimentos sobre a realidade.

Nesse contexto, a área da saúde tem-se revelado uma dimensão da vida social de particular relevância na sua relação com a questão da participação pública, demonstrando grande dinamismo, sendo terreno fértil em experimentação no que se refere a diferentes possibilidades de colocar em marcha mecanismos participativos. O protagonismo da participação pública na área da saúde assume, no entanto, um marco temporal preciso e incontornável – a Conferência de Alma-Ata.

Realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, e dedicada ao tema dos cuidados de saúde primários, na declaração decorrente desse encontro, afirmou-se, pela primeira vez, que é um direito e um dever dos povos participar individual e coletivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde. Apesar das experiências

institucionalizadas que desde então se consolidaram, importa salientar que, na maior parte dos casos, mesmo quando a participação se concretiza, os seus principais beneficiários não pertencem às camadas sociais mais desfavorecidas, ou seja, aqueles com mais necessidade de fazer ouvir a sua voz nas decisões sobre saúde.

Acresce ainda referir que, não obstante o referido dinamismo da participação pública em saúde nas agendas políticas, há questões que devem ser levadas em linha de conta nesse contexto analítico. Desde logo, as possibilidades convencionais e não convencionais de participar na saúde – como se explicará posteriormente neste artigo –, mas, sobretudo, os diferentes graus de institucionalização desses processos em vários sistemas de saúde.

A participação em decisões sobre saúde apresenta-se, assim, como estratégia política com potencialidades para garantir maior corresponsabilização e incrementar a transparência dos serviços, sendo enfatizada como boa prática que deve ser implementada em prol da qualidade das decisões, mas também de decisões que sejam orientadas para os reais problemas sentidos pelas populações.

Aqui, tratamos a questão da participação pública em saúde na sua relação com a pandemia da Covid-19. Mais concretamente, a análise exploratória que se propõe, com foco na realidade portuguesa, visa compreender como a pandemia registada à escala mundial teve ressonância na forma como a participação em saúde vinha decorrendo no País, aferindo, em um período singular de crise, se a pandemia enquanto problema coletivo distendeu ou contraiu essas práticas participativas.

Este ensaio visa apresentar a análise sobre evolução das práticas de participação dos cidadãos nas políticas de saúde em contexto de pandemia, destacando alguns desafios atuais e futuros. Metodologicamente, foram utilizadas, como base, pesquisas de literatura em bases de dados selecionadas, bem como pesquisas de imprensa utilizando descritores “participação cidadã”, “Covid-19”, “participação dos pacientes” e “Portugal”. Adicionalmente, foi

realizada uma revisão de literatura nas bases de dados PubMed e Google Scholar orientada para o tema da participação dos cidadãos nos processos de decisão em contexto de Covid-19, utilizando palavras-chave (MeSH), com linguagem booleana (AND): “*citizen participation*” AND “*patients’ participation*” AND “Covid-19” AND “Portugal”. No âmbito da pesquisa de imprensa, recorreu-se às mesmas palavras-chave. Definimos como critérios de inclusão na análise: os documentos tratarem do tema da participação dos cidadãos na tomada de decisão política em contexto da pandemia Covid-19 em Portugal.

Acresce referir, no entanto, que a pesquisa efetuada na PubMed não obteve quaisquer resultados, o que se justifica pela atualidade do tema em análise. Já a pesquisa na Google Scholar resultou em 20 documentos, mas, ao aplicarmos os critérios de inclusão acima mencionados, nenhum se enquadrou. As limitações evidentes nos resultados obtidos dão conta não só da necessidade de uma reflexão mais dilatada no tempo, uma vez que o fenómeno ainda se faz sentir, mas são elas próprias indicadores do que consideramos ser uma retração no sentido do alargamento da participação que se vinha fazendo sentir.

Esta análise, de carácter exploratório, começa por enquadrar os principais debates teóricos em torno da participação, com especial enfoque na participação em saúde para, depois, proceder-se à caracterização da realidade portuguesa no que toca a essa questão, evidenciado qual a trajetória da participação em saúde em Portugal, suas principais características e a forma como essas práticas se têm concretizado e como poderiam ser úteis ao combate à Covid-19. Segue-se um breve enquadramento da literatura da questão da participação pública com a pandemia e a análise dos dados recolhidos no sentido de discutir os impactos concretos da Covid-19 no fenómeno da participação em saúde no País, base analítica que, apesar dos resultados limitados, nos dará ancoragem para avançar com algumas notas conclusivas sobre a realidade em apreço.

As principais linhas dos debates teóricos sobre participação pública em saúde

Há cerca de 40 anos que, em uma lógica transdisciplinar, abordagens deliberativas e participativas enquadradas nos debates sobre a democracia, discutindo possibilidades de participação pública com impactos distintos nas decisões, vêm assumido centralidade não só teórica, mas também ao nível das agendas políticas, nacionais e internacionais, incitando as mais diversas instituições democráticas a fomentar oportunidades regulares para envolver os cidadãos em processos de decisão sobre assuntos que lhes digam diretamente respeito e na formulação de políticas públicas.

A questão da participação pública, também usualmente designada por participação cidadã, tem vindo, assim, a alimentar densos debates teóricos desde 1980. Essa questão, nos últimos anos, tem sido reconhecida como parte indissociável do bom desenvolvimento de uma sociedade¹, sendo alguns mecanismos participativos realçados enquanto estratégias que contribuem para o reforço da inclusão social, do sentimento de pertença a uma comunidade, da emancipação social. À participação, portanto, é reconhecida a capacidade de contribuir para possibilidades de controle direto dos processos de tomada de decisão, logo, um maior controle sobre o sistema político e as instituições democráticas².

Desses debates decorridos ao longo dos últimos anos, tem emergido um novo ator social, definido como o cidadão ou sujeito participativo que é produto desta nova forma de governação³. Esse é, assim, um sujeito dotado de um novo conjunto de direitos e deveres, a quem compete, em articulação com peritos, apresentar pareceres, propor soluções, controlar processos e dinâmicas sociais, mas também avaliar, julgar e decidir. É, aliás, esse novo ator social que dá vida a esta estratégia inovadora dos Estados democráticos e que emerge de

novas formas de interação entre decisores políticos, cientistas e cidadãos, configurando o que ficou conhecido como fóruns híbridos, apresentando-se mais democráticos, já que estão ancorados na coprodução de conhecimentos, capazes de informar e consolidar decisões mais ajustadas aos reais problemas das populações^{4,5}. É ainda esse novo ator que tem possibilitado, em um plano teórico, pensar o fortalecimento e a vigilância da democracia, já que é o selo de garantia para o alcance de decisões com mais qualidade⁶.

A participação, consubstanciada em práticas deliberativas, tem, no entanto, assumido configurações diversas, em várias esferas da vida social, sendo ainda moldada por abordagens teóricas que se distinguem, apesar das suas várias intersecções: a abordagem deliberativa e a abordagem participativa da democracia.

Por um lado, a abordagem deliberativa da democracia, desenvolvida desde a década de 1980, e que apesar das suas várias reformulações ante as críticas de que tem sido alvo, faz assentar os seus pressupostos na comunicação como um processo que permite aos cidadãos participar na construção do bem comum⁷⁻¹⁰. Essa abordagem, sobretudo nos primeiros anos, valoriza a comunicação articulada a partir da argumentação racional, excluindo desses processos e vetando o direito de participar àqueles que não se mostrarem capazes de argumentar racionalmente em contextos deliberativos orientados para o consenso, reproduzindo um esquema de desigualdades^{11,12}.

Por outro lado, e com origem na intensificação dos processos de globalização da década de 1990, os quais levaram a uma reformulação de vários aspectos dos Estados nacionais, incluindo os processos de tomada de decisão, surgiu a abordagem participativa da democracia.

Contrariamente à abordagem deliberativa, a abordagem da democracia participativa surge ancorada em um projeto que configura a formulação de políticas públicas que se mostra capaz de combater mais eficazmente as diversas formas de desigualdade social por meio de novos arranjos e práticas participativas. Essa

abordagem desenvolve-se a partir do pressuposto de que os cidadãos, apesar de leigos, têm conhecimentos e capacidades específicas para se envolverem, em articulação com peritos e decisores políticos, nos processos de formulação de políticas. Ao abrigo dessa abordagem, o novo sujeito participativo detém a capacidade de influenciar e/ou controlar decisões técnicas, mesmo em contexto de conflitos e ainda que a argumentação racional em fóruns de discussão não seja valorizada. Encarada dessa forma, a participação emerge, aqui, contrariamente à abordagem deliberativa, como um direito universal e que deve ser livremente exercido a partir de diferentes formas de expressão, em que as emoções, por exemplo, têm lugar¹³.

Embora cristalizando diferentes visões sobre participação e deliberação, as duas abordagens corroboram o argumento de que são práticas assentes no envolvimento dos cidadãos que servem de complemento à democracia representativa.

Tais abordagens servem, assim, para delimitar o que conta como participação. Nesse contexto, uma das ferramentas analíticas mais utilizadas na compreensão da participação pública tem vindo a distinguir entre participação convencional e participação não convencional^{2,14}, distinção coincidente com práticas institucionalizadas – tal como defendido pela abordagem deliberativa da democracia – e práticas não institucionalizadas de participar em contextos deliberativos – como defendido pela abordagem participativa. Correspondem à participação não convencional, formas de comportamento político em que canais indiretos de influência são abertos no sentido *bottom-up*, ou seja, por meio de ações desencadeadas por atores coletivos, em que se enquadra a ação pelo protesto entre outras ações a cargo dos movimentos sociais^{15,16}. Importa realçar que, dependendo da cultura democrática, a ação coletiva a cargo dos movimentos sociais poder ser uma das únicas formas legítimas de que os cidadãos dispõem para interferir no processo político, justificando assim a legitimidade dessa forma de ação não convencional como

participação efetiva e com potenciais efeitos nas decisões¹⁷.

A participação tornou-se, portanto, um corolário para muitas áreas da vida social; e os cuidados de saúde não têm sido exceção. A saúde, aliás, é uma dimensão da vida social mais prolífica na forma como sistemas de saúde e participação pública se articulam. São reconhecidas as potencialidades da participação nos sistemas de saúde, destacadas pela literatura nesse domínio, dentre as quais se salientam: a) o reforço da voz dos utentes dos serviços de saúde enquanto estratégia para ultrapassar o déficit democrático que ainda caracteriza os sistemas de saúde¹⁸; b) as experiências dos utentes, e seus conhecimentos, como indispensáveis ao incremento da qualidade das decisões sobre saúde^{19,20}; c) enquanto meio que legitima a responsabilidade dos sistemas de saúde²¹; d) o fato de deter a capacidade de aproximar as necessidades das comunidades às respostas dos serviços de saúde²²; e) garantir que os sistemas públicos de saúde sejam mais eficazes quando as decisões tomadas refletem a perspectiva dos utentes que vivem os problemas^{2,22}.

No entanto, os mecanismos implementados a funcionar em várias partes do mundo ainda estão longe de garantir a concretização das potencialidades reconhecidas teoricamente à participação em saúde. Certamente, a participação transpõe-se para a realidade a partir de mecanismos variados, com impactos muito distintos das decisões e que vão de júris de cidadãos, processos deliberativos de votação, grupos focais, conselhos de saúde, entre outras possibilidades. A participação em saúde tem, portanto, revelado também constrangimentos, dos quais se destaca o problema da representatividade, uma vez que esses mecanismos participativos não têm tido a capacidade de acolher a diversidade social das comunidades, contribuindo para a reprodução de desigualdades, sobretudo de grupos que já são socialmente excluídos^{11,12,21}.

As práticas participativas na área da saúde têm, de alguma forma, sido romantizadas, ou

seja, vinculando a participação à efetiva resolução de problemas, quando na realidade tal ainda não se efetiva¹⁶, designadamente devido à resistência por parte dos profissionais e gestores de saúde à implementação dos resultados da participação pública nos processos deliberativos de cuidados de saúde²³, uma área que ainda é reconhecida como um reduto de conhecimento perito. Desse contexto, emerge, portanto, um desequilíbrio de poder ao abrigo desses mecanismos na área da saúde, o qual sai legitimado diante da ausência de processos de avaliação que meçam a eficácia da participação nas decisões em saúde²⁰. Nesse sentido, pode-se afirmar que o envolvimento dos cidadãos tem vindo a ser instrumentalizado, servindo apenas como uma tecnologia de legitimação²⁴, em uma correspondência, ainda que parcial, à definição de tecnologia de arrogância no âmbito da governação, principalmente se esta implica questões científicas e tecnológicas²⁵, a qual não deixa espaço para a interferência dos cidadãos. Ambas as tecnologias se aproximam aos níveis mais elementares de participação concebidos pela intemporal escada de participação de Sherry Arntein²⁶ – também designados de falsa participação ou ilusão da participação –, longe da possibilidade de o novo sujeito participativo interferir ou controlar os processos de decisão em saúde.

Apesar da vitalidade desse debate e interesse em torno da participação em saúde, em termos práticos, ao longo das últimas décadas, tem sido reconhecidamente baixo o nível de institucionalização de mecanismos participativos na área da saúde. Estes são, na sua maioria, ativados ocasionalmente por iniciativa das autoridades de saúde, mas acabam descontinuados pelos custos financeiros e humanos que comportam, o que desvaloriza os resultados que podem produzir. No contexto do sul da Europa, onde se inclui Portugal, muitas dessas limitações são ainda mais intensas e visíveis, sobretudo devido à falta de recursos financeiros para implementar mecanismos deste tipo e à falta de tradição de participação dos cidadãos na área da saúde¹⁴.

A participação pública em saúde em Portugal

Em Portugal, a garantia do direito de participar está consagrada desde a Constituição da República Portuguesa (CRP) de 1976 (incluindo as suas sucessivas alterações) que se seguiu ao regime autoritário deposedo com a Revolução de abril de 1974. Nesse âmbito, a participação pública é enquadrada na sua relação com a democracia portuguesa como determinante para resolver certos problemas nacionais (art. 9º, alínea c), na medida em que todos os cidadãos têm o direito de tomar parte na vida política e na direção dos assuntos públicos do País, diretamente ou por intermédio de representantes livremente eleitos (art. 48, nº 1). Contudo, apesar da garantia consagrada na CRP, a transposição desse direito para práticas efetivas só recentemente tem vindo a ganhar forma, sendo ainda escassos ou disfuncionais os mecanismos institucionalizados de participação na saúde em Portugal. A prevalência da participação em saúde, além de recente, tem tido dificuldade em sair dos discursos políticos e ganhar forma efetiva, apesar da crescente reivindicação por parte da população portuguesa por mais participação nessa área concreta²⁷.

Na área da saúde, é a Lei de Bases da Saúde, de 1990, assim como o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de 1993, que definem as possibilidades de participação pública, ainda assim de caráter consultivo, a vários níveis e em várias instâncias. Não obstante a Lei de Bases que enquadra essas possibilidades de participar remeter para a década de 1990, só recentemente, em 7 de abril de 2016, foi aprovado o decreto-lei que estabelece o regime jurídico do Conselho Nacional de Saúde (CNS), dando assim execução ao previsto na Lei de Bases da Saúde, ou seja, cerca de 26 anos depois. A criação do CNS apresenta-se como estratégia para reforçar o poder do cidadão no SNS, garantindo a participação dos cidadãos utilizadores do SNS na definição das políticas, mas contando com a

intervenção das autarquias e dos profissionais, bem como das universidades e institutos superiores politécnicos, para além de representantes indicados pela Comissão Permanente da Concertação Social, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e das Regiões Autónomas, como forma de promover uma cultura de transparência e prestação de contas perante a sociedade. Trata-se, portanto, de um órgão consultivo do governo, independente, o qual é composto por 30 membros, visando garantir a participação, mas que deixa pouco espaço à participação individual dos cidadãos na conceção de políticas de saúde.

Outro dos mecanismos existentes são os conselhos gerais dos hospitais, também de caráter consultivo, e que inclui apenas um representante da associação de utentes, uma vez mais um espaço que tende ao não dilatar a definição de participação pública, que se entende mais alargada. Dessa forma, a participação dos cidadãos no sistema de saúde não encontra eco nos espaços institucionalizados, prevalecendo uma forte influência de grupos de interesse estruturados, o que ocasiona um desequilíbrio de poder dentro do sistema político que muito tem contribuído para a falta de discussão política e de pluralismo na formação de políticas de saúde.

No contexto nacional, novas iniciativas têm sido implementadas ao longo das últimas décadas com o intuito de promover a participação cidadã, das quais se destaca o Decreto-Lei nº 28/2008, o qual estabelece os Agrupamentos de Centros de Saúde (Aces). Estes apresentam-se como estruturas orientadas pelo objetivo de reduzir as desigualdades em saúde e superar a marginalização dos cuidados primários. O decreto estabelece ainda os Conselhos da Comunidade (CC) com o intuito de incentivar a participação dos diferentes atores locais nas decisões e na organização dos serviços de saúde, contudo, uma vez mais com um lugar à mesa para os representantes dos utentes. Além de corroborar a tendência para institucionalizar espaços herméticos de participação em saúde em Portugal, outras

barreiras surgem associadas a esse tipo de mecanismo, entre as quais, a sua reconhecida incapacidade para colocar essa estrutura a funcionar²⁸.

No contexto português, têm sido, sobretudo, as associações de doentes que dinamizam iniciativas reivindicativas em torno de mais participação, destacando-se como os atores sociais de relevo no que toca à participação em saúde, desempenhando um papel extremamente relevante na representação e na defesa dos pacientes. Na ausência de canais institucionalizados capazes de promover uma participação regular e alargada dos cidadãos na saúde, são as associações na área da saúde quem têm marcado positivamente o debate da participação pública em processos de decisão, particularmente porque têm exercido uma pressão crescente, desde 2000, no sentido de abrir os processos de decisão em saúde à sua participação, em uma estratégia de valorização do conhecimento de que são portadoras.

Mais recentemente, alguns sinais positivos têm marcado as oportunidades da participação na saúde em Portugal, tendo sido aprovado em Conselho de Ministros o Decreto-lei que aprova o Estatuto do SNS – o qual, à data da escrita deste artigo, encontrava-se em fase de consulta pública –, passando a contemplar, no seu art. 4º, o reconhecimento dos direitos e deveres constantes da lei e, designadamente, os direitos constantes da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS e da Carta para a Participação Pública em Saúde. Dessa forma, no art. 25, é ainda garantida a participação pública dos cidadãos no SNS também nos termos da Carta para a Participação Pública em Saúde. A participação mencionada pode, assim, ocorrer a título individual ou por meio de entidades que representem os beneficiários ou utentes.

A referida Carta para a Participação Pública em Saúde – cujo conteúdo está disponível em <https://www.participacaosaude.com/carta> – é, portanto, o resultado concreto de um projeto de investigação ação, designado ‘Mais Participação, melhor saúde’, tendo sido

aprovada pela Lei nº 108, de 9 de setembro de 2019. Esse documento fomenta a participação por parte das pessoas, com ou sem doença e seus representantes, nas decisões que afetam a saúde da população, e incentivar a tomada de decisão em saúde assente em uma ampla participação pública. Essa carta pretende ainda promover e consolidar a participação pública a nível político e dos diferentes órgãos e entidades do Estado, em Portugal, através do aprofundamento dos processos de participação já existentes e da criação de novos espaços e mecanismos participativos.

Nesses últimos anos, a participação em saúde ganhou novo folego, designadamente mediante resultados alcançados pela mobilização e ação de algumas associações atuantes na área da saúde e que dinamizaram estratégias de participação alargada dos cidadãos e seus representantes na área da saúde. Essas iniciativas visaram tornar as políticas de saúde mais eficazes e, dessa forma, obter melhores resultados em saúde, além de promover a transparência das decisões e a prestação de contas por parte de quem decide, aproximando o Estado e a sociedade civil, aprofundando o diálogo e a interação regular entre ambos.

Portugal apresenta uma trajetória longa de reivindicação participativa na área da saúde, com ganhos normativos, mas ainda carente de possibilidades concretas, capazes de operacionalizar a participação efetiva de todos os cidadãos, sobretudo os mais desfavorecidos. Essa é uma trajetória caracterizada pela escassez de oportunidades institucionalizadas para participar, recentemente marcada por novos ganhos, embora apenas legislativos.

Em países como Portugal, a tendência para envolver doentes, utentes, prestadores de cuidados e o público em geral na elaboração de políticas de saúde é um fenômeno relativamente novo, sendo escassas as oportunidades concretas de participação dos cidadãos em decisões sobre saúde. Nessa história recente, povoada de algumas iniciativas participativas na saúde, sobressaem principalmente mecanismos que concedem pouco espaço à

participação individual e alargada dos cidadãos. A existência de abordagens alternativas à participação nos sistemas de saúde que vão para além das fórmulas tecnocráticas e académicas não pode ser ignorada. Protestos e outras formas de ação coletiva introduziram no debate o conceito de algo negligenciado de sociedade civil, refletido na mobilização das classes mais baixas na luta para participar e ter voz nas decisões sobre os cuidados de saúde^{2,27}. Mais recentemente, a participação encontrou novos ecos legislativos que importam acompanhar no delineamento dessa trajetória da participação pública em saúde em Portugal, no sentido de aferir a sua concretização em práticas efetivas e inovadoras, capazes de marcar, positivamente, esse debate em Portugal.

Nesse sentido, importa sublinhar que a saúde se tem afirmado, ao longo das duas últimas décadas, como uma das áreas que mais mobiliza a população portuguesa para o protesto.

Esses protestos, embora localizados e traduzindo resultados instáveis quanto ao seu potencial para influenciar as políticas públicas de saúde em Portugal, não podem deixar de ser considerados formas legítimas de participar em processos de decisão sobre saúde. Tais formas de participação, muitas vezes classificadas como não convencionais pela literatura científica, vinham sendo dos recursos mais ativados para interferir nos processos de decisão, exatamente pela escassez de canais institucionalizados nos quais os cidadãos pudessem participar.

Os protestos na saúde, que têm marcado a sociedade portuguesa, constituem-se assim enquanto estratégias de monitorização dos processos de implementação das políticas de saúde em Portugal, capazes de colocar em marcha a necessária vigilância política, por parte da população, bem como a vigilância da democracia e a forma como ela vai funcionando. Essas formas de ação coletiva têm permitido sensibilizar a opinião pública para os problemas que afetam a governação da saúde no País, revelando a capacidade coletiva da

população portuguesa para intervir, quando necessário, nos processos deliberativos sobre saúde, colocando os principais problemas que os mobilizam na agenda política, tanto local como nacional, influenciando o curso da política e os ciclos eleitorais².

Participação pública em contexto de pandemia: o que sabemos?

No contexto da pandemia da Covid-19, o tema do envolvimento dos pacientes na tomada de decisão emergiu no contexto da saúde global, nomeadamente um editorial da BMJ²⁹, segundo o qual, durante a pandemia, assistiu-se, na Inglaterra, ao abandono de compromissos políticos no sentido do envolvimento dos cidadãos na tomada de decisão em saúde.

A importância do envolvimento da comunidade já havia ficado explícita anteriormente, tendo sido crucial nas respostas à doença do vírus Ébola na África Ocidental – por exemplo, no rastreamento e abordagem de rumores³⁰.

No contexto pandêmico atual, em que ficou evidente a necessidade de decisões rápidas, os decisores políticos escolheram o conhecimento científico para apoio à decisão, em detrimento dos que enraizam o seu ‘conhecimento’ na experiência, como é o caso de pacientes, famílias, associações de doentes, profissionais de saúde e do setor social. Em Portugal, tal é exemplificado pelas reuniões técnicas do ‘Infarmed’, que não incluíram representantes da sociedade civil³¹.

Essa constituiu-se uma oportunidade perdida, precisamente quando eram previsíveis os efeitos adversos das limitações no acesso aos serviços de saúde durante o período de pandemia. A Covid-19, como contexto de pandemia global, era um momento que pedia clarificação, nomeadamente, sobre quais serviços que estariam suspensos e quais permaneceriam acessíveis, entre outras formas de reorganização dos serviços e no contexto da

doença em si que exigiam maior envolvimento da esfera cidadã; mas da literatura à imprensa, a nota de destaque é que a participação cidadã foi dispensada um pouco por todo o mundo.

Participação cidadã e Covid-19 em Portugal

O CNS³¹ publicou um relatório em que reconhece a importância da participação pública em saúde, alertando para o fato de a pandemia da Covid-19 ter relegado para segundo plano a regulamentação da Carta para a Participação Pública em Saúde, traduzida em lei em 2019, e que resultou precisamente da iniciativa colaborativa ‘Mais Participação melhor saúde’, constituída em 2015.

O CNS foi formalmente solicitado a emitir parecer sobre o Plano da Saúde apenas para o Outono-Inverno 2020-21, e não foi cooptado pelo governo para promover mecanismos de auscultação com a sociedade civil, embora adiante que contribuiu com um conjunto de recomendações que considerou apropriadas.

A Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) organizou, em 2020³², um conjunto de três conferências on-line dedicadas à ‘Participação do cidadão na Era Covid-19’ no sistema de Saúde. Essas conferências reiteraram parte da tendência participativa desenhada no País, a qual tende a privilegiar a influência de grupos de interesse estruturados, sobretudo associações de doentes. Essas estruturas organizativas além de reivindicarem mais participação também têm conseguido encontrar ecos pontuais em alguns espaços participativos nas políticas de saúde. A organização dessas conferências, uma vez mais, corrobora essa tendência, uma vez que, nas três iniciativas organizadas, tanto a organização dos eventos como a gestão daqueles que participaram nas discussões foram exclusivamente asseguradas por representantes das várias associações de doentes atuantes em território nacional, sem espaço para a voz de outros atores.

A primeira conferência foi dedicada ao tema ‘A resposta do sistema de saúde’, sendo abordados os riscos associados ao não diagnóstico e à progressão de doença por redução da procura das instituições de saúde em período de pandemia; os representantes de associações de doenças crônicas realçaram como aspecto positivo as respostas do serviço nacional de saúde, nomeadamente teleconsultas, renovação das receitas e a entrega de medicamentos ao domicílio. Em contrapartida, também confirmaram o medo instalado, originado nomeadamente pelo desconhecimento sobre formas de transmissão do vírus, o que contribuiu para que os doentes não fossem às consultas aos Centros de Saúde.

Um estudo recentemente divulgado, promovido pelo Movimento Saúde em Dia (constituído pela Ordem dos Médicos, pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares e pela Roche) e realizado pela GFK Metris³³, apresentou indicadores sobre o acesso ao SNS durante a pandemia. Segundo ele, entre 2020 e 2021, terão ficado por realizar 14 milhões de consultas em Centros de Saúde, 2,8 milhões de contatos nos hospitais, o que inclui consultas, cirurgias e urgências, e 30 milhões de exames. Esses dados agora apresentados relativos a Portugal estão em linha com o que é reportado em outros contextos³⁴.

Uma segunda conferência abordou o tema ‘O regresso à normalidade’, centrado nas respostas do SNS aos doentes crônicos durante e após a pandemia. O debate girou em torno das formas de assegurar a melhoria da comunicação entre instituições, profissionais de saúde, doentes e familiares, mas também em formas de os doentes colaborarem na construção de novas ofertas de serviços que tenham por objetivo melhorar a experiência e satisfação das suas necessidades. Foi reclamada a centralidade do papel do doente. Os problemas relacionados com o doente oncológico, nomeadamente o que se perdeu em termos de diagnóstico precoce, qualidade do tratamento e de acompanhamento. A mais-valia da participação dos doentes foi colocada de forma exemplar pelo Presidente do Grupo de Ativistas

em Tratamentos – GAT (Luis Mendão), realçando que estes colocam as questões que podem falhar aos restantes especialistas, sendo assim especialistas da sua condição.

A terceira conferência centrou-se no tema ‘Soluções para o futuro’, debatendo-se as inevitáveis reconfigurações do sistema tal como o conhecemos, incidindo em reorganizações necessárias dentro do SNS, mas também de colaborações entre setor público e privado. Os participantes foram desafiados a pensar o futuro, que segundo Miguel Crato, Presidente da Associação Portuguesa de Hemofilia (APH), deverá incluir maior partilha da decisão clínica relativamente ao doente, havendo necessidade de o ambiente hospitalar se adaptar a essa alteração.

De acordo com o estudo do Movimento Saúde em Dia³³, entre 2020 e 2021, houve menos 18% de mamografias realizadas; menos 13% de rastreios ao cancro do colo do útero e menos 5% de rastreios ao cancro do cólon e do reto.

Considerações finais

Oficialmente, a participação em saúde remete para a história da OMS, concretamente para os subsequentes resultados da conferência de Alma-Ata, a qual sedimentou os alicerces do direito e do dever de participar nas decisões sobre saúde, individual ou coletivamente. Ainda assim, 43 anos depois de Alma-Ata, a pandemia Covid-19 demonstrou as dificuldades já evidentes de operacionalizar a participação leiga nos desafios que se colocaram, e ainda colocam, à saúde.

Apesar da parca literatura sobre essa relação participação pública em saúde/Covid-19, é evidente a desvalorização, nesse contexto, de outros conhecimentos além do conhecimento científico, fazendo com que a governação global da pandemia se afirmasse a partir de um claro recurso à tecnologia da arrogância²⁵, hermeticamente vinculada à ciência e ao conhecimento especialista.

Se no campo da gestão da pandemia como doença se admite que compete à ciência a

procura da erradicação do vírus, nada impede, no entanto, que a participação cidadã possa auxiliar na reorganização dos serviços a prestar às populações, designadamente em contexto nacional, sendo elas quem melhor pode propor soluções no acesso a um serviço que se enclausurou na gestão da pandemia, apesar de as outras patologias continuarem a existir, como é o caso da cronicidade de certas doenças, suas necessidades específicas e a forma como saíram afetadas no acesso aos serviços, com impactos esperados em termos de resultados de saúde.

Em um contexto nacional como o português, já marcado pela escassez e disfuncionalidade dos poucos espaços participativos existentes na área da saúde, os recentes anos de pandemia parecem significar um atraso na possibilidade de colocar em marcha a operacionalização de algumas conquistas legislativas. A Covid-19, tornando-se tema prioritário na saúde, tem implicações não só no arranque de tais iniciativas participativas convencionais como também tem limitado ainda a participação não convencional. A ação coletiva pelo protesto que vinha sendo usada como recurso participativo da população portuguesa encontra nas medidas de contenção da pandemia (distanciamento social, proibição de ajuntamentos na via pública etc.) uma força hercúlea capaz de a travar no espaço público, tornando mais difícil, senão impossível, qualquer mobilização cidadã em torno de reivindicações na área da saúde, sobretudo porque não lhes é permitido prosperar em um contexto em que a centralidade da gestão da pandemia é evidente e incontornável nas agendas políticas em escala global.

Em um contexto de elevada incerteza, a Covid-19 agravou a qualidade das democracias em escala global, e Portugal não foi exceção. O autoritarismo de que se revestiram certas medidas e a falta de espaços de comunicação obstruíram o caminho que se vinha fazendo na participação em saúde em Portugal.

Falar de participação em contexto de Covid-19 em Portugal é falar de três conferências on-line sobre o tema, sem impacto na forma

como as medidas foram tomadas, servindo apenas para lembrar que a participação em saúde volta a fazer parte de uma agenda adiada.

No entanto, essas conferências estão em linha com o que é reconhecido para o caso inglês²⁹, embora os representantes dos doentes e sociedade civil não tenham sido representados no grupo dos peritos que aconselharam o governo português na tomada de decisão sobre as medidas de combate à pandemia, que se configuraria como uma influência direta, eles não deixaram de se posicionar no espaço público, contribuindo para discussão e procura de soluções em tempos de pandemia.

Este momento de elevada pressão sobre os sistemas de saúde, em que poderiam ter sido usadas abordagens inovadoras de envolvimento das diferentes partes interessadas, incluindo os que mais sabem sobre a sua condição de saúde, como é o caso dos doentes crónicos, parece ter-se constituído como uma

oportunidade perdida para um posicionamento mais potente da participação cidadã.

Nesse âmbito, mais do que uma oportunidade para testar se a participação leiga pode fazer a diferença, a Covid-19 condicionou ainda mais a participação pública a um enquadramento jurídico já identificado na literatura, de que são exemplo os recentes avanços no Estatuto do SNS em Portugal, pelo que fica a questão: de que serve a participação como direito se ele não encontrar espaço para ser exercido?

Colaboradoras

Matos AR (0000-0003-0350-7440)* e Craveiro I (0000-0003-4348-1986)* colaboraram para concepção e desenho do artigo, pesquisa e análise de dados, revisão da versão final e redação em coautoria. ■

Referências

1. Pateman C. Participatory Democracy Revisited. *Perspectives on Politics*. 2012; 10(1):7-19.
2. Matos AR. Eu participo, tu participas... nós protestamos: ações de protesto, democracia e participação em processos de decisão. *Púb. priv.* 2016; (27):119-137.
3. Nunes JA, Costa DN, Carvalho A, et al. A emergência do sujeito participativo: interseções entre ciência, política e ontologia. *Sociol.* 2018; 20(48):162-187.
4. Callon M, Lascoumes P, Barthe Y. *Agir dans un monde incertain: essai sur la démocratie technique*. Paris: Seuil; 2001.
5. Jasanoff S, organizadora. *States of Knowledge. The co-production of science and social order*. Paris: International Library of Sociology; Routledge; 2003.
6. Rosanvallon P. *La contre-démocratie*. Paris: Éditions du Seuil; 2006.
7. Habermas J. *Between Facts and Norms*. Cambridge: Polity; 1996.
8. Cohen J. Procedure and Substance in Deliberative Democracy. In: Bohman J, Rehg W, editores. *Deliberative Democracy*. Cambridge MA: MIT Press. 1997. p. 407-437.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Gutmann A, Thompson D. *Why Deliberative Democracy?* New Jersey: Princeton University Press; 2004.
10. Dryzek J, Niemeyer S. *Foucault and Frontiers of Deliberative Governance*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
11. Caluwaerts D, Reuchamps M. Strengthening democracy through bottom-up deliberation: An assessment of the internal legitimacy of the G1000 project. *Acta Politica*. 2014; 50(2):1-20.
12. Mockler P. Measuring the inclusiveness of deliberation: structural inequality and the discourse quality index. *Comp. European Polit*. 2021. [acesso em 2021 nov 8]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/354844332_Measuring_the_inclusiveness_of_deliberation_structural_inequality_and_the_discourse_quality_index.
13. Johnson GF, Morrell ME, Black LW. Emotions and Deliberation in the Citizens' Initiative Review. *Soc. Science Quart*. 2019 [acesso em 2021 nov 8]; 100(2). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ssqu.12707>.
14. Della Porta D. La democrazia partecipativa e I movimenti sociali. Micro e macro-dinamiche. In: Gelli B, editor. *Le nuove forme di partecipazione*. Roma: Carocci; 2007. p. 73-86.
15. Della Porta D, Diani M. *Social Movements: An introduction*. Cornwall: Blackwell Publishing; 1999.
16. Morgan L. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Plann*. 2001; 16(3):221-230.
17. Matos AR, Serapioni M. The challenge of citizens' participation in health systems in Southern Europe: a literature review. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(1):e00066716.
18. Serapioni M, Matos AR. *Saúde, Participação e Cidadania. Experiências do Sul da Europa*. Coimbra: Almedina; 2014.
19. Van de Bovenkamp HM, Trappenburg MJ, Grit KJ. Patient Participation in Collective Healthcare Decision Making: The Dutch Model. *Health Expect*. 2009; 13(1):73-85.
20. Lehoux P, Daudelin G, Demers-Payette O, et al. Fostering deliberations about health innovation: What do we want to know from publics? *Soc. Scienc. Med*. 2009; (68):2002-2009.
21. Tritter JQ, McCallum A. The Snakes and Ladders of User Involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy*. 2006; (76):156-158.
22. Crisóstomo S, Matos AR, Borges M, et al. Mais participação, melhor saúde: um caso de ativismo virtual na saúde. *Forum Sociológico*. 2017; (30):7-16.
23. Martin GP. Ordinary people only: Knowledge, representativeness, and the publics of public participation in healthcare. *Sociology of Health and Illness*. 2008; 30(1):35-54.
24. Harrison S, Mort M. Which champions, which people? Public and user involvement in health care as a Technology of Legitimation. *Soc. Policy Adm*. 1998; 32(1):60-70.
25. Jasanoff S. Technologies of Humility: Citizen Participation in Governing Science. *Minerva* 41. 2003; (3):223-244.
26. Arnstein S. A Ladder of Participation. *J. Am. Inst. Plann*. 1969; 35(4):216-224.
27. Crisóstomo S, Matos AR, Borges M, et al. O Facebook faz bem à saúde? O caso "MAIS PARTICIPAÇÃO melhor saúde" em Portugal. *Rev Bras. Pesq. Saúde*. 2019; 21(2):123-133.
28. Serapioni M, Ferreira P, Antunes P. Participação em saúde: conceitos e conteúdos. *Notas Econ*. 2014; 26-40.
29. Richards T, Scowcroft H. Patient and public involvement in covid-19 policy making. *BMJ*. 2020 [acesso em 2021 nov 9]; 370. Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmj.m2575>.

30. Gillespie AM, Obregon REL, Asawi R, et al. Social mobilization and community engagement central to the Ebola response in west Africa: lessons for future public health emergencies. *Glob Health Sci Pract*. 2016; (4):626-646.
31. Portugal. Conselho Nacional de Saúde. Participação Pública em Saúde Todas as Vozes Contam. 2014. [acesso em 2021 nov 19]. Disponível em: <http://www.cns.min-saude.pt/2020/12/16/participacao-publica-em-saude-todas-as-vozes-contam/>.
32. Observador. Participação do Cidadão na Era da Covid. 2020 set 4. [acesso em 2021 nov 19]. Disponível em: <https://observador.pt/especiais/a-participacao-do-cidadao-na-era-da-covid-19/>.
33. Saúde em Dia. Estudo à População: Acesso a cuidados de saúde em tempos de pandemia. 2021. [acesso em 2021 nov 19]. Disponível em: https://www.saudeemdia.pt/dl/estudo_a_populacao.pdf.
34. Kazi D, Wadhwa R, Shen C, et al. Decline in Emergent and Urgent Care during the COVID-19 Pandemic. *medRxiv*. [acesso em 2021 nov 9]. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.14.20096602v1>.

Recebido em 07/12/2021

Aprovado em 25/02/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação para a Ciência e a Tecnologia for funds to GHTM - UID/04413/2020

Gestão participativa na Atenção Primária à Saúde: ensaio sobre experiência em território urbano vulnerável

Participative management in Primary Health Care: an essay on an experience in a vulnerable urban territory

Elyne Montenegro Engstrom¹, Vanessa Costa e Silva²

DOI: 10.1590/0103-11042022E409

RESUMO A gestão participativa, embora instituída nas normativas de constituição do Sistema Único de Saúde, ainda encontra desafios para efetivação em âmbito local, especialmente em territórios urbanos marcados por violência e pobreza. O ensaio objetivou apresentar e discutir aspectos de uma experiência de gestão participativa em um território vulnerável, mediada pela Atenção Primária à Saúde. Essa experiência de cogestão da saúde foi desenvolvida entre 2009 e 2013 em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. A partir do relato de gestores e de materiais técnicos produzidos, analisou-se a implementação de estratégias, tais como a mobilização para criação de um conselho gestor intersectorial local e aquelas de informação, educação e comunicação em saúde suportadas por apoiadores institucionais e pelas equipes de saúde da família. Concluiu-se que práticas gerenciais e sanitárias democráticas podem ser desenvolvidas por meio de tecnologias sociais, que valorizem a gestão participativa e compartilhada entre trabalhadores-usuários-gestão.

PALAVRAS-CHAVE Gestão participativa. Participação social. Atenção Primária à Saúde. Política de saúde.

ABSTRACT *Participatory management, although instituted in the norms of the constitution of the Brazilian Universal Health System (SUS), still faces challenges to be effective in practice at a local level, especially in complex urban territories, aiming at community strengthening and social participation. This essay aims to present and discuss aspects of a participatory management experience in a vulnerable territory, mediated by Primary Health Care. This experience of health co-management was developed between 2009 and 2013 in Manguinhos, a municipality of Rio de Janeiro. From the managers' reports and the technical materials produced, the implementation of strategies analyzed were the mobilization to create a local intersectoral management council and those of information, education, and communication in health supported by institutional supporters and by the family health teams. We concluded that democratic managerial and sanitary practices can be developed through social technologies, which value participative and shared management among workers-users-management.*

KEYWORDS *Participative management. Social participation. Primary Health Care. Health policy.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
elyneengstrom@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Aos que pensam a realidade não apenas como ela é, mas também como deveria ser. Esta é a frase de abertura do livro 'Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social' do mestre Antônio Ivo de Carvalho a quem este ensaio é dedicado. Além da sua contribuição teórica e ativismo incansável sobre a política de participação no SUS, foi nossa grande liderança institucional e formulador das bases conceituais da experiência ora relatada; cuja imagem-objeto pode ser sintetizada em sua fala recorrente: *precisamos radicalizar a gestão participativa do Teias!* (Texto-dedicatória das autoras).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), como política pública demarcada pela Constituição brasileira de 1988, assim como o advento de um novo padrão de políticas sociais instituíram-se no bojo de movimentos de reconstrução democrática no País no final dos anos de 1980¹. Reafirmavam-se o direito universal à saúde e o papel do Estado nessa garantia, incorporando-se, na estrutura político-institucional do SUS, espaços e dispositivos para democratização da gestão do sistema de saúde. Foram instituídos canais formais de compartilhamento do processo decisório na relação entre Estado e sociedade, como os conselhos de saúde, e ainda houve fomento à participação social em outros espaços comunitários²⁻⁴.

O conceito de participação assumiu significados variados, conforme o contexto em que foi operado, e as relações estabelecidas entre o Estado e a sociedade. Teixeira⁵ apresenta quatro dimensões do conceito, como a pedagógica, que se refere à educação crítica voltada para a emancipação política e o exercício da cidadania ativa; a simbólica, que se relaciona com a construção de uma identidade coletiva de determinado grupo (movimento social). Soma-se a essas a noção de conquista política entendida como garantia de direitos,

na medida em que as políticas sociais distribuem não somente bens, mas também poder. Finalmente, há a dimensão do controle social na gestão das políticas públicas, que deveria ser exercido desde a formulação.

A inclusão da participação como tema nos programas reformistas de diversos países, a partir dos anos 1960, objetivava se contrapor à massificação, à centralização burocrática e aos monopólios de poder, o princípio democrático segundo o qual todos os que são atingidos por medidas sociais e políticas devem participar do processo decisório, qualquer que seja o modelo político ou econômico adotado⁶.

No campo da saúde, a participação é historicamente referida e corresponde às diversas formas de compreensão tanto da relação Estado-sociedade quanto do processo saúde-doença-cuidado, assumindo, portanto, diversas taxonomias. Segundo Carvalho⁷, a ideia de 'participação comunitária' que emergiu no início do século passado, nos centros comunitários de saúde norte-americanos, considerava que a ação sanitária deveria ser menos coercitiva e higienista, e avançava na compreensão dinâmica entre o homem e o meio ambiente, seus fatores culturais e sociais. No Brasil, em um contexto de ausência de tradição democrática e participação política, tal proposta perdeu sua dimensão participativa no arcabouço oficial, mas deu origem, nas décadas de 1950 e 1960, a projetos sanitário contra-hegemônicos, como os laboratórios de organização comunitária. Dessa forma, foi assim que se desenvolveram, ao lado e à sombra da proposta oficial de participação comunitária, experiências que progressivamente se radicalizaram e terminaram por assumir identidade própria, como propostas de participação popular⁷.

Com o fomento à 'participação popular', a desigualdade social não deveria ser considerada apenas elemento de descrição, de distribuição dos problemas de saúde, mas, sim, como chave para sua explicação⁷. Segundo o autor, nas décadas de 1970 e 1980, para além da dimensão técnica voltada à solução dos principais problemas do setor saúde, houve

valorização da dimensão política, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde⁷. Na década de 1980, surgiram novas práticas de participação, por meio de gestões colegiadas e representativas, pautadas no direito de cidadania. Com a Constituição Cidadã, a participação como demagogia ou como pedagogia dá lugar à participação como cidadania⁷ e à ‘participação social’, e remete ao conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e de projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal. Nessa perspectiva, organizou-se, nos anos seguintes, a participação social no SUS, com arcabouços como os Conselhos e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo. Em tal concepção constitucional, a participação social impõe a presença explícita e formal do Estado e dos vários segmentos sociais, de modo a tornar visível e legitimada a diversidade de interesses e projetos⁷.

Na gestão nacional na década de 2000, destaca-se a criação de uma agenda política social com foco na inclusão social, expressa, por exemplo, no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) de 2007 a 2010, que, em sua vertente relativa ao setor saúde, valorizava o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) nos territórios daquela intervenção urbana. Data de 2006 a publicação da primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁸, e de 2007, a concepção de Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias)⁹, que nos anos seguintes foram revistos pela reedição da PNAB em 2011¹⁰, que instituiu a noção de APS abrangente, centrada na Estratégia Saúde da Família (ESF), operada em seus atributos (acesso, vínculo, integralidade, coordenação; orientação familiar, comunitária e competência cultural), integrada à Rede de Atenção à Saúde. Há que se destacar, ainda nessa década, os virtuosos debates acerca dos determinantes sociais na saúde¹⁰, que se relacionavam aos referenciais da Promoção da Saúde¹¹ e seus princípios da equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade,

sustentabilidade, integralidade e territorialidade¹¹. Tais concepções fizeram-se presentes, também, na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde¹² que apresentava diretrizes como a ‘gestão participativa e cogestão’, princípios que incluíam o ‘protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos’; os dispositivos como o ‘apoio institucional’ e os ‘colegiados gestores’ para incentivar trocas solidárias e coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários¹².

No fervilhar de tais políticas indutoras da gestão participativa na saúde, conceberam-se (em 2009) as bases do Teias no território de Manguinhos, com objetivo de reorientação da APS. Como uma de suas concepções fundantes, assumia-se como estratégico o fomento à participação ativa e criativa das pessoas de um determinado território-vivo – com seus saberes, práticas, cultura e história – desenvolvida no cotidiano das práticas de saúde^{13,14}.

Para Santos¹⁵, entre o instituído e as práticas instituintes de ampliação da participação no nível local, há desafios que vão desde a insuficiência da racionalidade ocidental, para a qual realidades particulares ou locais seriam pouco expressivas para a escala dominante global, até o processo de construção do interesse coletivo, por meio de seus dispositivos de participação existentes¹⁵.

Nesse sentido, destacam-se desafios, como: i) a forma como se organiza a representatividade dos usuários nos espaços de gestão participativa, o que pressupõe a ativação de canais de comunicação bilateral entre as pessoas designadas para participar e aqueles que as representam¹⁶; ii) a superação das indignações individuais rumo à priorização e solução dos problemas com partilha de poderes e saber¹⁷; iii) a dificuldade dos Conselhos Locais de Saúde interagirem com outras instâncias e setores que atuam no território limitando seu papel mediador entre comunidade e gestão municipal¹⁸; iv) a ênfase, nas reuniões colegiadas, em pautas restritas aos agires técnicos ou profissionais e uma certa tensão com os vários atores da rede¹⁹.

Reafirmar a gestão participativa como modo de operar a política pública significa um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde²⁰. Depende de criatividade, disposição e do posicionamento ético-político-institucional-social de quem a utiliza.

Uma particularidade a ser destacada na gestão participativa remete ao contexto social do território, notadamente naqueles cenários de exclusão social, conflagrados pela violência que limita a participação social democrática. Nesses contextos, há que se pensar em novos arranjos para fomento à organização da sociedade civil de modo a oportunizar a participação e a gestão participativa. O objetivo de promover a participação social cidadã no SUS requer um conjunto de ações planejadas e organizadas em defesa desse bem público. Para tal, as ações de *advocacy* baseadas em iniciativas de coalizão e construção de redes locais são legítimas para promover cidadania e maior efetividade da gestão territorial da APS.

Com tal perspectiva, apresenta-se, a seguir, a experiência de gestão territorial de saúde do Teias Manguinhos, com seus espaços coletivos de gestão participativa, em que se procurou repudiar a concepção de sociedade, no qual quem tem estudo e recursos aponta o caminho ‘correto’ para as classes populares²¹. Não por acaso, o autor dessa citação²¹, o Prof. Victor Valla, teve seu nome escolhido para denominar a unidade de saúde – Clínica da Família – inaugurada no âmbito do Teias em 2010.

Contexto e reflexões acerca do Teias Manguinhos

Um novo modelo de atenção e de gestão da APS em Manguinhos foi viabilizado por meio de um contrato de gestão estabelecido entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), em outubro de

2009, ocorrido em um contexto mais amplo de transformações na saúde conduzida pela gestão municipal^{22,23}. O Teias tinha como missão principal ampliar o acesso e a qualidade da atenção no território, com a mudança de modelo assistencial centrado na ESF, segundo referenciais nacionais^{8,9}. Os valores constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social na saúde foram motivadores para a gestão, com adoção de dispositivos inspirados em Carvalho⁷ e no ParticipaSus⁴. Uma das particularidades desse contexto é que, para além do conceito de integração da rede e ações de assistência, promoção e prevenção em saúde, o Teias Manguinhos incorporava os componentes da produção de conhecimentos científicos e tecnológicos, ensino e pesquisa, relacionados com a missão institucional da Fiocruz, instituição secular presente no território.

Em um recorte temático da experiência, este ensaio aborda os aspectos relativos à gestão participativa, em especial, os dispositivos adotados em âmbito territorial. Apresentam-se reflexões e ações vivenciadas de dezembro de 2009 a maio de 2014, período de início da implementação do Teias. Assume-se, pois, que o processo de narrar possibilita a ressignificação dos acontecimentos que apontavam as estratégias para participação social.

No relato, utilizaram-se como fonte de informação: as vivências das autoras, integrantes do Colegiado de Gestão no referido período, e a sistematização de documentos técnicos divulgados e tornados públicos à época, em folhetos, mídia digitais, entre outros meios. Com tal natureza de dados, asseguram-se os aspectos éticos dos relatos, ressaltando-se que as interpretações representam a visão das autoras.

Um pouco da história do território

Manguinhos, oficializado como bairro em 1981, está situado na Zona Norte do município do Rio de Janeiro, na 10ª Região Administrativa

(RA) da cidade, que compreende também os bairros de Bonsucesso, Olaria e Ramos e ainda os Complexos do Alemão e da Maré.

O bairro cresceu no entorno da Fiocruz, instituição criada em maio de 1900. Desde então, ela tem atuação no ambiente e com seus moradores, incluindo ações de cooperação social e atenção à saúde. Anteriormente ao Teias, havia a oferta de serviços de saúde em uma Unidade Básica de Saúde (UBS – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria), vinculada à Ensp.

A criação do Teias possibilitou a ampliação de cobertura da ESF para 100% da população de Manguinhos no final do primeiro ano (outubro de 2010), perfazendo o total de 37 mil pessoas cadastradas (número similar ao da população do censo de 2010), o que significou uma conquista importante tanto pela ampliação da oferta de serviços quanto por propiciar as condições para a mudança do modelo tradicional de APS, para aquele da ESF. Para tal, construiu-se outra UBS (Clínica da Família Victor Valla), com 200 trabalhadores da saúde contratados como celetistas e divididos em 13 equipes da ESF; cinco equipes de Saúde Bucal; uma equipe de Consultório na Rua; um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e uma Academia Carioca da Saúde. A essa estrutura de serviços em Manguinhos, soma-se uma Unidade de Pronto Atendimento, inaugurada em 2010, que atuava em estreita integração de fluxos com as UBS. Todos esses equipamentos ampliaram a resolutividade do cuidado na perspectiva de um território integrado⁸.

Manguinhos é um território de grande vulnerabilidade econômica e social, um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do município, com altas taxas de violência; e foi a área escolhida para o PAC em 2008, intervenção urbana intersetorial que uniu os governos federal, estadual e municipal. O discurso oficial era sobre integrar as favelas à cidade formal por meio da urbanização e da prestação de serviços públicos de qualidade, com abordagem intersetorial, em que o setor saúde teria uma

efetiva participação²⁴. Ressalta-se ainda que, em 2012, houve a implantação de uma Unidade de Polícia Pacificadora, uma iniciativa ligada à segurança pública, no sentido de lidar com a violência do território, os confrontos armados e as disputas envolvendo o tráfico de drogas.

Nesse período, houve inúmeras modificações ambientais e nas moradias das famílias – de fato, um território dinâmico nos aspectos geográficos e sociais²⁵. Isso exigiu esforços e flexibilidade para a gestão da saúde na área, como na identificação dos problemas e das prioridades sanitárias locais; no planejamento, na alocação de equipes no território e os respectivos cadastros da população.

Uma das ações iniciais da gestão local foi a coleta/análise de dados dos registros de atendimentos e de indicadores dos Sistemas de Informação em Saúde, para geração de informações que subsidiassem a tomada de decisões. A sistematização de tais evidências permitiu conhecer algumas características do território, das famílias e das pessoas que nele habitavam. Manguinhos era um bairro onde houve diminuição dos nascimentos (natalidade); no qual os homens morriam precocemente pela violência e a população envelhecia rapidamente, com crescente predominância de idosos em relação à população jovem. Tais mudanças demográficas refletiam-se no perfil de morbimortalidade da população, em semelhança ao panorama nacional, revelando a tripla carga de doença: uma agenda não superada de doenças infecciosas (como tuberculose, sífilis, HIV, dengue); uma carga importante de causas externas relacionadas com a violência; e uma presença expressiva das condições crônicas não transmissíveis (como hipertensão, diabetes, câncer e obesidade).

Esse cenário exigia novas formas de organização dos serviços de saúde, em especial, daqueles responsáveis pelo acesso oportuno, cuidado ao longo de todo o ciclo da vida e a resolutividade da maioria dos problemas de saúde. Apontava a importância da promoção da saúde não apenas para estímulo aos hábitos de vida saudáveis, mas, principalmente, na

dimensão coletiva, para o território saudável. Isso exigia a implementação de políticas públicas redutoras de iniquidades em saúde e fomento à participação social.

Caminhos para fomento à participação social

Para lidar com a complexidade do contexto e construir as bases da gestão participativa do Teias, foi preciso buscar novas estratégias para integração intersetorial, especialmente com as instituições e setores presentes no PAC Manguinhos. Valorizou-se a atuação em processos que buscavam a mediação, a decisão consensual, para legitimação de parcerias e projetos coletivos. Apostou-se na produção compartilhada de conhecimento e informação, de forma a tornar cada processo um ato educativo. Dessa forma, o processo de participação-gestão tinha como objetivo não apenas produzir bens ou serviços, mas também se configurar como potente espaço pedagógico.

A partir de 2010, a gestão territorial da saúde foi organizada de forma colegiada (Colegiado Teias-Manguinhos), com a inclusão de gerentes das unidades e ‘apoiadores institucionais’²⁶, profissionais facilitadores da cogestão, em áreas prioritárias, como informação e vigilância em saúde, educação, comunicação e promoção da saúde. Fomentavam o diálogo com a comunidade e interagiam com o trabalho dos agentes comunitários de saúde, dos agentes de vigilância e do agente social, liderança do território que apoiava a agenda de participação social. Atuaram em integração com as escolas do território, dos equipamentos da assistência social para ações voltadas à juventude; aos espaços de capacitação para o trabalho, à utilização da Biblioteca de Manguinhos, espaço com recursos multimídias, e diversas outras iniciativas promotoras de saúde.

Foram instituídos os conselhos locais das unidades, que atuavam diretamente integrados às Ouvidorias municipal (área programática 3.1) e da Fiocruz, de forma a ampliar a escuta

à comunidade, a solução de problemas e a satisfação do usuário.

As equipes de saúde, em contato permanente com os usuários e em reuniões com os moradores, faziam essa escuta no seu cotidiano, mas outras possibilidades de interação foram introduzidas. Além de uma pesquisa de satisfação do usuário realizada nas unidades e em base domiciliar, foi instalado, nas UBS, um sistema de avaliação digital, como mais uma ferramenta para melhorar a qualidade dos serviços.

Os apoiadores institucionais, juntamente com a Cooperação Social da Fiocruz, as equipes de saúde e as lideranças locais, elaboraram materiais técnicos como o jornal ‘Comunidade na Saúde’, que apresentava informações sobre Manguinhos, a organização da ESF, indicadores de saúde da população que foram utilizados para promover ‘ciclos de leitura’. Eram conversas com intencionalidade entre equipes e moradores realizadas nas diferentes áreas da comunidade, visando fomentar o empoderamento comunitário, a motivação de lideranças e a construção de alianças locais. Nos debates, apontavam-se problemas e caminhos, sendo os temas mais frequentemente discutidos aqueles referentes ao ambiente, ao PAC; à violência local; ao acúmulo do lixo nas ruas e nos rios da região; às doenças decorrentes desse ambiente insalubre; ao funcionamento das UBS – barreiras de acesso a outros serviços da Rede. Um problema destacado remetia à área de saúde mental, à abordagem de álcool e drogas e às diversas cenas de uso de drogas e pessoas em situação de rua presentes na comunidade.

Esses encontros serviram de base para a construção de um ‘Plano de mobilização de moradores, profissionais e gestores’ que orientou a construção de diretrizes conceituais e operacionais de uma nova instância territorial de gestão participativa, de natureza intersetorial, denominada Conselho Gestor Intersetorial (CGI) de Manguinhos.

O CGI foi reconhecido como um espaço de decisões local, com a função de pactuar, acompanhar e fiscalizar as ações da gestão

do território, muito embora não tenha sido instituído formalmente em instâncias do controle social do SUS, como conselho distrital. A composição intersetorial foi justificada pela necessidade da atuação sinérgica com setores do PAC Manguinhos (governo federal, estado e município), para prover maior integração assistencial e, na perspectiva de políticas promotoras da saúde, lidar com os determinantes sociais da saúde.

Em outubro de 2011, o CGI de Manguinhos foi eleito em assembleia pública, sendo formado por 48 conselheiros, de forma paritária na participação do poder público e da comunidade, incluindo, além da representação do setor saúde, os setores da educação e da assistência social. A intersetorialidade esteve presente, ainda, na representação comunitária, organizada por segmentos sociais (*quadro 1*).

Quadro 1. Descrição de estratégias participativas desenvolvidas no âmbito do Teias-Manguinhos (2009-2013)

Estratégias da Gestão participativa	Características e Periodicidade
Conselho Gestor Intersetorial de Manguinhos (n=48 conselheiros)	Composição paritária: 6 gestores, 6 profissionais, 12 conselheiros da sociedade civil (n=24 titulares), e suplentes (n=24) eleitos em assembleia, por segmentos sociais. Reunião: mensal
Reuniões do Colegiado de Gestão do Teias	Coletivo deliberativo com gestores das unidades, apoiadores, convidados para assuntos do planejamento, monitoramento e gestão. Reunião: semanais ou quinzenais
Colegiado Gestor das Unidades Básicas de Saúde	Coletivo deliberativo da gestão de cada unidade (n=2), com representantes de trabalhadores, gestão e usuários. Mensal
Reuniões de Equipe de Saúde da Família	Espaço de discussão clínica e administrativa da equipe e para educação permanente. Reunião semanal
Espaços locais de participação social	Rodas de conversa das equipes e apoiadores com a comunidade. Variada
Espaços de educação permanente coletivo dos trabalhadores do Teias	Temática definida conjuntamente. Periodicidade variada
Seminários Temáticos de Saúde	Discussão ampliada de temas científicos e estratégicos, aberta ao público em geral. Variada
Conferência Territorial de Saúde	I Conferência de Manguinhos, aberta aos moradores, realizada em auditório/Ensp
Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde e Fiocruz	Espaço para coleta de informações direta dos usuários, cujas demandas/necessidades eram respondidas no tempo e na forma mais adequada possível
Instrumentos de Informação, Educação e Comunicação em Saúde	Desenvolvimento de produção técnica-tecnológica para difusão do conhecimento Cartilha, <i>folder</i> , cartão de visita das equipes, vídeo sobre a ESF em Manguinhos; painel de indicadores de saúde; Portal: transparência, comunicação e participação, acesso no site Ensp

Fonte: elaboração própria.

Uma ação conduzida pelo CGI, em sinergia ao movimento das Conferências de Saúde realizadas em 2011, foi a Conferência Territorial que contou com cerca de 300 participantes, entre usuários e trabalhadores. Muito embora tal conferência não se formalizasse no propósito de eleição de conselheiros municipais

de saúde, o fomento à participação social foi expressivo, com debates virtuosos e emergência de lideranças locais. As conferências locais de saúde são espaços potenciais para diálogo entre profissionais de saúde e moradores, para seleção de prioridades nas ações, de forma livre, inclusiva e consensual.

Do conjunto de propostas aprovadas na Plenária Final, algumas foram implementadas em curto e outras em médio prazo, tais como: a produção de materiais técnicos (vídeo, calendário e *folder*) esclarecendo o trabalho realizado pela ESF; a implantação da equipe de ‘Consultório na Rua’ e de profissionais com *expertise* em saúde mental e doenças crônicas para o Nasf; o movimento pela instalação de um semáforo na via urbanizada pelo PAC; a ampliação de uma Biblioteca gerenciada pelo governo estadual; a organização da coleta de lixo e de um abaixo assinado dos moradores, iniciado em julho de 2012, e entregue ao secretário municipal de saúde, para a construção de um novo equipamento de saúde mental, um Centro de Atenção Psicossocial em Manguinhos, conquista efetivada em 2014.

Na perspectiva da gestão pública por resultados, a gestão do Teias produzia, com a participação dos trabalhadores, relatórios trimestrais de prestação de contas informando e discutindo a situação dos indicadores de gestão, de acesso, de desempenho assistencial e de eficiência pactuados com o município. A produção desses relatórios tinha finalidade de estimular a autonomia e o compromisso das equipes de saúde com o resultado do trabalho e prestar contas à comunidade, em movimento denominado *accountability*.

A transparência e a comunicação da gestão pública foram prioridades para a ‘radicalização da gestão participativa’⁷, de forma a permitir que o cidadão acompanhasse não somente a oferta/utilização de serviços no território, mas também os gastos públicos. A apreciação de relatórios técnicos, de despesas orçamentárias, entre outras ações gerenciais, era parte dos debates com o CGI, assim como a adoção de outras estratégias de gestão participativa. Estas foram sistematizadas no *quadro 1*.

Pode-se concluir que as concepções e as práticas relatadas na experiência de gestão participativa do Teias Manguinhos foram ancoradas no *advocacy* da participação social cidadã na saúde. Estas fomentaram novas formas de organizar a relação entre gestores,

profissionais e população, construindo-se espaços de criatividade e participação para produção de saúde; a despeito da violência presente nesse território.

Considerações finais

A implementação de práticas de gestão participativa da saúde nos territórios fortalece as proposições de políticas promotoras de saúde e redutoras de iniquidades sociais. Práticas gerenciais e sanitárias democráticas podem ser desenvolvidas por meio de tecnologias sociais, que valorizem a gestão participativa, compartilhada entre trabalhadores-usuários-gestores, com responsabilidade direcionada à identificação e à solução de problemas locais, associadas às estratégias de reforço da mobilização comunitária. Além disso, requer a construção de um modelo de atenção à saúde que incorpore os atributos essenciais e derivados da APS, como a orientação comunitária nos territórios.

A gestão participativa no Teias em Manguinhos foi organizada segundo referenciais da participação social cidadã, como resposta para lidar com os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado; da corresponsabilização, da educação e comunicação, e da adoção do apoio institucional, esta intrinsecamente relacionada com a ação intersetorial.

A agenda intersetorial do Teias Manguinhos foi implementada como instrumento de otimização de saberes, de competências e de estabelecimento de relações sinérgicas com os atores e as forças locais. O conceito da intersetorialidade é polissêmico, podendo ser entendido como uma nova lógica de gestão e/ou como uma estratégia política de articulação entre setores²⁷, de forma a construir-se uma agenda sustentável e efetiva para o País. A implementação dessa agenda, especialmente construída a partir de atores e instituições locais, trouxe

enormes desafios conceituais e operacionais, inclusive no que se refere à sustentabilidade em cenários futuros, uma vez que o agir intersetorial é permeado de conflitos e disputas ideológicas decorrentes de diferentes concepções políticas e institucionais.

Considerando que os sistemas de atenção à saúde devem responder às necessidades locais de saúde, foi possível concluir que a experiência produziu espaços institucionais de escuta e decisão compartilhada em Manguinhos, que incluíram a participação da comunidade e de trabalhadores. O desenvolvimento de tecnologias sociais, como o CGI, permitiu a inclusão de pessoas e segmentos sociais com maior independência de forma a minimizar a influência de interesses particulares e conflitantes no território. Fomentar a participação social nesse território exigiu um processo contínuo de aprendizado e respeito mútuo, para estabelecer uma relação de confiança entre gestão, trabalhadores e usuários. A identificação de agentes transformadores locais, entidades, lideranças fortaleceu as ações de *advocacy* à participação social e às políticas públicas promotoras de equidade. Isso envolveu a mudança de paradigmas da gestão em saúde, com atuação estratégica no território.

Essa experiência apresentou memória e ação política que legitimam a potência da APS no fortalecimento comunitário, uma utopia radical possível. Contudo, para aqueles comprometidos com os ideais da reforma sanitária, causam preocupação os desmontes de diversas políticas sociais, fruto de movimentos neoliberais, e suas repercussões nos anos seguintes a 2017 no País²⁸. No caso do setor saúde, particularmente na APS, isso foi evidenciado pela mudança de normativas, na restrição e no modo de financiamento público, ameaçando a universalidade do acesso à saúde²⁹.

Longe de ser uma agenda concluída, ainda há novos obstáculos a serem superados na defesa de um projeto nacional e solidário de desenvolvimento, voltado para a redução das desigualdades. Que sejam superados – Antônio Ivo de Carvalho: presente!

Colaboradoras

Engstrom EM (0000-0001-6149-3396)* contribuiu para todas as etapas da elaboração do artigo, planejamento, escrita do manuscrito e revisão do texto. Silva VC (0000-0001-5364-3067)* contribuiu para concepção e elaboração do artigo em todas as fases. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 368-393.
2. Carvalho AI. Os conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. *Ciênc. Saúde Colet.* 1998; 3(1):23-25.
3. Doricci GC, Lorenzi CG. Aspectos contextuais na construção da cogestão em Unidades Básicas de Saúde. *Saúde debate.* 2020; 44(127):1053-1065.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
5. Teixeira E. O local e o global: limites e desafios da participação cidadã. São Paulo: Cortez; Recife: Equip; 2001.
6. Rios JA. Participação. In: Silva B, coordenador geral. *Dicionário de Ciências Sociais.* 2. ed. Rio de Janeiro: FGV; 1987. p. 869-70.
7. Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: IBAM/FASE; 1995.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Articulação em Rede. *Redes Regionalizadas e Territórios Integrados de Atenção à Saúde - TEIAS: Estratégias, pressupostos, componentes e diretrizes.* Proposta de documento substitutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União.* 22 Out 2011.
10. Buss PM, Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis Rev. Saúde Colet.* 2007;17(1):77-93.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Gestão participativa e cogestão.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [acesso em 2022 out 25]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf.
13. Cruz PJSC, Brutscher VJ. Participação Popular e Atenção Primária à Saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 231-264.
14. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, et al. *Território, ambiente e saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 237-255.
15. Santos BS. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social.* São Paulo: Bomtempo; 2007. p. 27.
16. Serapioni M, Matos AR. Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos estratégias. *Rev Port. Saúde Pública.* 2013; 31(1):11-22.
17. Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis Rev Saúde Colet.* 2010; 20(4):1227-1243.
18. Lisboa AE, Sodré F, Araújo MD, et al. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. *Trab. Educ. Saúde.* 2016; 14(03):679-698.

19. Júnior SH, Merhy EE, Seixas CT, et al. Mágica ou magia? Colegiados gestores no Sistema Único de Saúde e mudanças nos modos de cuidar. *Interface (Botucatu)*. 2019; (23):e170395.
20. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface*. 2005; 9(171):389-391.
21. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública*. 1998; 14(supl2):S07-S18.
22. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a reforma dos cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(5):1327-1338.
23. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1903-1914.
24. Fernandes TM, Costa RGR. Histórias de pessoas e lugares: memórias das comunidades de Manguinhos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
25. Costa RGR, Fernandes TM, Freire LL, et al. Políticas públicas urbanas para uma Cidade Saudável: 100 anos de história em Manguinhos. In: Silveira CB, Fernandes TM, Pellegrini B, organizadores. *Cidades saudáveis? Alguns olhares sobre o tema*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 243-267.
26. Casanova AO, Teixeira MB, Montenegro E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(11):4417-4426.
27. Monnerat GL, Almeida NLT, Souza RG, editores. *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas: Papel Social; 2014.
28. Agostini R, Castro AM. O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal? *Saúde debate*. 2019; 43(8):175-188.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 13 Nov 2019.

Recebido em 14/07/2021
Aprovado em 15/09/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Accreditação Institucional de Ouvidorias do SUS: uma análise das experiências iniciais de avaliação externa

Institutional Accreditation of SUS Ombudspersons: An analysis of the initial external evaluation experiences

Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira¹, Fernando Manuel Bessa Fernandes¹, Caio Tavares Motta¹, Murilo da Conceição Cunha Wanzeler², José Inácio Jardim Motta¹, José Antônio da Silva Santos¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E410

RESUMO Com base no Curso de Qualificação de Avaliadores Externos para o processo de Accreditação no Sistema Único de Saúde (SUS), realizado em 2018, o objetivo deste artigo foi discutir os desafios postos ao processo de formação desses avaliadores, fundamentado em uma perspectiva da avaliação participativa, como forma de contribuir para aperfeiçoamento de processos dos dispositivos de avaliação externa e autoavaliação. Para isso, analisaram-se 33 documentos produzidos com a prática desses dispositivos no âmbito do projeto. Na avaliação externa, o principal desafio consiste em ‘olhar para o outro’; esse tipo específico de olhar exige que a Equipe de Avaliação Externa detenha o domínio sobre os conhecimentos prévios, competências e atitudes necessárias ao trabalho, para captar saberes, intencionalidades e relações, expressos nos atos de fala dos sujeitos. Na autoavaliação, o principal desafio consiste em ‘olhar para si’; tomar a si próprio como objeto de conhecimento e campo de transformação requer formas específicas de fazer, visando ao ganho de qualidade nos processos de trabalho. Construir uma cultura de avaliação, em que as informações produzidas subsidiem a tomada de decisão é um desafio para as ouvidorias, que pode ser superado com o Referencial de Qualidade das Ouvidorias do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Accreditação. Defesa do usuário. Avaliação em saúde. Capacitação de recursos humanos em saúde. Participação social.

ABSTRACT *Based on the Qualification course of External Evaluators for the Accreditation process in the Unified Health System (SUS), held in 2018, this paper aims to discuss the challenges to the training process of these evaluators from a perspective of participatory evaluation to contribute to the improvement of external evaluation and self-evaluation devices. To this end, 33 documents produced with the practice of these devices were analyzed within the project. In external evaluation, the main challenge is to ‘look at the other’. This specific type of perspective requires the External Evaluation Team’s mastery over the previous knowledge, skills, and attitudes necessary for the work to capture knowledge, intentions, and relationships expressed in the statements of the subjects. In self-evaluation, the main challenge is ‘looking at oneself’. Taking oneself as an object of knowledge and field of transformation requires specific ways of doing to gain quality in work processes. Building a culture of evaluation in which the information produced supports decision-making is a challenge for the ombudspersons, which can be overcome with the Quality Benchmark of the Ombudsperson Services of the SUS.*

KEYWORDS *Accreditation. Patient advocacy. Health evaluation. Health human resource training. Social participation.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. sandravs@uol.com.br

²Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro de Ciências da Saúde (CCS), Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nesc) - João Pessoa (PB), Brasil.



Introdução

A Acreditação Institucional de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS) é um projeto que nasce a partir da constatação de que, para a gestão pública na Saúde, seria inovador e produtivo abordar e avaliar o processo de trabalho nas ouvidorias, a partir da produção de reflexões sobre o cotidiano de suas práticas, de modo a empoderá-las e contribuir para que se percebam enquanto ferramentas importantes de gestão¹.

A construção desse projeto é uma parceria entre pesquisadores do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e a Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde (OuvSUS) do Departamento de Integridade do Ministério da Saúde.

Para que a Acreditação alcance os objetivos propostos, é preciso enfrentar o desafio de criar uma cultura de avaliação, em que as informações produzidas nesse processo subsidiem a tomada de decisão pelos diferentes atores, gerando mudanças; o que só é possível se esse julgamento for capaz de ser crítico e favorecer a formação e o aprendizado².

O modelo em construção para a Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS compreende dois dispositivos avaliativos. A autoavaliação, realizada no âmbito institucional pelos profissionais que desenvolvem a prática na ouvidoria e por atores estratégicos que, dado o caráter de mediação e interatividade desse trabalho, impactam ou são impactados por ele. A avaliação externa, em que uma equipe analisa o processo construído anteriormente pelas ouvidorias visando identificar conformidades e consistências no caminho de qualidade construído para essas ouvidorias, criando subsídios para a tomada de decisão e melhoria da qualidade da assistência.

Em ambos os dispositivos, é preciso discutir: o que avaliar, como e quais atores incorporar nesse processo, tendo em vista que o trabalho da ouvidoria não se esgota em si mesmo. É

relacional, em que, de modo individual ou coletivo, é construído a partir da composição de um conjunto de tecnologias e ferramentas – dura, leve-dura e leve – que permitem aos diferentes profissionais fazer pactuações sobre o seu processo de trabalho e produção do cuidado³.

Para captar os diferentes sentidos e significados expressos na construção do caminho de qualidade, é necessário que a Equipe de Avaliação Externa (EAE) detenha caixas de ferramentas, conhecimento, saberes e relações, expressos nos atos de fala, capazes de perceber as intencionalidades dessas ações³.

O Curso de Qualificação de Avaliadores Externos para Ouvidorias do SUS, realizado em 2018, pelo Departamento de Ciências Sociais da Ensp/Fiocruz, objetivou a construção de um Banco de Avaliadores Externos que desse suporte para o Sistema de Acreditação Institucional em Ouvidorias do SUS. Iluminar alguns desafios enfrentados no desenvolvimento desse curso possibilita, além de avançar no fortalecimento das bases de construção do Sistema, trazer subsídios para processos formativos que têm o trabalho como elemento de reflexão.

A formação em ato (ou navegar é preciso): as bases de sua construção

No curso e no próprio processo de Acreditação Institucional, a formação é compreendida como processo qualificatório contínuo, em estado de incompletude, e, portanto, constantemente em processo de (re)atualização, por meio da experiência vivenciada pelos profissionais em seus diferentes momentos de aprendizagem mediada pelas narrativas dos professores/facilitadores de aprendizagem. A dinâmica de construção, sistematização e organização das reflexões e de todo o trabalho feito pelos participantes é registrada em um dispositivo intitulado ‘Diário de Bordo’⁴.

A qualificação foi estruturada considerando que o público-alvo do curso, profissionais de saúde de nível superior atuando em ouvidorias, tivessem domínio prévio de alguns conteúdos sobre avaliação, políticas públicas, gestão, trabalho em equipe, participação e controle social.

A construção das atividades pedagógicas objetivava aprofundar conceitos importantes para a realização da avaliação externa. Nesse sentido, não se pretendia realizar extensas aulas expositivas sobre cada conceito ou teoria, mas, a partir das experiências trazidas pelos profissionais, pela bibliografia disponibilizada e pelos trabalhos em grupo e plenárias, discutir os conceitos trabalhados. Visava-se, assim, à produção de elementos que possibilitassem à equipe de avaliadores captar além do que estava aparente, percebendo as intencionalidades, os valores, as contradições e as disputas presentes na produção do fazer que compõe o trabalho em ouvidorias e suas implicações para o cuidado em saúde⁵.

Dessa forma, o conhecimento construído para a avaliação se daria a partir da experiência, que, como ensina Bondía⁶, “é tudo aquilo que se passa, tudo aquilo que nos chega, nos acontece”. Para que isso ocorra, o conhecimento tem de ser vivenciado, reflexivo, evitando-se a busca incessante por informações, o excesso de opinião, as reflexões sem tempo e o trabalho excessivo vistos pelo autor como elementos que dificultam sua construção. Para ele:

Sujeito da experiência é aquele afetado por ela, que gera e é impactado por afetos, que deixa alguns vestígios e que está ex-posto, com todo o risco e vulnerabilidade que esta exposição possa trazer⁶.

Em consonância com essa perspectiva, a disposição curricular do curso se baseava na noção de ‘formação em ato’, em que tanto o currículo quanto o desenvolvimento do curso são concebidos organicamente, valorizando a experiência dos sujeitos envolvidos, de modo a gerar autonomia reflexiva. São incentivados

e problematizados como referência teórica e base reflexiva para os conhecimentos preexistentes por parte dos alunos⁴.

Essas concepções são sintetizadas no material pedagógico intitulado ‘Carta de Navegação’⁴, elaborado pela equipe de pesquisadores que desenvolviam o projeto. A escolha desse título reflete a concepção de que o horizonte do saber está em constante (re) construção e, embora esteja sujeito a correntes e marés, tempestades e calmarias, fluidez e obstáculos, é passível de mapeamento e (re) descobrimento proporcionador de segurança no percorrer das trajetórias.

O curso foi organizado em três unidades de aprendizagem, dedicadas a cada uma das fases que compõem a avaliação externa (preparação, desenvolvimento da avaliação externa e sistematização do processo de avaliação externa). Com sua realização, visa-se dar conta dos seguintes preceitos: i) Compreensão das diretrizes e dos objetivos de Acreditação e de avaliação externa de ouvidorias do SUS; ii) Planejamento e programação de avaliação externa; iii) Desenvolvimento de processo de avaliação externa em prática de ouvidorias do SUS; iv) Elaboração de síntese da prática de avaliação externa para gestão coletiva de qualidade de ouvidorias do SUS⁴.

Cada unidade de aprendizagem envolveu momentos presenciais e momentos de encontros a distância, viabilizados por intermédio de uma comunidade intitulada Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), constitutivo do conjunto de comunidades de aprendizagem disponibilizadas por meio da plataforma Moodle, pelo setor de Educação a Distância (EAD) da Ensp/Fiocruz.

Por essa perspectiva, a formação é concebida a partir de um ponto de vista técnico-político-ético, que valoriza a construção de indagações e questionamentos sobre o pensar, o fazer, o que se pensa, o que se faz e o que se pensa que faz e/ou se pode fazer. Em consonância com esse espírito, a proposta do curso não se esgota em sua primeira oferta, sendo um processo formativo contínuo.

Foi pactuada, inicialmente, com o Ministério da Saúde a realização de avaliação externa em dez ouvidorias, distribuídas a partir de critérios preestabelecidos, de modo a contemplar a variedade de ouvidorias do SUS existentes no País: diversidade regional, municípios de diferentes portes populacionais, ouvidorias pertencentes a esferas administrativas (estadual e municipal) e níveis distintos de complexidade (central e hospitalar). Por motivos operacionais, sete avaliações foram efetuadas durante a realização do curso e duas no ano de 2020, após a sua concretização. Na fase atual do projeto, está em andamento a realização do processo de Acreditação em 24 ouvidorias, inclusive com algumas ouvidorias que participaram da fase inicial.

Para a realização das avaliações externas, as equipes foram compostas por dois a três profissionais em formação, variando esse número de acordo com o porte populacional dos municípios onde as ouvidorias estavam inseridas e, portanto, da complexidade de suas respectivas redes. A relação com as ouvidorias foi mediada por facilitadores de aprendizagem, que conduziam o processo de adesão destas e acompanhavam as EAE. Além disso, a vivência de realização de avaliação externa pelos profissionais foi sistematizada no relatório de avaliação externa.

Fluxo e atores envolvidos no processo de Acreditação: compreendendo o lugar da avaliação externa

O Sistema de Acreditação Institucional é construído com base nos dispositivos de autoavaliação e avaliação externa, que, em conjunto, visam compreender como as ações para a melhoria dos serviços de saúde são conduzidas/potencializadas no âmbito das Ouvidorias do SUS. É a consistência das práticas discursivas produzidas por esses dispositivos que fornece as bases para a tomada de decisão pelo

Comitê Acreditor e sua posterior chancela ao caminho de qualidade dos serviços construídos pelas ouvidorias.

Esses dispositivos são operacionalizados em diferentes momentos da Acreditação, dentro de um fluxo, no qual os elementos construídos em uma fase servem de base para a reflexão e o aprofundamento da fase posterior. Tem início com a pactuação dos objetivos da Acreditação entre a coordenação do projeto e a ouvidoria a ser acreditada. A publicação de portaria pela instituição com a composição e atribuições da Equipe de Gestão da Qualidade (EGQ), grupo de trabalho composto por atores internos e externos escolhidos pela ouvidoria em suas parcerias com outros setores do serviço e/ou da sociedade civil, materializa a adesão da ouvidoria à Acreditação Institucional, bem como expressa o compromisso e o envolvimento da instituição com esse processo.

Essa equipe tem como atribuição coordenar o processo de autoavaliação e elaborar o relatório de autoavaliação e o plano de ação. Esse relatório deve expressar uma reflexão dos profissionais sobre o seu fazer cotidiano. Ou seja, é uma análise em que o sujeito ouvidoria deve falar de si, a partir de um olhar crítico dos diversos profissionais que trabalham nesse espaço sobre o seu processo de trabalho, bem como das relações construídas pela ouvidoria com outros serviços/atores, de modo a propiciar a construção de pactos e ações que possibilitarão o enfrentamento dos problemas no caminho de qualidade. Ademais, é realizado em diálogo com o Referencial de Qualidade (RQ)⁷ produzido para a Acreditação em Ouvidorias do SUS, expresso em quatro dimensões (infraestrutura, gestão, processo de trabalho e resultados) que, por sua vez, desdobram-se em subdimensões, argumentos e padrões de referência.

Uma vez concluído, esse relatório é enviado à Coordenação do Projeto de Acreditação e, em seguida, distribuído para a EAE, grupo de trabalho mobilizado pela entidade acreditadora, que utilizará o relatório como subsídio para elaboração dos roteiros de campo. Nessa

fase, é necessário identificar os problemas a serem mais bem compreendidos e investigados, agendar o período da visita, definir técnicas e instrumentos de pesquisa (roteiros de entrevistas e de grupos focais) a serem utilizados com os diferentes atores.

A visita de avaliação externa permite a análise *in loco*, a percepção do quanto o caminho da qualidade desenhado no plano de ação da ouvidoria descrito no relatório de autoavaliação estava em conformidade com os padrões de referência descritos no RQ e apresentava consistência, ou seja, encadeamento de práticas discursivas coerentes e potentes para contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de ouvidoria em saúde do SUS⁷.

Essas impressões são sistematizadas no relatório de avaliação externa. Por fim, com base neste relatório, o Comitê Acreditador decide e chancela o processo desenvolvido pela ouvidoria, fechando o ciclo.

Os desafios para consolidação do Sistema de Acreditação Institucional

Para a reflexão sobre os desafios dessas experiências iniciais de avaliação externa, foi selecionado um conjunto de 33 documentos oriundos dos 9 experimentos de Acreditação já realizados no âmbito do Projeto. Tais documentos constituem-se por: 9 relatórios de autoavaliação, 9 relatórios de avaliação externa; 7 ‘Atividades de Análises Cruzadas’ – exercício de leitura cruzada e de autorreflexão sobre os relatórios de avaliação externa, elaborados pela equipe de coordenação e realizado pelos avaliadores em formação; e 8 instrumentos de ‘Reflexão sobre as Experiências de Avaliação Externa’, respondidos pelos profissionais em formação, que participaram de dois experimentos distintos.

Embora o foco de análise sejam os relatórios de avaliação externa, dado o caráter interligado entre os dispositivos, a inclusão dos relatórios

de autoavaliação produzidos pelas ouvidorias foi importante para compreender em que medida o que é produzido pela autoavaliação impacta o trabalho da EAE.

Tais documentos refletem a possibilidade de qualificação do produto dos dois principais dispositivos da Acreditação Institucional. O aprofundamento da qualidade desses relatórios passa, organicamente, pela reflexão de todo o processo de trabalho que os constitui.

A análise desses documentos revelou dois macrodesafios presentes nos dispositivos de autoavaliação e avaliação externa: i) a Equipe de Gestão da Qualidade e o desafio de ‘olhar para si’; e ii) a Equipe de Avaliação Externa e o desafio de ‘olhar para o outro’. Ambos os desafios se desdobram em um conjunto de questionamentos específicos.

Ora, se o trabalho de autoavaliação consiste no ‘olhar para si’, pergunta-se: como construir coerência interna entre os discursos produzidos sobre as práticas cotidianas, vivenciadas no âmbito das ouvidorias? Como ordenar esses elementos de modo lógico, a permitir que o outro seja ‘capaz de ver’, de compreender tal realidade, por meio daquilo que lhe é apresentado por outra equipe, sem que ele tenha vivido tal experiência? Que instrumentos de análise utilizar para isso?

Por sua vez, se o trabalho de avaliação externa consiste no ‘olhar para o outro’, questiona-se: como captar o que esse outro produz? Como perceber nas interações existentes no espaço onde as práticas da ouvidoria são forjadas, as potencialidades e fragilidades ali presentes? O que vai ser observado, com que atores, a partir de quais instrumentos? Em que medida o relatório de autoavaliação elaborado pela ouvidoria permite captar tais práticas? Que outros materiais são necessários para que a EAE compreenda a rotina de trabalho da ouvidoria e o contexto social e político no qual está inserida? Como construir um relatório capaz de subsidiar a decisão do Comitê Acreditador? Como criar consensos e composições a partir de diferentes olhares em equipe?

A seguir, buscar-se-á refletir sobre esses desafios e suas especificidades, provenientes das experimentações da Acreditação Institucional, no âmbito do Curso de Qualificação de Avaliadores Externos, no intuito de contribuir para o aperfeiçoamento dos processos formativos, em ato.

Equipe de Gestão da Qualidade e o desafio de ‘olhar para si’

O princípio segundo o qual a EGQ se orienta é o de ‘olhar para si’, ou seja, tomar o trabalho desempenhado pela própria ouvidoria, em suas múltiplas relações sociais, como objeto de estudo e campo de ação para transformar seus valores e práticas. Nessa concepção, aplicar-se sobre si é uma condição primária para a tomada de posição política⁸.

A EGQ é responsável por dar consistência a essa preocupação, por meio da construção do método da autoavaliação. Dentre suas principais atribuições, destacam-se: identificar os problemas que demandam ações para sua superação; elaborar um plano de ação sustentável; colocar em marcha o caminho de qualidade proposto no plano, visando à superação dos desafios, problemas e nós críticos identificados; e definir os elementos para o monitoramento desse processo.

A construção desse método, cuja prática é consagrada ao ‘olhar para si’, é um dos principais desafios enfrentados pelas ouvidorias no processo de autoavaliação. Tomar a si próprio como objeto de conhecimento não designa uma preocupação difusa. Representa formas específicas de exercício e práticas refletidas, desenvolvidas e aperfeiçoadas para concretizar um saber de si, necessário para assumir responsabilidades públicas e participar ativamente como instrumento de gestão pública e contribuir para as políticas de saúde do SUS⁸.

O RQ, proposto pela Coordenação do Projeto, visa ofertar padrões e argumentos

que possibilitem à ouvidoria se ver a partir de um arcabouço lógico, identificando suas fragilidades e seus potenciais. Mediadas pelo RQ, as ouvidorias têm a oportunidade de realizar a problematização educacional do seu fazer cotidiano (aquilo que se sabe fazer diante das realidades específicas), visando à aprendizagem no trabalho por meio da valorização das experiências locais⁷.

Tais práticas têm por interesse manter um constante questionamento sobre as atitudes que deveriam ser tomadas em cada circunstância, favoráveis e desfavoráveis. É, pois: i) o controle administrativo para avaliar uma atividade realizada, reativar seus princípios e corrigir sua aplicação futura; ii) o exame da jornada cotidiana; iii) a verificação da conformidade e consistência do trabalho; iv) o mapeamento das regras de conduta que permitem atingir os objetivos propostos, utilizando os meios mais adequados; e v) a atitude vigilante em relação a si próprio⁸.

Associado a essa dificuldade de construção do método da autoavaliação, surge outro desafio relevante para o êxito do dispositivo: a construção da coesão interna entre os participantes da EGQ. A análise dos documentos produzidos nas experiências iniciais da Acreditação Institucional apontou que as principais fragilidades verificadas estiveram relacionadas com a ausência de corresponsabilidade entre os membros da Equipe; à participação de setores não familiarizados com a rotina de trabalho da ouvidoria; e à falta de multiplicidade de olhares para a composição do relatório.

Como consequência dessa não coesão interna, as principais fragilidades identificadas no relatório de autoavaliação foram: informações pouco consistentes, que não demonstravam a realidade da ouvidoria; relatórios centrados em uma visão não diversificada e pouco participativa do processo de realização da EGQ e autoavaliação; e ausência de um plano de ação eficaz e verificável.

A ausência de uma cultura de avaliação sistematizada e permanente nos serviços de

saúde do País traz dificuldade para as ouvidorias compreenderem o quanto a organização do seu processo de trabalho impacta o seu fazer cotidiano e, também, a tomada de decisão em outros espaços e/ou níveis de gestão. Nesse sentido, o RQ pode tornar-se um importante aliado na construção dessa cultura de avaliação.

No entanto, isso não é suficiente. É necessário que essas reflexões extrapolem o muro das ouvidorias e envolvam outros setores/serviços, bem como a gestão da instituição. É a partir do envolvimento desses atores/serviços que a EGQ pode criar as bases para a construção dos pactos necessários para que o caminho da qualidade a ser trilhado reflita a melhoria dos serviços e o atendimento às manifestações dos usuários/cidadãos.

O RQ encoraja que os atores sociais assumam coletivamente as escolhas feitas. As decisões coletivas e a pactuação entre os diversos atores sociais em processo de diálogo e interação

Abrangem o objeto da autoavaliação, o modo como se quer avaliar, compreensão de contextos, conhecimentos, normas e procedimentos, e ainda as formas de ação e reação, as quais conjuntamente imprimem resultados⁷⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Trata-se de um modo de gestão democrática, que preza pela construção de canais de comunicação negociados e de responsabilização compartilhada nas decisões cotidianas das ouvidorias do SUS, visando à qualidade como desafio negocial para a produção social em saúde.

O processo de trabalho desempenhado pela EGQ é, portanto, uma relação de aprendizagem no trabalho que envolve desconstrução-reconstrução-estruturação e descoberta de novos pontos fortes coletivos entre atores parceiros e demais setores do serviço e/ou da sociedade civil.

Tal exercício político ancora-se no interesse pela melhoria contínua da qualidade do trabalho realizado pelas ouvidorias do SUS:

a ação pública em permanente construção. Ressalta-se que o princípio do ‘olhar para si’ tem como objetivo uma dimensão coletiva: aplica-se sobre si, para cuidar dos outros; nesse caso, promover a prática da democracia, defender os direitos humanos, mediar conflitos, potencializar a capacidade de escuta e reconhecimento das pessoas como sujeitos de direitos^{8,9}.

Este é, portanto, um dos pontos mais importantes dessa atitude consagrada ao ‘olhar para si’: uma prática social. O desafio de institucionalização de uma cultura de autoavaliação traz consigo a preocupação da melhoria constante dos serviços de saúde prestados no SUS à população e o fortalecimento da gestão de qualidade dos processos de trabalho.

A Equipe de Avaliação Externa e o desafio de ‘olhar para o outro’

A principal atribuição da EAE é realizar a visita de campo nas Ouvidorias do SUS envolvidas com a Acreditação Institucional, visando analisar a prática de qualidade em suas ações, tendo como referência as percepções dos sujeitos e as dimensões do trabalho abordadas em termos de infraestrutura, processo de trabalho, gestão e resultados. Trata-se de uma prática de interpretação e tradução do trabalho da ouvidoria e de sua cultura institucional¹⁰.

O principal objetivo da avaliação externa é verificar os requisitos de conformidade atendidos na estrutura de atuação da ouvidoria e de consistência na realização de ações, tendo como base o caminho de qualidade, avaliando a sustentabilidade da implementação das proposições definidas no relatório de autoavaliação e no plano de ação da qualidade.

Nesse sentido, a prática da EAE não consiste em um ‘fim em si mesma’, é parte constitutiva do processo de Acreditação, e tem como uma de suas características principais a intermediação entre autoavaliação e Acreditação¹⁰.

O princípio segundo o qual o trabalho de avaliação externa se orienta é o ‘olhar para o outro’; isso significa perceber, nas interações existentes no espaço em que as práticas da ouvidoria são forjadas, de que modo as fragilidades identificadas são enfrentadas e as potencialidades valorizadas, contribuindo para a melhoria dos serviços de ouvidoria ofertados aos cidadãos. Esse olhar que a EAE dedica à ouvidoria é mediado pelos referenciais que forjam o Sistema de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS, em específico, a noção de qualidade.

A partir deste postulado de ‘olhar para o outro’, surge o primeiro desafio prático ao trabalho das EAE: a preparação da visita de campo.

Com base na análise dos documentos das experiências iniciais da Acreditação, a preparação das visitas de campo foi organizada pelas Equipes em torno de três aspectos principais:

- 1) Síntese do Relatório de Autoavaliação – análise do material encaminhado pela ouvidoria, com foco na visualização dos seus processos de trabalho e na identificação do caminho de qualidade construído;
- 2) Levantamento Documental – buscas por documentos, dados e informações em *sites* oficiais, visando solidificar a compreensão sobre a rotina de trabalho da ouvidoria e o contexto político-social no qual está inserida;
- 3) Delimitação dos Objetivos e Elaboração dos Roteiros – definição do que será observado, quais atores serão acionados e quais técnicas de investigação mobilizadas.

O êxito da avaliação externa está associado ao investimento das EAE em cada um desses três aspectos. A produção de roteiros de visitas consistentes que permitam a identificação de discursos de diferentes atores, que expressem a viabilidade da execução do caminho traçado pela ouvidoria no seu plano de ação e disputas relacionadas ao Caminho da Qualidade, depende da articulação entre essas etapas.

Na avaliação externa, assim como na pesquisa social, só se acha o que se procura. Para ter as respostas, é preciso saber as perguntas. Consequentemente, a primeira exigência para a realização da avaliação externa é um treinamento rigoroso nos referenciais teóricos da Acreditação Institucional, que possibilite a EAE saber ‘o que’ e ‘como’ observar. É preciso saber exatamente o que se quer, e isso depende inteiramente da delimitação precisa dos objetivos que norteiam a ida a campo¹¹.

Quanto mais a EAE tiver lucidez sobre as questões que pretende aprofundar na visita de campo, mais a Equipe será capaz de captar os discursos que permitam a construção de um relatório potente.

Articulado à preocupação da preparação da visita, desponta outro importante desafio para a EAE: garantir subsídios que viabilizem a tomada de decisão do Comitê Acreditador.

A viabilização desse desafio está relacionada com a consolidação do relatório de avaliação externa, produzido a partir da triangulação entre: i) o relatório de autoavaliação; ii) as informações levantadas na visita de campo; iii) os padrões de referência, presentes no RQ das Ouvidorias do SUS.

Quando a EAE volta de campo e tem a responsabilidade de produzir esse relatório sobre a ouvidoria visitada, revela-se a importância da sólida fundamentação teórica. A batalha decisiva para a construção de um relatório potente não se trava no campo, mas na volta do campo. Isso só pode ser alcançado com um treinamento sistemático sobre os conhecimentos prévios, competências e atitudes relacionais necessárias ao trabalho da EAE¹¹.

O investimento teórico que fundamenta tal análise volta-se para: avaliação e inovação; educação e saúde; gestão e administração pública; participação e controle social; pesquisa social; SUS e suas ouvidorias; política de qualidade da Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS; RQ das Ouvidorias do SUS; metas definidas pelas ouvidorias envolvidas com o processo de Acreditação no relatório de autoavaliação; e objetivos da avaliação externa.

O aprofundamento nesses temas é imprescindível para a concretização do relatório de avaliação externa¹⁰.

O domínio e a articulação sobre esses referenciais são o que garante que a EAE interaja com os serviços de ouvidoria, de modo a perceber a conformidade e a consistência do caminho de qualidade, traduzindo tais práticas em um relatório capaz de subsidiar a decisão do Comitê Acreditador.

Para o alcance desses objetivos, é necessário que a EAE seja capaz de partilhar as decisões e as responsabilidades sem perder a perspectiva coletiva do trabalho, como um processo desenvolvido em equipe. Esse trabalho relacional concretiza-se por meio da pactuação entre diferentes atores, com foco na construção de composições entre os olhares, as subjetividades e as competências.

A saúde, como prática social complexa, só pode ser compreendida a partir de um conjunto de conhecimentos interdisciplinares, que, articulados, possibilitem à equipe de avaliação mobilizá-los para compreender o trabalho de determinada ouvidoria¹⁰.

Considerações finais

As questões abordadas no artigo permitem apontar que o RQ mostrou robustez para pôr em movimento os dispositivos de autoavaliação e avaliação externa, desenhados em uma perspectiva participativa. As dimensões e os padrões apresentados instigam os participantes da autoavaliação e da avaliação externa a refletirem sobre o processo de trabalho desenvolvido nas ouvidorias, identificando as questões a serem enfrentadas, bem como suas fortalezas e fragilidade, de modo que o caminho de qualidade almejado seja perseguido.

Nessa perspectiva, a qualidade é vista como um processo em permanente construção, no qual não há um ponto de chegada. Ao alcançar determinados objetivos propostos, novos problemas aparecem, o que coloca a necessidade da realização de adequações/mudanças

constantes na prática, em um diálogo permanente com a sociedade.

Isto coloca para os serviços de ouvidoria a perspectiva de que a avaliação deixe de ser um momento pontual para se constituir em prática de rotina. Nesse sentido, o grande desafio consiste em enfrentar as condições para a sua sustentabilidade diante das necessidades e emergências do fazer em saúde, em que tudo é para ontem. O tamanho desses desafios depende de várias questões; por exemplo, as condições políticas e institucionais, do nível de complexidade do sistema de saúde na localidade onde a ouvidoria está inserida e do nível de autonomia para a tomada de decisões.

No caso da avaliação externa, esta deve ser capaz de captar esse caminho e realizar análises que produzam informações que fortaleçam o debate e o aprendizado sobre os processos de trabalho nas ouvidorias, de modo que a avaliação legitime esses processos, contribuindo assim para o aperfeiçoamento do SUS.

Do mesmo modo, a variedade de experiências existentes sobre o fazer cotidiano nas ouvidorias traz para a formação permanente dos avaliadores externos o desafio de compreender as especificidades dos processos vivenciados no âmbito da ouvidoria e, ao mesmo tempo, o de manter um RQ.

Colaboradores

Siqueira SAV (0000-0002-1439-2960)* contribuiu para levantamento de concepção do estudo, análise, escrita e revisão final. Fernandes FMB (0000-0002-8859-3626)* contribuiu para concepção do estudo, análise e escrita. Motta CT (0000-0001-7288-8350)* contribuiu para levantamento de informações, análise, escrita e revisão final. Wanzeler MCC (0000-0002-6297-5124)* contribuiu para concepção do estudo e análise. Motta JIJ (0000-0001-6435-1350)* contribuiu para concepção do estudo e análise. Santos JAS (0000-0002-4203-3842)* contribuiu para levantamento de informações e análise. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Fernandes FMB, Moreira MR, Ribeiro JM. Análise da atuação das ouvidorias estaduais do Sistema Único de Saúde como instâncias participativas. *Saúde debate*. 2016 [acesso em 2021 out 14]; 40(esp):201-212. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S17>.
2. Contandriopoulos A. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. *Ciênc. Saúde Colet*. 2006; 11(3):705-711.
3. Merphy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 392-399.
4. Carta de Navegação. Curso de qualificação em avaliação externa de ouvidorias do SUS. Rio de Janeiro: Mimeo; 2018.
5. Foucault M. *A arqueologia do Saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
6. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Rev. Bras. Educ*. 2002 [acesso em 2021 out 14]; (19):20-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>.
7. Moreira MR, organizador. *Acreditação institucional de ouvidorias do SUS no Brasil: documentos de base*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2018.
8. Foucault M. *História da Sexualidade 3: o cuidado de si*. 11. ed. São Paulo: Graal; 2011.
9. Mansano SRV. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. *Rev Psicol. UNESP*. 2009; 8(2):110-117.
10. Brasil. *Ouvidorias do SUS. Perfil de Avaliação Externa em Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS*. Rio de Janeiro: Mimeo; 2019.
11. Evans-Pritchard EE. Apêndice IV: Algumas reminiscências e reflexões sobre o trabalho de campo. In: Evans-Pritchard EE. *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar; 2005. p. 243-255.

Recebido em 01/08/2021

Aprovado em 03/11/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Desafios no caminho metodológico de construção do processo de Acreditação Institucional de ouvidorias do SUS

Challenges in the methodological path of building the Institutional Accreditation process for SUS ombudpersons

Fernando Manuel Bessa Fernandes¹, Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira¹, José Inácio Jardim Motta¹, Murilo da Conceição Cunha Wanzeler²

DOI: 10.1590/0103-11042022E411

RESUMO O artigo buscou refletir sobre os desafios teórico-práticos enfrentados no caminho metodológico de construção do processo de Acreditação Institucional de ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS), na elaboração dos materiais pedagógicos e nas dinâmicas de interações fundamentais entre os atores envolvidos. Discorre-se sobre a trajetória de uma parceria de trabalho entre uma equipe de pesquisadores e um departamento do Ministério da Saúde, que visa apoiar teórico-metodologicamente as ações do setor trabalhando os grandes temas da participação e do controle social e, em particular, das ouvidorias, gerando evidências para a tomada de decisões da gestão. São apresentados e problematizados desafios enfrentados no caminho da parceria e do processo de um ponto de vista metodológico, reflexivo e participativo, apresentando-se ideias, noções e conceitos que sofreram evolução, e que presidem os materiais pedagógicos elaborados para instrumentalização do processo de Acreditação Institucional de ouvidorias do SUS enquanto balizamento teórico-prático. Conclui-se que a adoção de um desafiador método de trabalho construtivista e participativo representa um salutar esforço pelo autoaperfeiçoamento e pela garantia da afirmação de valores e princípios democráticos, efetivos na busca constante pela qualificação das ações das ouvidorias, da própria atividade de pesquisa, da prática da gestão e dos serviços e políticas públicas.

PALAVRAS-CHAVE Controle social formal. Defesa do paciente. Acreditação. Acreditação de instituições de saúde. Metodologia como assunto.

ABSTRACT *This paper aims to reflect on the theoretical and practical challenges in the methodological path of building the Institutional Accreditation process of the Unified Health System (SUS) ombudpersons, developing teaching materials, and the dynamics of fundamental interactions between the stakeholders involved. It discusses the trajectory of a working partnership between a team of researchers and a department of the Ministry of Health, which aims to theoretically and methodologically support the actions of the sector working on the principal participation and social control topics and, in particular, the ombudpersons, generating evidence for management decision-making. The authors present the challenges in partnership and the process and discuss from a methodological, reflective, and participatory viewpoint, presenting ideas and concepts that have evolved and govern the pedagogical materials prepared for the instrumentalization of the Institutional Accreditation process of SUS ombudpersons as a theoretical-practical framework. The authors conclude that adopting a challenging constructivist method is a healthy effort for self-improvement and guarantee of the affirmation of democratic values, effective in the constant search for the qualification of the actions of the ombudpersons, research activity, management practice, and services and public policies.*

KEYWORDS *Social control, formal. Patient advocacy. Accreditation. Health facility accreditation. Methodology as a subject.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
fernando.bessa@fiocruz.br

²Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nesc) - João Pessoa (PB), Brasil.



Introdução

Ao longo da história da administração pública e do mundo corporativo, diversos tipos de órgãos têm sido estruturados de modo a promover e a facilitar identificação e atendimento de reclamações, denúncias, sugestões, elogios e demais manifestações que os usuários de serviços e sistemas têm a fazer, bem como consumidores de produtos/mercadorias.

Em especial, na administração pública, as ouvidorias vão além de servir como simples canal de vocalização de demandas dos cidadãos. De fato, ouvidorias têm sido cada vez mais consideradas como ferramentas de gestão com importante potencial estratégico na elaboração de políticas, assim como no debate sobre as formas pelas quais governos atuam para atender à sociedade em seu bem-estar e condições de vida em *lato sensu*¹⁻⁵.

Interessantes estudos e textos vêm sendo produzidos, debatendo possibilidades e limitações das formas de intervenção dos cidadãos na administração pública, variedades de mecanismos institucionais de controle social e noções de democracia representativa, democracia deliberativa e democracia participativa⁶⁻⁸. Isso indica que órgãos, tais como os conselhos de direitos e as ouvidorias, por exemplo, têm atraído a atenção da academia e encontrado, em alguma medida, condições técnicas e políticas para serem incorporadas e sustentabilizadas nas estruturas administrativas, ainda que o processo não tenha fim e que os desafios sejam constantes⁹⁻¹¹.

Na área da saúde no Brasil, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o que a Constituição Federal¹² e as legislações estabelecem, tem ensejado a institucionalização de instâncias de participação, controle social e interlocução entre os cidadãos e os gestores responsáveis pelo sistema, sob pena de não se promover o seu constante aperfeiçoamento e até mesmo comprometer sua funcionalidade e seu desempenho¹³⁻¹⁷. Trata-se de grande desafio em direção à afirmação de valores democráticos, quando se consideram

históricos obstáculos de naturezas variadas enfrentados e que sempre existiram no País, marcado pela desigualdade, pela iniquidade, pelos privilégios das minorias detentoras de poder (social, econômico, político) e pela ideia de participação social distorcida ou mesmo sob ataque.

Ensejada por oportunidades convergentes, em 2013, foi firmada uma parceria entre uma equipe de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz e o então recém-criado e denominado Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (Doges/Segep/MS), atual Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde do Departamento de Integridade do Ministério da Saúde (OuvSUS/Dinteg/MS).

Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo relatar e refletir sobre os desafios teórico-práticos experimentados no caminho metodológico adotado no processo de Acreditação Institucional de ouvidorias do SUS resultante dessa parceria, bem como sobre os materiais pedagógicos e dinâmicas de interações fundamentais para o trabalho desenvolvido, discriminados e problematizados nas seções a seguir.

Primeiros passos da parceria

O propósito original da parceria consistia em apoiar teórico-metodologicamente as ações do setor por meio de pesquisa preliminar sobre os grandes temas da participação e do controle social – e, em particular, das ouvidorias –, sanando, assim, uma lacuna que havia sido observada na gestão federal nesse campo: a pesquisa inédita ‘Linha de Base para Estudos e Ações de Monitoramento e Avaliação em Ouvidoria’, que mapeou e caracterizou 512 ouvidorias municipais cadastradas pelo Doges/Segep/MS e todas as 27 ouvidorias estaduais integrantes do SUS; e gerou evidências para a tomada de decisões, mirando a configuração e a consolidação de um Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS (SNO-SUS),

qualificando-as e potencializando-as por meio de uma implantação descentralizada^{13,14}.

No âmbito deste estudo inicial, foi instituído um Grupo de Trabalho (GT) com integrantes da equipe de pesquisadores e representantes do Doges/Segep/MS, que, em diversos encontros, explorou uma série de questões, tais como as seguintes: O que é 'Ouvidoria' e que outros órgãos/instâncias/estruturas semelhantes, governamentais ou não, já existiram e existem, no país e no mundo? Como pode funcionar uma ouvidoria e qual a sua importância para a gestão pública? Que relações/contribuições as experiências do mundo corporativo podem trazer? Que conexões pode ter com outros órgãos/sistemas? O que é 'Inovação', qual a sua importância para a gestão pública e como se aplica às ouvidorias? Quais as dificuldades a serem superadas e as facilidades a serem aproveitadas na relação entre a academia e a gestão que a pesquisa enfrentaria?

Definição conceitual

Com essas questões em mente, conceitos foram debatidos de modo a oferecer subsídios teórico-práticos para que se construísse uma tipologia de ouvidorias¹⁸. A preocupação, portanto, voltava-se com ênfase para as ideias de funcionalidade, atuação e desempenho da capacidade resolutiva das ouvidorias, ao mesmo tempo que se voltava para a busca de formas mais fluidas e produtivas de interação entre a equipe de pesquisadores e a equipe de gestores e técnicos envolvidos¹⁸.

Os conceitos de Participação, Gestão da Informação e Resolutividade foram considerados fundamentais e presidiram o trabalho na própria operacionalidade do GT, tendo sido elaborados produtos¹⁸ que ensejaram mais um estudo intitulado 'Levantamento da Percepção dos(as) Ouvidores(as) Municipais e Estaduais do SUS acerca da Resolutividade das Ouvidorias', cujos resultados de sua aplicação geraram uma Linha de Base para estudos e ações de Monitoramento e Avaliação e uma

proposta de 'Índice de Desempenho das Ouvidorias do SUS – IndoSUS'. A partir deste estudo da percepção dos ouvidores, também se publicaram artigos acadêmicos^{4,8}.

Foram identificados desafiadores obstáculos na busca pela garantia da qualidade com excelência do trabalho desenvolvido pelas ouvidorias e pelo SNO-SUS a ser implementado. Observou-se que as especificidades e as realidades locais e regionais impactavam sobremaneira o desempenho de cada ouvidoria, dada a diversidade continental do País; e, por conseguinte, traziam questões desafiadoras para a aplicação e utilização de índices e indicadores baseados na noção de resolutividade.

O ancoramento do IndoSUS na noção de resolutividade foi a expressão de uma visão válida acerca de como as ouvidorias devem funcionar, e se revestia de importância quando se pensa em como avaliá-las pelas suas capacidades de atuação efetiva. Se uma instância como a ouvidoria não apresentar um bom desempenho de suas funções nem tiver resolutividade na resolução do problema vocalizado pelo usuário do SUS, ainda que não seja diretamente responsável pela solução, não cumprirá seu papel; por conseguinte, um sistema por elas assim composto também não será funcionalmente adequado. Entretanto, uma mudança no direcionamento do olhar pode representar uma sofisticação salutar a respeito do que efetivamente se vê e do que se pretende ver, a fim de que o que for visto seja mais bem visto e, com isso, mais bem compreendido, avaliado, apoiado e aperfeiçoado.

No caso das ouvidorias e do SNO-SUS, não basta funcionar de modo regulamentar, burocrático. Por força da própria condição de órgãos de estabelecimento de contato direto do usuário do SUS com o sistema corporificado nas pessoas das autoridades competentes e responsabilizáveis – os gestores –, espera-se que as ouvidorias tenham uma finalidade de contribuição na qualificação das ações e decisões tomadas no sentido da busca pelo constante aperfeiçoamento^{7,9}.

Isso implica legitimação e credibilização não apenas da entidade ouvidoria como também da gestão, dos sistemas de informação, dos serviços da ponta do sistema e do SUS. Nunca se esqueceu que é fundamental para a prática da *accountability*, da prestação de contas, que existam formas de mensuração e avaliação das ações dos órgãos e instâncias. As ouvidorias não se excluem nem devem ser eximidas disso, e a ideia do SNO-SUS justamente visava responder a isso, na medida em que se poderiam estimular intercâmbios de experiências enriquecedoras entre as ouvidorias por seu intermédio.

Logo, percebeu-se que era possível experimentar outro sentido de compreensão sobre como se poderia analisar e avaliar as ouvidorias, transicionando de uma concepção heurística marcada pela verticalização (ranqueamento de desempenho e resolutividade de ouvidorias), para uma concepção que primasse pela horizontalidade no trato com as ouvidorias, dando crédito aos seus esforços de adaptação e atuação diante das suas condições locais.

Transição conceitual

A adoção de um método de trabalho que não fosse verticalizador se constituiu em um desafio a ser enfrentado a partir de 2017. Se no padrão epistêmico anterior à ideia de comparação entre ouvidorias expressa nos índices e indicadores de desempenho poderia gerar, entre os ouvidores, um desconforto pelo fato de eventuais classificações dos desempenhos de suas ouvidorias não serem positivas, com uma mudança de compreensão, eliminava-se esse risco.

Mais ainda, com a ideia de que a realidade de cada ouvidoria é única em essência e, por conseguinte, submetê-la a uma comparação com a realidade de outras seria possível, mas injusto, chegou-se à compreensão de que cada ouvidoria pode (e deve) exercer sua autonomia avaliativa de si própria, dentro de suas próprias condições de funcionamento e de

superação (ou não) de obstáculos. Em outras palavras, a noção de autoavaliação surgiu como uma proposta lógica e viável, em articulação com uma noção de avaliação desprovida de caráter punitivista e meramente contábil ou mensurador. Ademais, de maneira intrínseca, a noção de avaliação externa se mostrou importante para a consecução de uma visão sobre as ouvidorias garantidora da aferição da qualidade das suas ações já desenvolvidas e suas potencialidades.

Essa reflexão ensejou, portanto, estimulantes desafios inerentes da transição para a noção de Acreditação Institucional de ouvidorias do SUS com base nas noções de ‘Caminho de Qualidade’ e de ‘Formação em Ato’, desenhando-se um caminho metodológico que necessariamente envolvia a construção de processos teórico-práticos de caráter reflexivo e participativo e de elaboração de materiais pedagógicos adequados. Nessa perspectiva, o papel da equipe de pesquisa passa a assumir a feição de uma ‘Agência Acreditadora’, em construção e responsável pela condução de todo o processo e pela acreditação propriamente dita consubstanciada na aferição de um ‘selo de qualidade’ às ouvidorias que adiram voluntariamente ao processo.

Caminho de qualidade na acreditação

No mundo pragmático da administração pública, e, em particular, para a área da saúde, percebe-se que a conceituação de ‘qualidade’ não é nada imediata ou fácil. Trata-se de um conceito polissêmico e complexo, com significados constituídos fundamentalmente em um ato de construção que é, portanto, artificial e arbitrário, todavia extremamente rico de possibilidades aplicativas.

Seja adaptando, seja utilizando de forma mais imediata e direta, o conceito de qualidade geralmente adotado se baseia no conceito mais básico do mundo corporativo, resumidamente caracterizado por basear-se no atendimento

de necessidades dos interessados em dado produto ou serviço. No caso da forma pela qual o Estado se estrutura e atua, ações, programas e políticas públicas são mais que quantificáveis, são qualificáveis ante as demandas e questões coletivas. O atendimento de necessidades é mensurável e qualificável, portanto, na medida, alcance, profundidade e significado em que o que se oferece ao cidadão é satisfatório ou não a todos os interesses em jogo.

Por essa via, é possível conceituar ‘qualidade’ como sendo a solidez do caminho traçado e apresentado de modo coerente e com metas estabelecidas pelas ouvidorias em busca do aperfeiçoamento contínuo dos serviços prestados a população¹⁹. O caminho trilhado por uma ouvidoria apresentará tanto mais qualidade quanto as bases para sua execução e sustentabilidade estiverem expressas no respectivo plano de ação durante o processo de acreditação, envolvendo negociação permanente. Esse é o principal desafio que se coloca para as ouvidorias, para a equipe de pesquisadores e para os gestores envolvidos na construção do processo com a proposta de Acreditação Institucional¹⁹.

Se forem entendidos caminhos como trilhas – mas não trilhos, muito menos bitolas – a serem (per/con)seguidos na articulação da ideia de trajetória das ações das ouvidorias, e metas como horizontes/cenários a serem alcançados (ou não) em tempo autodeterminado pelas ouvidorias, chega-se a uma compreensão do que se propõe como ‘Caminho de Qualidade’ de uma ouvidoria. Esse será inteligível, identificável e avaliável pelo como e pelo tanto que o plano de ação tem potência para expressar cenários nos quais constem e sejam problematizadas as ações já desenvolvidas e as planejadas, bem como as formas de envolvimento e engajamento dos atores e arenas considerados parceiros estratégicos para atingir os objetivos declarados¹⁹.

Assim, identificou-se a necessidade de organizar um arcabouço teórico-prático

enredador dos atores envolvidos no processo – equipe de pesquisadores/‘Agência Acreditadora’, gestores/técnicos do MS, avaliadores externos, equipes técnicas das ouvidorias e seus parceiros considerados estratégicos. Entendendo-se este como um dos desafios metodológicos de todo o processo, constatou-se que era necessário estabelecer um balizamento que não fosse dogmático, algo que se mostrou bastante desafiador e que está discutido na seção seguinte do presente artigo.

Dinâmicas entre elementos e na elaboração de materiais pedagógicos

Em geral, quando se pensa em formar pessoas, é preciso estabelecer o que se pretende desenvolver, considerando as condições (materiais e subjetivas) de todos os atores e arenas envolvidos nas e pelas quais se realizarão as reflexões, bem como a essência e a finalidade do processo formativo. O quê e como, para quê e para quem formar? Quem forma e quem é formado? Essas foram, continuam e continuarão sendo questões fundamentais enfrentadas no processo diante da necessidade de adotar um balizamento teórico-conceitual para os trabalhos, e, também, um planejamento e uma execução de um curso de formação de avaliadores externos, atento aos princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS): Não é um processo de transferência unilateral de conhecimento, mas de aprendizagem coletiva, orgânica, vivenciada por todos os envolvidos²⁰.

Era necessário, portanto, produzir textos que consubstanciassem todas as reflexões concernentes e que, simultaneamente, subsidiassem a elaboração de novas reflexões, mantendo acesa a chama da experimentalidade transformadora, sem perder de vista a importância da necessidade de balizamento estruturante sem ser inflexível.

Artefatos pedagógicos instigadores

Elaboraram-se quatro textos, em que o primeiro surgiu a partir de uma demanda a respeito de como se poderia debater o bom funcionamento de uma ouvidoria, o que resultou na elaboração de um ‘Documento de Boas Práticas em Ouvidorias do SUS’²¹.

Ainda que houvesse materiais já publicados sobre o tema, partiu-se da premissa de que materiais utilizados por diferentes organizações (re)conhecidos como ‘boas práticas’ poderiam ser problematizados e aperfeiçoados com base no trabalho e na vivência dos gestores e ouvidores, bem como no retorno cotidiano dos usuários^{21,22}.

O conceito de ‘boas práticas’ adotado definia que são um conjunto de técnicas ou mecanismos inovadores já existentes utilizados no sentido de alcançar um melhor resultado nos processos de trabalho^{21,22}. Tais técnicas podem ser mutáveis, visto que são baseadas no cotidiano das experiências de trabalho, portanto, uma boa prática inerentemente é uma experiência dotada de vivacidade.

Nesse documento, trabalhava-se com um dimensionamento tripartite: a participação do cidadão, por meio do acolhimento de manifestações, melhoria de políticas, gestão, ações e serviços de saúde que podem potencializar a ampliação e o fortalecimento do controle social; o cotidiano de trabalho das ouvidorias do SUS, por meio de ações positivas, internas e externas, que envolvam a melhoria dos processos e a inovação e/ou a transformação da gestão pública; e o contexto da relação da ouvidoria com a gestão do sistema de saúde, pautado por ações colaborativas que contribuam para a melhoria dos serviços prestados, bem como o aperfeiçoamento da gestão²¹.

Logo, ao contrário de textos prescritivos tradicionais, o documento visava apresentar e ampliar a discussão de expressões de boas práticas em ouvidorias do SUS entre a gestão federal e as ouvidorias de todo o País, em consonância com a ideia de consolidação

do SNO-SUS. Apesar de não ser um material pedagógico em estrito senso, significou um importante subsídio para pensar as questões a serem abordadas ao longo do processo de Acreditação Institucional, sendo seu núcleo reflexivo convergente com as questões que perpassaram os outros textos produzidos.

Efetivamente voltados para o trabalho de Acreditação Institucional com as ouvidorias e no contexto da necessidade de materiais pedagógicos para o trabalho com os profissionais que efetuariam a avaliação externa, outros três textos foram elaborados: o ‘Manual de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS’ e o ‘Documento Referencial de Qualidade’ (RQ), incluídos na publicação ‘Acreditação institucional de ouvidorias do SUS no Brasil: documentos de base’¹⁹, e o ‘Perfil de Equipe de Avaliação Externa em Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS’²³.

O ‘Manual’, apesar do nome, não tem a pretensão de ditar procedimentos de forma dogmática, sendo um documento de comunicação para ação com bases estabelecidas nos processos de organização da política de qualidade e nos fluxos da Acreditação Institucional. A partir dele, as ouvidorias, com a entidade acreditadora – ou seja, a equipe de pesquisa –, podem fundamentar a eleição e a adesão ao processo de acreditação, a realização de autoavaliação de práticas de ouvidorias do SUS, e ainda o envolvimento nas práticas em defesa de direitos e de melhoria de ações e serviços de saúde em ouvidorias e no SUS¹⁹.

O ‘Manual’ aborda a definição, os objetivos e os campos de atuação da Acreditação Institucional de ouvidorias do SUS, propõe um Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS (SNAIO-SUS), discorre sobre os procedimentos gerais de acreditação e, por fim, indica diretrizes sobre os meios de verificação no momento de avaliação externa. O documento também apresenta um glossário de termos importantes a serem compreendidos no contexto do processo de acreditação, frisando que tais vocábulos possuem definição propositalmente generalizada, pois precisam

ser explicitados em cada singularidade vivenciada por cada ouvidoria¹⁹.

Em movimento dialógico geminado com o 'Manual', o RQ se propõe não como um gabarito indicador de como as ouvidorias devem atuar, mas sim como um esteio para a construção autônoma de seus caminhos. Nesse sentido, para isso acontecer, é fundamental a reflexão intelectualmente honesta e profunda por parte de todos os envolvidos sobre os próprios processos de trabalho. Com esse espírito, foi elaborado a partir de produtivas interações desenvolvidas em oficinas realizadas em 2016 com um grupo de ouvidores estaduais e municipais, além de representantes do Ministério da Saúde, e exprime um conjunto argumentativo de ideias que buscam contemplar o fazer cotidiano do processo de trabalho nas ouvidorias e as relações com diferentes interlocutores parceiros necessários para sua realização.

Em termos práticos, a concepção de qualidade no caminho das ouvidorias expressa no RQ ocorre por intermédio da organização em quatro dimensões que envolvem o trabalho em ouvidorias: Infraestrutura, Gestão, Processos de Trabalho e Resultados. Outrossim, abrangem 14 subdimensões que contêm argumentos que exprimem suas ideias centrais, as quais, por seu turno, desdobram-se em diferentes padrões de referência, em número de 68¹⁹.

Desse modo, os desafios de ordem teórica e prática que se apresentam para as ouvidorias devem ser constantemente (re)construídos e ressignificados a partir da relação entre elas e o RQ. Por conseguinte, o efeito desejado e viabilizado pela dinâmica relacional com o RQ pretende estimular e emplacar uma Cultura de Autoavaliação nas ouvidorias, preparando terreno para a Avaliação Externa, outra etapa do processo de Acreditação Institucional.

A interação dos participantes do processo de elaboração do RQ e do 'Manual' propiciou o florescimento de questões de ordem teórica, prática, política e ética, não só no que se aplica ao trabalho das ouvidorias como também no âmbito do trabalho cotidiano da gestão, assim como da própria equipe de pesquisa. A

diversificação de atores significou um desafio coletivo de construção de consensos e de gerenciamento de inevitáveis dissensos, no qual se confirmou que a diferença é criativa na inter/atividade e inter/ação com a figura do 'outro'. Além disso, o jogo de estranhamento-familiarização é afirmado com componente intrínseco de todo o processo, sendo mais visível na Avaliação Externa, quando a ouvidoria se encontra com uma equipe que vai realizar uma 'avaliação' – ou seja, dar um aval²⁴.

Como desdobramento, a importância da atuação de avaliadores externos se revelou em sua magnitude e pertinência, e assomaram-se questões quanto ao planejamento e à execução do curso de formação.

Formação em curso

Simultaneamente ao planejamento do curso, foi necessário estipular as noções de 'avaliação', 'avaliação externa' e 'avaliadores externos' constitutivas de todo o processo. Com essa intenção, elaborou-se um documento intitulado 'Perfil de Equipe de Avaliação Externa em Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS'²³, recorrendo-se novamente ao expediente de construção coletiva de reflexões na expressão de uma dinâmica inter-relacional entre equipes da pesquisa e da gestão.

Com objetivo mais específico de debater a noção de Equipe de Avaliação Externa (EAE), o 'Perfil' traduz a ambição já indicada no 'Manual' da formação do SNAIO-SUS, operado por uma 'Agência Acreditadora' e baseado na aprendizagem constante, o que implica uma periódica validação. Nele, explicitaram-se características fundamentais referentes aos conhecimentos prévios, competências a serem desenvolvidas e atitudes relacionais dos profissionais responsáveis pela avaliação externa das ouvidorias²³.

O 'Perfil' construído por intermédio de um método participativo teve sua aplicação prática concebida para ocorrer de duas formas: como instrumental para o método de aprendizagem

organizacional do curso ofertado em 2018 para profissionais que compuseram ao final do curso um banco de avaliadores externos; e como base para a captação contínua de novos avaliadores externos.

Como a preocupação primordial era com o desenho de uma EAE, e já que o processo de Acreditação Institucional envolve a noção de participação, era inescapável a concepção de que o trabalho dos avaliadores externos prima pelo senso coletivo.

Isto trouxe como desafio a proposta de trabalhar a ideia de que as individualidades não devem ser negadas, sob pena de perder a riqueza da intersubjetividade, ao mesmo tempo que se afirmava como fundamental o exercício de pactuações, negociações, acordos e consensos. A EAE é pensada para ser composta de individualidades cuja multiplicidade tanto se torna rica quanto se compreendem e operam as diferenças enquanto agregadoras e construtivas, ainda que não necessariamente se extingam paixões, idiosincrasias e opiniões divergentes entre si. Assim também é no caso da equipe de pesquisa e da gestão, bem como das equipes das ouvidorias participantes do processo, o que torna desafiadora a tarefa de levá-lo adiante de modo equilibrado.

Considerações finais

Por certo, os robustos desafios metodológicos presentes no processo de Acreditação Institucional são generalizados para todos os atores envolvidos e são constantes, reajustáveis e renováveis a cada experiência de ouvidoria aderida, por causa da própria disposição teórico-filosófica que embasa a proposta: um processo de constante aprendizado/aprendizagem.

A Acreditação Institucional de ouvidorias do SUS consiste, portanto, no reconhecimento de competência social das entidades acreditadas em face de sua capacidade consistente em realizar suas ações, de modo a construir uma dinâmica relacional de confiança com

atores considerados parceiros estratégicos pela cooperação e responsabilidade partilhada. O compromisso assumido é com a qualidade, de um ponto de vista interno e externo ao seu trabalho, o que equivale dizer que a acreditação é ‘um modo de gestão coletiva de qualidade pelo qual uma instituição, entidade, órgão ou empresa busca refletir para agir no seu processo de trabalho, tendo em vista o reconhecimento social do mesmo’¹⁹.

O que se espera como efeitos observáveis de um processo de acreditação são: a) a contínua melhoria da qualidade, não só das ações das ouvidorias, mas também dos níveis de gestão do sistema, dos serviços e do SUS – conferir sustentabilidade a essa postura é, por certo, o grande desafio –; b) a afirmação e a manutenção da credibilidade na realização dos atos das ouvidorias, construindo onde não houver e consolidando onde já existir legitimação e legitimidade para essas entidades – esse é outro desafio, de ordem mais política que técnica –; c) valorização da ação colaborativa entre todos os atores sociais envolvidos, corroborando a promoção de um caráter construtivista e participativo nas relações intra e intergovernamentais, assim como não governamentais – também de ordem política, esse é um desafio crucial na medida em que existe na proposta a pretensão de que a condição de acreditada conferida às ouvidorias aderidas seja a expressão de fé pública avalizada por diferentes atores sociais¹⁹.

Ainda, o processo trabalha com a ideia de sazonalidade; e, para as ouvidorias, isso significa que uma temporalidade cíclica de solicitação de reativação da acreditação deve estar presente no plano de ação, representando um fino cálculo das possibilidades inerentes às ações das ouvidorias ao trilhar seus Caminhos de Qualidade. Convém assinalar que o contexto mundial de pandemia da Covid-19, que dificulta o contato presencial imprescindível para a Avaliação Externa, é, sem dúvida, mais um desafio que se apresenta para todos os atores envolvidos.

No processo de Acreditação Institucional proposto, a sucessão de fases ou etapas guarda

linearidade, pelo menos em plano teórico e para fins de visualização e compreensão das ações que cada um dos participantes do processo tem responsabilidade em executar. Começa-se pela etapa ou fase de Adesão, passa-se à Autoavaliação, depois, Avaliação Externa e culmina com a Acreditação propriamente dita, sendo que uma somente se inicia com o término da outra, sem uma temporalidade fixada de antemão. Na prática, porém, a temporalidade de cada uma das etapas ou fases pode ser afetada pelas condições que se apresentem derivadas das interações com as ouvidorias, bem como das respectivas injunções locais. Isso afeta os balizamentos teórico-práticos expressos nos materiais pedagógicos, proporcionando a oportunidade de se retroalimentarem e se renovarem.

Com isso, chega-se ao entendimento do trabalho das ouvidorias em dimensões espaço-temporais que considerem fatores estruturais, técnicos e políticos ao longo da sua história pregressa, atual e futura, de maneira equilibrada, amenizando vieses.

Justamente na busca pela amenização dos vieses, com a consciência de que nunca deixarão de estar presentes em qualquer atividade humana e, mais ainda, com a compreensão de que são componentes das realidades com as quais se lida no cotidiano, é que a Avaliação Externa se constitui na etapa subsequente à Autoavaliação, e todo o trabalho desenvolvido na elaboração dos artefatos pedagógicos e dos outros materiais do curso de Formação em Avaliação Externa se faz sentir em sua plenitude.

Colaboradores

Fernandes FMB (0000-0002-8859-3626)* contribuiu para concepção do estudo, análise e escrita. Siqueira SAV (0000-0002-1439-2960)* contribuiu para levantamento de concepção do estudo, análise, escrita e revisão final. Motta JIJ (0000-0001-6435-1350)* contribuiu para concepção do estudo e análise. Wanzeler MCC (0000-0002-6297-5124)* contribuiu para concepção do estudo e análise. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Vazquez ML, Silva MRF, Conzales ESC, et al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005; 10(supl):141-155.
2. Po MV, Abrucio FL. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. *RAP.* 2006; 40(4):679-698.
3. Pires R, Vaz A. Participação Social como método de governo? Um mapeamento das “Interfaces Socioestatísticas” nos programas federais: Efetividade das instituições participativas no Brasil. Brasília, DF: IPEA; 2012. (Texto para Discussão 1707). [acesso em 2021 maio 22]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/td_1707.pdf.
4. Peixoto SF, Marsiglia RMG, Morrone LC. Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. *Saúde Soc.* 2013 [acesso em 2021 maio 22]; 22(3):785-794. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/12.pdf>.
5. Fernandes FMB, Moreira MR, Ribeiro JM. Análise da atuação das ouvidorias estaduais do Sistema Único de Saúde como instâncias participativas. *Saúde debate.* 2016 [acesso em 2021 maio 22]; 40(esp):201-212. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S17>.
6. De Mario CG. Ouvidorias públicas municipais no Brasil. [dissertação]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica; 2006. 143 p. [acesso em 2021 maio 22]. Disponível em: https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/bitstream/handle/123456789/16274/ceatec_ppgurb_me_Camila_GM.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
7. Cardoso ASR, Neto FCL, Alcântara ELC. Ouvidoria Pública e Governança Democrática: Reflexões para Construção de um Sistema de Ouvidorias Públicas. Brasília, DF: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas; 2013. [acesso em 2021 maio 22]. Disponível em: http://www.cgu.gov.br/sobre/institucional/ eventos/2013/3a-reuniao-geral-normatizacao-do-sistema-federal-de-ouvidorias/arquivos/ouvidoria-publica_governanca-democratica_antonio-rito.pdf.
8. Fernandes FMB, Moreira MR, Ribeiro JM, et al. Inovação em ouvidorias do SUS – reflexões e potencialidades. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016 [acesso em 2021 maio 22]; 21(8):2547-2554. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.08382015>.
9. Silva RP, Jesus EA, Ricardi LM, et al. O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS. *Saúde debate.* 2016 [acesso em 2021 maio 22]; 40(110):81-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611006>.
10. Machado FRS, Borges CF. Análise do componente ouvidoria na implementação da política de participação no SUS no estado do Rio de Janeiro. *Soc.* 2017 [acesso em 2021 maio 22]; 19(44):360-389. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/15174522-019004421>.
11. Lüchmann LHH. Interfaces das interfaces socioestatísticas: ouvidorias, conselhos gestores e Facebooks governamentais. *Rev. Soc. Polít.* 2020 [acesso em 2021 maio 22]; 28(74):e005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-987320287405>.
12. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Portaria nº 8, de 25 de maio de 2007. Regulamenta o Sistema OuvidorSUS. *Diário Oficial da União.* 25 Maio 2007.
14. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, que vislumbra a implantação de ouvidorias como uma das formas de fortalecer a gestão estratégica e participativa no SUS. *Diário Oficial da União.* 26 Nov 2007.

15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS. Brasília, DF: MS; 2013.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.416, de 7 de novembro de 2014 - Estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições. Diário Oficial da União. 7 Nov 2014.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.975, de 29 de junho de 2018 - Estabelece incentivo financeiro destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS - ParticipaSUS, com foco na implantação, descentralização e qualificação das Ouvidorias do SUS. Diário Oficial da União. 29 Jun 2018.
18. Moreira MR, Fernandes FMB, Sucena LFM. Relatório “Subsídios para o Debate sobre Inovação no âmbito das Ouvidorias”. Rio de Janeiro: Mimeo; 2014.
19. Moreira MR, organizador. Acreditação institucional de ouvidorias do SUS no Brasil: documentos de base. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.
20. Macedo SMF, Caetano APV. A Ética como Competência Profissional na Formação: o pedagogo em foco. Educ. Realidade. 2017 [acesso em 2021 maio 22]; 42(02):627-648. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-623656078>.
21. Motta JIJ, Wanzeler MCC, Siqueira SAV, et al. Documento de Boas Práticas em Ouvidorias do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
22. Associação Brasileira das Relações Empresa-Cliente, Comitê de Ouvidorias. Manual de Boas Práticas Ouvidorias Brasil. 2015. [acesso em 2021 maio 22]. Disponível em: https://abrarec.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Vs_pb.pdf.
23. Moreira MR, organizador. Perfil de Equipe de Avaliação Externa em Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz; 2019.
24. Schraiber LB, Hartz ZMA, organizadores. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática da implementação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.

Recebido em 30/07/2021

Aprovado em 13/10/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

As Ouvidorias do SUS e a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública: uma experiência inédita

SUS Ombudsman offices and the Brazilian Public Health School Network: a novel experience

Rosa Maria Pinheiro Souza¹, Patricia Pol Costa¹, Francisco Gastón Salazar Muñoz¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E412

RESUMO Este relato de experiência teve como objetivo analisar o processo de formação de ouvidores do Sistema Único de Saúde (SUS), uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), a Rede Brasileira de Escola de Saúde Pública (RedEscola) e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (SGEP/MS). Considerada pioneira, a formação foi desenvolvida dentro da lógica de construção participativa, envolvendo atores municipais, estaduais e nacionais das Ouvidorias do SUS, instituições/escolas de saúde pública estaduais, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Secretaria Técnica e Executiva da RedEscola, em uma articulação de governança consertada que resultou na formação de 451 ouvidores.

PALAVRAS-CHAVE Formação profissional. Ouvidoria dos pacientes. Governança em saúde. Escolas de saúde pública. Gestão de serviços de saúde.

ABSTRACT *This experience report aimed to analyze the vocational education of ombudsmen in the Unified Health System (SUS). This project was a partnership between the Sergio Arouca National School of Public Health (ENSP/FIOCRUZ), the Brazilian Network of Public Health Schools (RedEscola), and the SUS Strategic and Participatory Management Secretary (SGEP/MS). Considered pioneering, the vocational education was developed within the logic of a participatory process which involved municipal, state and national actors from SUS Ombudsman offices, state public health institutions/schools, the National Council of Municipal Health Secretaries (CONASEMS), and the RedEscola's Technical and Executive Secretary in a consensual governance articulation resulting in the qualification of 451 ombudsmen.*

KEYWORDS *Vocational education. Ombudsman, patient. Health governance. Schools, public health. Health services administration.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
roseiralsouza@gmail.com



Introdução

A inspiração para o registro dessa experiência, que tem como objetivo analisar o processo de formação de ouvidores do Sistema Único de Saúde (SUS), está associada à proposta de Bondía¹ que, ao explorar o conceito de experiência, se apresenta como um evento que passa por nós, ou um acontecimento, capaz de nos formar e nos transformar.

A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) tem no cerne da sua missão formar profissionais, gerar e compartilhar conhecimentos e práticas no sentido de promover o direito à saúde e a melhoria das condições de vida da população. Outrossim, é nesse contexto que se ancora a experiência relatada, fruto de uma cooperação entre a Ensp/Fiocruz e o Ministério da Saúde (MS), que contou com a participação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), sob a coordenação nacional da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola).

A Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública

A criação da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública, hoje RedEscola, foi impulsionada pelos achados do projeto RegeSUS – Inovações na Educação em Saúde Pública com Diálogo e Parceria², fruto de convênio entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde e a Ensp/Fiocruz. Esse projeto envolveu 18 escolas de saúde pública e centros formadores que constituíram a Rede proposta pela Ensp/Fiocruz, em que está localizada a sua Secretaria Técnica e Executiva (STE).

A Rede é um espaço de diálogo permanente, composta atualmente por 59 instituições formadoras de saúde no Brasil, cuja missão é articular e fortalecer estratégias para o desenvolvimento de políticas públicas de educação na saúde, com foco na qualificação dos

trabalhadores do SUS, conforme seus princípios e diretrizes constitutivas³.

As instituições formadoras integrantes da RedEscola estão distribuídas em todo o território nacional, vinculadas aos três níveis de gestão pública: estaduais, municipais e federais. As organizações de trabalho em rede têm sido referidas como fundamentais à execução e à consolidação de ações imprescindíveis para a educação e o trabalho no SUS. Desde sua criação, a RedEscola vem propiciando a circulação de informações, a difusão de metodologias e o compartilhamento de saberes e práticas para a efetiva implementação das políticas públicas de educação na saúde.

Já a Secretaria de Gestão Participativa (SGP) teve sua origem em 2003, tendo Sergio Arouca como seu primeiro secretário, impulsionada pelo ideário da Reforma Sanitária Brasileira, passando a ser denominada, em 2006, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), enquanto instrumento institucional capaz de fortalecer os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade no controle das políticas públicas de saúde³.

A pulsante descentralização do sistema de saúde em todo o território nacional – e, por consequência, o aumento das responsabilidades e capacidades de gestão locais, tanto na execução financeira quanto na de serviços – exigiu o aprimoramento dos instrumentos de gestão estratégica. Foi então que, em 2006, a SGP incorporou o Departamento Nacional de Auditorias do SUS (DenaSUS), o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demags) e reformulou o Departamento de Acompanhamento da Reforma Sanitária e o Departamento de Apoio à Gestão Participativa (Degep), originando a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)⁴. Atualmente, a Ouvidoria-Geral do SUS encontra-se vinculada à Diretoria de Integridade (Dinteg), criada pelo Decreto nº 9.795/2019.

Em julho de 2007, a SGEP lançou a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS)⁴, implementada pela Portaria

nº 3.027⁴, com o objetivo de reunir diversas estruturas responsáveis pelas funções de apoio à gestão estratégica e participativa no SUS. Muito além do desenvolvimento de instrumentos capazes de colaborar para a gestão do SUS, a ParticipaSUS convida a amplificar e vocalizar não apenas os usuários do SUS como também os seus trabalhadores e gestores, em um exercício de transparência e cidadania inclusiva e participativa. Tal tarefa exigiu o desencadeamento de ações de educação em saúde específicas, capazes de desenvolver o conhecimento técnico necessário sem nunca perder de vista o envolvimento de significado crítico e político das múltiplas questões e possibilidades a serem abordadas⁵.

Sob essa égide, desenvolveu-se o Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS, no escopo do Projeto Qualificação de Auditorias e Ouvidoria dos SUS. Nesse sentido, o fortalecimento de áreas estratégicas foi realizado entre 2012 e 2016 pela Ensp/Fiocruz, em parceria com o Departamento Geral das Ouvidorias do SUS (Doges/SGEP/MS) e o DenaSUS/SGEP/MS, coordenado nacionalmente pela RedEscola⁵.

As Ouvidorias do SUS

A experiência vivida sob a perspectiva da formação dos ouvidores do SUS e as articulações dela decorrentes com o Doges, e com as Ouvidorias das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, culminaram na implementação do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, uma rede interligada de ouvidorias, implantadas na União, nos estados e nos municípios, que funcione de forma descentralizada, respeitada a autonomia de cada ente da Federação, sob orientação estratégica central do Doges. Nessa perspectiva, também cabe ao Doges propor, coordenar, implementar e estimular, no âmbito do SUS, práticas de ampliação do acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e dos serviços públicos de saúde³.

De fato, as Ouvidorias foram garantidas pela Constituição Federal de 1988⁶, na qual, em seu art. 37, determina ao Poder Executivo instituir e manter serviços de atendimento às reclamações e às sugestões da população aos serviços públicos e privados prestados, garantindo espaços e mecanismos para tanto. As Ouvidorias do SUS recebem reclamações, denúncias, elogios, críticas e sugestões relativas aos serviços e atendimentos prestados, nas esferas municipais, estaduais e federal, interligados pelo Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS. São canais democráticos capazes de fortalecer o SUS e o direito à saúde e a cidadania, aproximando a realidade do cotidiano dos serviços à realidade dos cidadãos, visando ao aprimoramento da gestão.

Material e métodos

As propostas iniciais e preparatórias para a formação incluíram reuniões e oficinas com as instituições formadoras integrantes da Rede em todos os estados, para a aproximação do objeto e a construção de agendas de trabalho municipais, estaduais e nacionais, tanto para construção de material instrucional quanto para a preparação dos facilitadores de aprendizagem, passando por toda logística estrutural, necessária para a realização dos cursos.

A elaboração do presente texto, portanto, utilizou-se da análise documental como técnica de pesquisa qualitativa a partir de relatórios e documentos produzidos pela STE da Rede durante os dois anos, abarcando desde a primeira reunião realizada em Brasília entre RedEscola e Doges até a oficina final de avaliação, incluindo relatos com a percepção dos participantes.

O curso

Inicialmente, a proposta do curso era de apenas 40 horas, contemplando conteúdos específicos das Ouvidorias do SUS. Porém, após a primeira reunião entre a RedEscola/

Ensp e os representantes da SGEF, foi consensuado que seria imprescindível que as/os trabalhadoras/es das ouvidorias tivessem acesso ao conhecimento mais aprofundado sobre o SUS, por reconhecer uma assimetria de informações acerca dele. Essa medida significou o acréscimo de mais 40 horas no programa do curso, que passou a totalizar 80 horas

O curso contemplou as 27 unidades federativas da União, na modalidade presencial, com 40 horas dedicadas aos estudos sobre Estado, Saúde e Sociedade; e 40 referentes aos temas específicos da Ouvidoria do SUS.

É importante ressaltar que as avaliações realizadas ao final do processo formativo revelaram que a inserção de conteúdos sobre o SUS foi fundamental para a compreensão da importância e do papel da Ouvidoria no âmbito do SUS.

Dessa forma, o curso produziu um material didático composto por duas Unidades de Aprendizagem (UA): a UA1 – Estado, Saúde e Sociedade; e a UA2, com temas referentes à Ouvidoria do SUS⁷.

A UA1, integrada por cinco módulos: 1) Políticas de saúde no Brasil; 2) Marcos conceituais e legais do SUS; 3) Modelo institucional e instâncias de decisão no SUS; 4) Modelos de atenção e de organização do SUS; e 5) Auditoria e ouvidoria como instrumentos de gestão do SUS.

Já a UA2 abordou o conceito de Ouvidoria, bem como seus processos de trabalho, a importância da gestão da informação e as inovações no modo de atuação das Ouvidorias do SUS. O processo ensino-aprendizagem nessa Unidade foi dinamizado a partir de textos, vídeos, debates e casos concretos, selecionados pela Ouvidoria-Geral do SUS.

O projeto político-pedagógico

Esse formato foi consensuado pelos representantes da Ensp/Fiocruz e os interlocutores da STE da RedEscola e da SGEF com o objetivo específico de atualizar o conhecimento dos participantes do curso, reforçando a

importância da Ouvidoria enquanto instrumento estratégico para a gestão do sistema de saúde.

A construção coletiva do material pedagógico foi orientada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁸ (PNEPS), que se caracteriza como uma vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Ao abordar a Educação Permanente em Saúde na formação para a saúde, considera-se que o serviço, o trabalho, a atenção, a educação, a qualidade e a cidadania têm como finalidade ou razão de ser a contribuição à satisfação das necessidades individuais e coletivas da população⁹. Tendo em vista tais princípios político-pedagógicos, o material educativo do curso inspirou-se na abordagem por competências para orientar o processo ensino-aprendizagem no modelo de conhecimento, habilidades e atitudes, eleita por valorizar a experiência dos trabalhadores, identificando e refletindo seus conhecimentos por meio de suas práticas cotidianas.

A análise qualitativa dos processos de trabalho, em um mundo do trabalho cada vez mais complexo, permite o desenvolvimento de habilidades e atitudes mais coerentes com a realidade do dia a dia das instituições¹⁰.

Nesse sentido, o ensino baseado na gestão por competências pode permitir ao aluno refletir acerca da diversidade do mundo do trabalho no qual está inserido mediante estratégias que favoreçam o diálogo e a socialização dos diferentes saberes e experiências, superando a dicotomia entre o saber e o fazer, em um compartilhamento de experiências vividas que promovam o reconhecimento dos problemas dos processos de trabalho e das relações interpessoais do trabalho capazes de superar lacunas no cotidiano das instituições.

Trata-se de uma proposta que privilegia a interação entre os alunos, aproximando estes aos facilitadores de aprendizagem, possibilitando mapas referenciais de competências de onde se espera um conhecimento mais apropriado da realidade, das habilidades a serem adquiridas e quais atitudes mais efetivas a serem tomadas diante do problema concreto identificado por meio do diálogo¹¹.

Objeto de estudo de diversos autores, o conceito de competência foi considerado

como um conjunto e saberes mobilizados no ambiente de trabalho, em situações concretas, ativando diversos saberes, enfatizando a tríade saber, saber-fazer e saber-ser. Contudo, adverte Le Boterf¹² que “a competência não reside nos recursos (saberes, conhecimentos, capacidades e habilidades) a serem mobilizados, mas na própria mobilização desses recursos”.

A *figura 1* ilustra as três dimensões da formação por competência.

Figura 1. As três dimensões da competência



Fonte: Durand, com adaptações¹³.

As oficinas e reuniões de trabalho com os distintos atores que compunham a equipe de governança da qualificação de ouvidores também levaram em consideração a reflexão freiriana¹⁴ do sujeito compreendido como protagonista do seu processo formativo, capaz de refletir ativa e continuamente sobre sua realidade e os atores nela inseridos – comunidade, gestores, trabalhadores e usuários.

Todas as etapas da concepção do curso foram amplamente discutidas. O material pedagógico foi submetido a testagem e sessões de validação, realizadas em formato de simulação, como uma espécie de pré-teste, criando-se

um ambiente de sala de aula, com a participação de profissionais das ouvidorias, tanto da esfera federal quanto das secretarias estaduais e municipais, com larga experiência não só pedagógica como também na prática do exercício da Ouvidoria. Esses aspectos destacam a cooperação e a gestão participativa e representam um legado importante do ponto de vista da divulgação de conhecimentos e saberes e, conseqüentemente, de bases orientadoras para implantação de Ouvidorias.

Enfatiza-se ainda o caráter comunicacional e interativo do material educativo, que contou, além dos conteudistas convidados pelas suas

experiências nas temáticas propostas, com a *expertise* da Ensp/Fiocruz na concepção de materiais pedagógicos e educativos.

Previamente a aplicação propriamente dita, o material foi submetido a um conjunto de validadores especialmente nos seguintes aspectos: a linguagem, do ponto de vista da clareza e da objetividade; o conteúdo, em função da coerência com a temática e a consonância com o material pedagógico; o cronograma, a partir do cotejamento do tempo necessário para ministrar o conteúdo e realizar as atividades complementares integrantes do material.

A etapa posterior à validação do conteúdo e das estratégias pedagógicas do material analisado consistiu no acolhimento às sugestões e recomendações advindas da simulação pedagógica. Os autores efetuaram ajustes visando atender às necessidades do curso, tomando como pontos orientadores a clientela e os objetivos do processo formativo, em consonância com a proposta dialógica e comunicativa que permeou toda a trajetória de elaboração.

Esse material organizado, editado e publicado foi previamente enviado às instituições de ensino pela STE da RedEscola, antes do início do curso, para distribuição aos participantes; e encontra-se disponível em livre acesso no *site* da RedEscola.

Ao final de cada Unidade, foram aplicados questionários de avaliação com perguntas abertas e fechadas e espaço para críticas, elogios e sugestões aos alunos, facilitadores e coordenadores.

A formação dos formadores

Os facilitadores de aprendizagem da UAI foram prioritariamente selecionados pelas escolas da Rede em seus respectivos estados. Já os facilitadores das Ouvidorias do SUS municipais e estaduais foram indicados pelo Doges/SGEP/MS. Os facilitadores participaram de quatro oficinas de formação promovidas pela coordenação nacional, visando calibrar os processos educativos e exercitar o material pedagógico.

Os objetivos das oficinas de facilitadores podem ser assim sumarizados: conhecer as distintas concepções e abordagens utilizadas em processo pedagógico; compreender a importância das metodologias ativas nos processos de formação profissional; e reconhecer as potencialidades dos pressupostos da gestão por competências nesses mesmos processos.

Avançando nessa perspectiva, privilegiou-se o questionamento das práticas docentes tradicionais e daquelas consideradas mais transformadoras sobre os modelos educativos, objetivando, a partir do conhecimento dos modelos pedagógicos como situa Davini¹⁵, promover a reflexão e oferecer os aportes que possibilitem opções pedagógicas mais consciente, dialogando sobre os modelos e seus autores. Assim, três modelos pedagógicos foram selecionados para ilustrar essa afirmativa.

- a) Pedagogia da transmissão
- b) Pedagogia do adestramento
- c) Pedagogia da problematização

Seguindo com Davini¹⁵ e associando aos objetivos do curso, a pedagogia da problematização está comprometida com a transformação da prática. Nesse caso, é também na prática que se verifica se os problemas foram, de fato, superados.

Outro aspecto considerado e que esteve no cerne dessa experiência foi o trabalho como uma dimensão fundamental para o encontro entre teoria e prática, constituindo um espaço de convergência na atuação do ouvidor.

A ideia de uma prática transformadora e emancipatória, no dizer de Paulo Freire¹⁶, presidiu a concepção do material educativo reforçada na formação e/ou atualização dos facilitadores de aprendizagem durante todo o processo formativo.

A seleção do município participante obedeceu aos seguintes critérios: adesão ao Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap)¹⁷ ou ao

Sispacto¹⁸, que é o sistema que permite o registro de metas pactuadas por municípios, regiões de saúde, estados e Distrito Federal, tendo como prioridade os municípios que ainda não possuíam o componente Ouvidoria implantado.

A indicação dos cursistas conforme o número de vagas ocorreu mediante a liberação formalizada pelos secretários estaduais e municipais de saúde, visando garantir a participação do ouvidor. A frequência mínima exigida era de 70% de assistência.

Como objetivo de contribuir para o planejamento e a implementação do curso pelas coordenações estaduais, foi elaborado um Caderno, com orientações de funcionamento do curso, contemplando os seguintes componentes: estrutura de governança, atores envolvidos e suas respectivas atribuições, organização, funcionamento, material didático-pedagógico e dinâmica de organização

A governança do curso

Para dar concretude a essa iniciativa de grande envergadura, foi desenhada uma estrutura de governança, bem como elaboradas orientações de funcionamento com vistas a oferecer aos atores responsáveis pelo desenvolvimento do curso maior segurança, transparência e objetividade na operacionalização das atribuições específicas.

A estrutura de governança do curso, proposta para a primeira oferta, era composta por uma Coordenação Nacional da qual participava a Vice-Direção da Escola de Governo em Saúde da Ensp/Fiocruz, a Secretaria Executiva da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública; o Doges; uma Coordenação Estadual, integrada por profissional do campo da educação em saúde com experiência em educação permanente selecionado pela instituição formadora; e uma Secretaria Executiva, que contava com um profissional com experiência em gestão de projetos e secretaria acadêmica selecionado pela Escola/Centro Formador em Saúde Pública Coletiva de seu estado.

Essa estrutura de governança teve a sua atuação no curso que foi oferecido a oito estados como uma experiência-piloto: Escola de Saúde Pública do Paraná; Centro Formador de Recursos Humanos (Cefor/SP); Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde Dr. Gisamar Gomes; Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul Dr. Jorge David Nasser; Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco; Universidade Federal da Paraíba; Universidade Federal de Alagoas; e Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues.

Aduzindo a graus progressivos de capacidade de governo, alinhados ao objetivo de adotar modelos e metodologias de gestão inovadores, ancorados nas lições de aprendizado organizacional e inspirados pela busca da cultura da inovação, a experiência adquirida com a implementação da primeira etapa do curso e da avaliação realizada com os oito coordenadores dos cursos gerou um novo esquema de governança.

Tendo como pressuposto político-pedagógico aprender a aprender, observou-se que a primeira experiência demonstrou a necessidade de incluir as secretarias e os conselhos municipais de saúde na escolha dos municípios contemplados. Essa compreensão ensejou a criação de um Grupo de Apoio, na estrutura de governança para a segunda oferta, que envolveu os 18 estados brasileiros e o Distrito Federal.

Nessa lógica, foram incorporados novos atores, como o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e representantes das áreas técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde constituindo os Grupos de Apoio em cada estado, permitindo uma atuação mais colegiada e participativa na seleção dos municípios e indicação dos participantes do curso e integração na condução das atividades acadêmicas. Essa nova estrutura de governança foi considerada como uma potente estratégia de gestão, um ponto forte do projeto.

Outra medida adotada consistiu no trabalho de forma mais regionalizada, com as

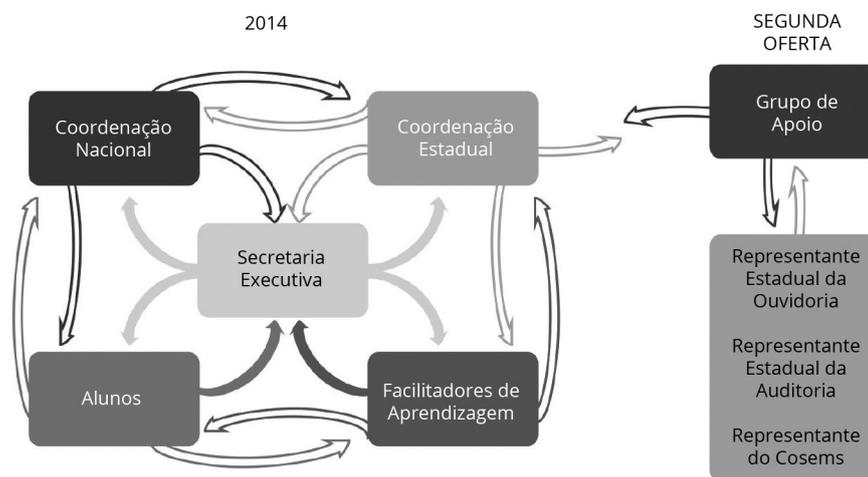
escolas formadoras da Rede oferecendo mais apoio na gestão do curso, rompendo com a simultaneidade aleatória entre as turmas do curso observada na primeira oferta.

Os aprendizados da primeira oferta resultaram ainda em medidas implementadas

na segunda oferta, como a ampliação no número de vagas de 20 para 25.

A *figura 2* demonstra o desenho esquemático da estrutura de governança da primeira oferta, de 2014, e da segunda, em 2015, com a criação do Grupo de Apoio.

Figura 2. Estrutura de governança segundo oferta

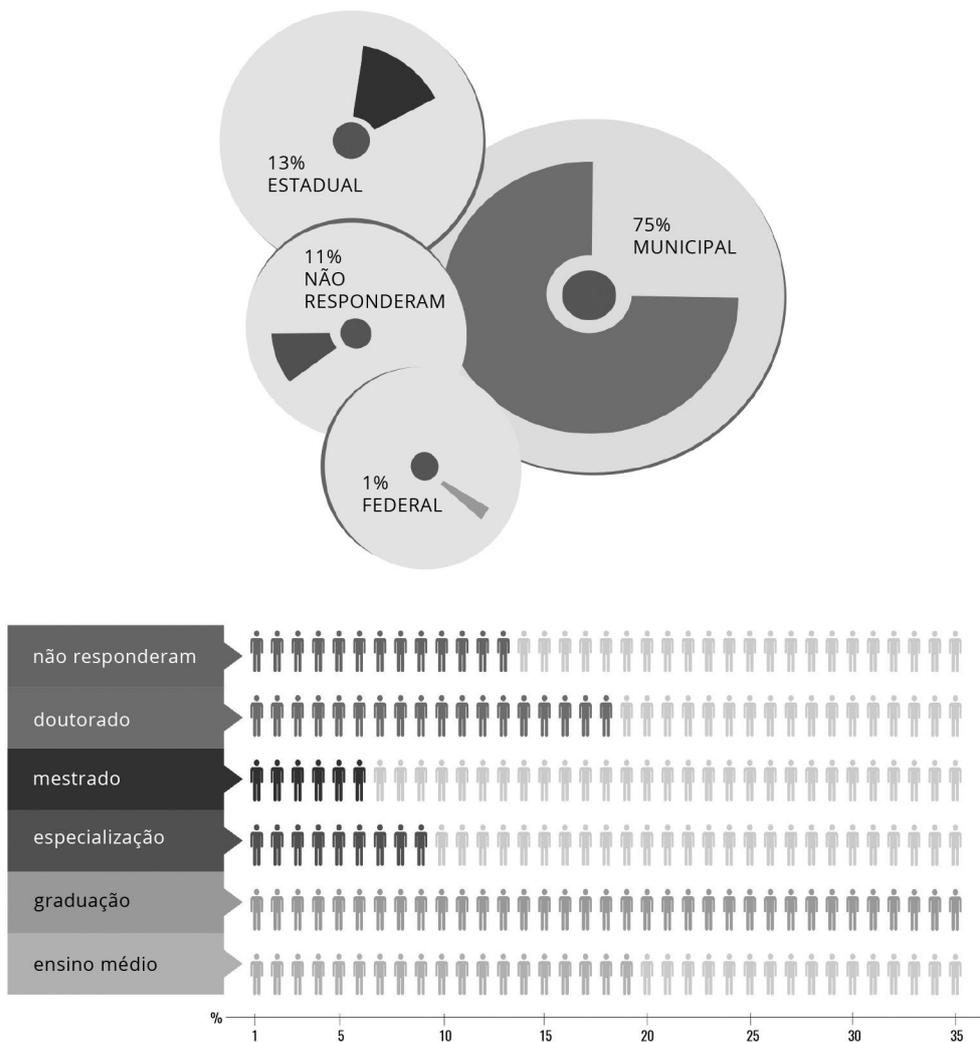


Fonte: RedEscola, 2017¹¹.

Sobre o perfil dos alunos, destacam-se aqui algumas características a serem consideradas. A *figura 3* demonstra a distribuição dos alunos por esfera de atuação observando-se que 75% correspondiam a trabalhadores ouvidores da esfera municipal, enquanto 13% correspondiam às ouvidorias estaduais, e 1%, à ouvidoria nacional. No entanto, 13% não responderam.

A figura também apresenta o tempo de atuação dos trabalhadores formados, apontando que a grande maioria dos participantes atuava entre um e cinco anos na Ouvidoria, seguidos pelos que atuavam há menos de um ano, que praticamente empataram com os participantes que sequer haviam atuado nas Ouvidorias do SUS.

Figura 3. Distribuição dos alunos de Ouvidoria por esfera de governo e tempo de atuação

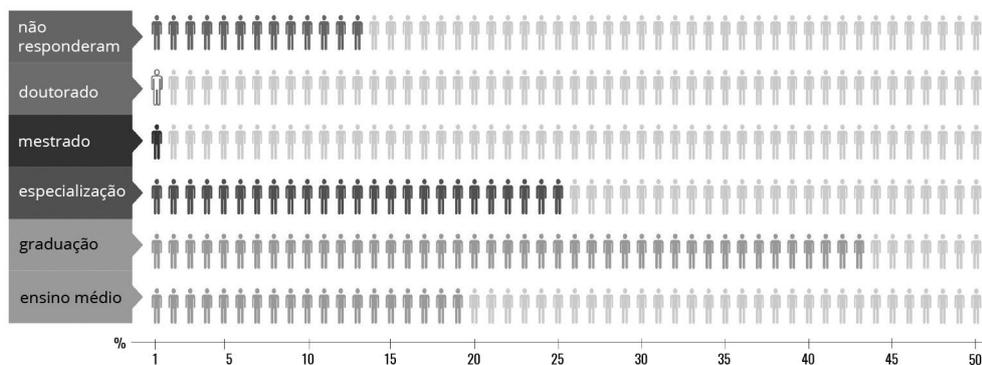


Fonte: RedEscola, 2017¹¹.

Já a *figura 4* refere-se à escolaridade dos participantes, apontando que 49% dos alunos tinham formação superior, seguidos por alunos

com especialização com 28%, 13% possuíam formação em nível médio, 2% possuíam mestrado, o mesmo percentual para o doutorado.

Figura 4. Distribuição dos alunos por nível de escolaridade na Ouvidoria



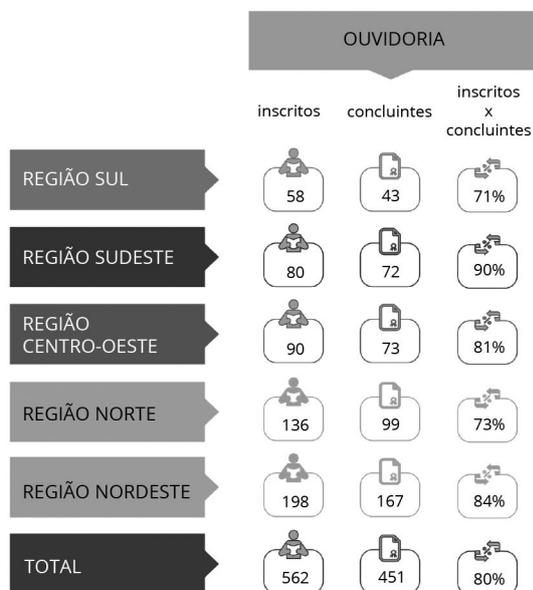
Fonte: RedEscola, 2017¹¹.

Resultados e discussão

O curso formou 451 alunos, sendo 37% na região Nordeste, 22% na região Norte, 16% na região Centro-Oeste, o mesmo percentual para a região Sudeste, e 9% na região Sul. Tomando por base a *figura 5*, comparando-se

relativamente o número de inscritos e concluintes, temos que a região Sudeste ficou com 90% de aproveitamento, seguida da região Nordeste com 84%; na sequência, vem a região Centro-Oeste com 81%, já a região Norte alcançou 73%, e a região Sul atingiu 71%.

Figura 5. Consolidado de alunos concluintes nas cinco regiões



Fonte: RedEscola, 2017¹¹.

Em uma avaliação feita com o total de ouvintes do curso pelas instituições formadoras envolvidas, 89% desses consideraram o método pedagógico como bom ou muito bom. Já no que tange ao material didático-pedagógico, 93% dos alunos o consideraram bom ou muito bom.

Quanto aos resultados qualitativos, percebe-se que foi necessário e possível transpor muitos desafios e que os atores envolvidos no processo se sentiram, de alguma forma, fortalecidos e com perspectivas positivas de futuro. Tal percepção decorre dos relatos recebidos por meio das fichas de avaliação, como:

Sugerimos mais encontros deste porte, para que nós, técnicos, tenhamos uma única finalidade, oferecer uma saúde de qualidade e resolutividade a todos os usuários do SUS, com transparência e universalidade.

Este curso me fez ver que o SUS tem esperança, me apaixonei pela ouvidoria, pois através dela vou poder contribuir para a melhoria da gestão e de melhores serviços para o cidadão.

O processo apresentado nos possibilita o conhecimento das fragilidades do trabalho na área da saúde. Serve de espelho para nosso direcionamento e planejamento de saúde.

Agora eu tenho argumentos para defender o SUS.

Cheguei aqui pequena, vazia e não tinha a exata noção da importância do meu trabalho. Só tenho a agradecer a todos, que me tornaram mais forte.

Considerações finais

Pode-se afirmar, diante dos resultados alcançados, que o curso representou uma oportunidade de redefinição dos processos de trabalhos das Ouvidorias do SUS, principalmente na busca ativa na escuta dos usuários do sistema de saúde e na construção de relatórios

orientadores, reafirmando a Ouvidoria enquanto força motriz da gestão participativa e democrática.

O curso também alavancou a ampliação da produção acadêmica sobre a Ouvidoria do SUS, relativamente escassa até então, assim como a redefinição do papel das Ouvidorias do SUS como instrumento de gestão, contribuindo para a construção de soluções. A publicação sobre a UA2, por exemplo, foi o primeiro material didático elaborado exclusivamente para a Ouvidoria do SUS.

A estrutura de governança complexa e participativa também representou, sobretudo aos gestores estaduais e municipais, o caráter pedagógico da Ouvidoria como um instrumento aliado da gestão, fortalecendo a inserção dela de forma institucional, como prática cotidiana da gestão, mantendo a construção contínua de saberes dessas áreas e sua continuidade.

O caráter dessa experiência mostrou-se semelhante ao da política nacional da gestão estratégica e participativa, uma vez que dialoga diretamente com os princípios e diretrizes da ParticipaSUS: a construção coletiva, a participação social, a inclusão, a solidariedade e a efetiva implementação do SUS cada vez mais equânime.

A conexão metodológica foi nítida, em que os envolvidos puderam criar vínculos importantes para as Ouvidorias nos seus respectivos estados e municípios, favorecendo ações colaborativas entre os participantes.

A oferta de uma formação nacional, nesse sentido, representou o primeiro passo em uma nova trajetória para as Ouvidorias do SUS e o enriquecimento do debate técnico sobre o papel das Ouvidorias. O grande desafio que se coloca é a imensa responsabilidade de manter a regularidade da formação.

Essa iniciativa também proporcionou o fortalecimento das Escolas Estaduais de Saúde Pública, todas comprometidas e profundamente envolvidas com a proposta político-pedagógica do curso, e representam, portanto, fortes aliadas na continuidade da formação e fortalecimento tanto da PNEP quanto da ParticipaSUS.

Por fim, o curso deixa outros legados importantes: um material pedagógico considerado inédito pelo seu pioneirismo e um livro intitulado ‘Qualificação de Ouvidorias do SUS: uma experiência dialógica’¹⁸ que relata com detalhes a experiência vivida nessa aventura coletiva pelas políticas públicas de educação e gestão do SUS. Cabe registrar também a proposta de curso em Educação a Distância (EAD), construída com a participação da Coordenação de Desenvolvimento Educacional e EAD (CDEAD/Ensp), a fim de oferecer maior capilaridade à formação de ouvidores e ampliar a implantação de ouvidorias no País.

Cabe apontar, porém, que, segundo dados atualizados pela Coordenação de Redes de Ouvidorias do SUS (Corede/OUVSUS/Dinteg/MS), no final de 2015, o País contava com 1.439 ouvidorias municipais. Em 2021, foram 1.665. Em quase seis anos, observou-se um crescimento de 15,7%. Considerando os 5.570 municípios brasileiros, constata-se que apenas 29,90% deles possuem ouvidorias implantadas. Esse quadro evidencia um grande desafio, sem dúvida, sobretudo no atual cenário de desmonte das políticas públicas de saúde constitucionais consagradas pela Reforma Sanitária Brasileira.

Em que pesem as inflexões observadas, o Dinteg/MS, dando continuidade aos processos de capacitação, estabeleceu, em 2019, uma parceria com a Ensp/Fiocruz, objetivando criar um Programa de Capacitação em Ouvidoria com o objetivo de desenvolver ações educativas para qualificar profissionais e trabalhadores: ouvidores, técnicos em ouvidorias ou

gestores em todo o território nacional, tendo como metas: capacitações na modalidade de EAD, com 2000 vagas, e na modalidade presencial, para mais de 900 instituições.

Essa iniciativa se nutre fortemente do sentido, dos resultados e do aprendizado da experiência aqui relatada. Destacam-se, ainda como fatores-chave de sucesso, o apoio do Doges/SGEP/MS, a atuação da Opas, o papel da Ensp/Fiocruz, a participação ativa da STE-RedEscola, o engajamento das instituições de ensino e de todos os atores envolvidos nessa proposta.

Por fim, o compartilhar dessa experiência singular, instigante, desafiadora e, ao mesmo tempo, plena de desafios e de novas questões é um convite para continuar buscando concretizar os anseios da garantia dos plenos direitos de cidadania à população brasileira.

Colaboradores

Souza RMP (0000-0003-3204-0835)* contribuiu para concepção, planejamento, escrita do manuscrito, orientação metodológica e temática, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Costa PP (0000-0003-3527-6974)* contribuiu para concepção, planejamento, escrita do manuscrito, orientação metodológica e temática, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. Muñoz FGS (0000-0002-3243-3498)* contribuiu para concepção e planejamento da proposta, revisão do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Bondia BJ. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Rev. Bras. Educ.* 2002 [acesso em 2021 maio 25]; (19):20-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Projeto REGESUS – 538. Relatório Final Pesquisa Nacional de Escolas de Saúde Pública. Inovação na Educação em Saúde Pública com Diálogo e Parceria. Brasília: DF: MS; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
3. Souza RMP, Costa PP, organizadoras. Redescola e a nova formação em saúde pública. Rio de Janeiro: ENSP; REDESCOLA; 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - PARTICIPASUS. Diário Oficial da União. 26 Nov 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Manual das Ouvidorias do SUS. Brasília, DF: MS; 2014.
6. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [acesso em 2021 jan 25]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
7. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198 de fevereiro de 2004. Implementa a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde como estratégia do Sistema único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Diário Oficial da União. 14 Fev 2004.
9. Cardoso MLM, Pol P, Xavier C, et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2021 jan 20]; 22(5):1489-1500. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>.
10. Bordenave JD. Alguns fatores pedagógicos. [Apostila do curso de capacitação pedagógica para instrutor/supervisor da área da saúde – Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS]. Brasília, DF: MS; 2004.
11. Souza RMP, Muñoz FGS, organizadoras. Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS: uma experiência dialógica. Rio de Janeiro: Fiocruz; REDESCOLA; 2017.
12. Le Boterf G. Travailler en réseau et en partenariat. Paris: Eyrolles; 2013.
13. Durand T. Forms of incompetence. In: International Conference on Competence-Based Management; 1998; Oslo. Oslo: Norwegian School of Management; 1998.
14. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1967.
15. Davini MC. Educación Permanente de Personal de Salud. Organización Panamericana de la Salud 1994. Washington, DC: OPS; 1994. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos nº 100).
16. Freire P. Educação como prática libertadora. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1967.
17. Brasil. Decreto Presidencial nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 Jun 2011.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. 22 Fev 2011.

Recebido em 27/07/2021
Aprovado em 06/10/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Análise de experiência da Ouvidoria SUS Bahia

Analysis of the SUS Bahia Ombudsman Office's experience

Celurdes Alves Carvalho¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E413

RESUMO O artigo relata a experiência da Ouvidoria SUS/Bahia, desde sua implantação até meados do ano de 2021, por meio da análise do trabalho desenvolvido. Descreve também o papel por ela desempenhado na luta pela garantia do direito à saúde, demonstrando seus avanços e desafios no estado como ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS). Está estruturado em três seções, as quais pretendem descrever de forma clara e objetiva sua atuação, por meio das fases vivenciadas. A sua especificidade é realçada, como órgão público de saúde, amparado pela legislação do SUS, vislumbrando a descentralização em todo o estado, com o objetivo de ampliar a participação cidadã e, conseqüentemente, o acesso ao seu direito à saúde. A primeira fase discute a implantação e a formação da Rede de Ouvidorias do SUS Bahia, e a sua articulação com a Ouvidoria Geral do Estado. A segunda enfoca a estruturação do atendimento e a ampliação da Rede. A terceira descreve o trabalho de qualificação das ouvidorias do SUS, com ênfase na descentralização do serviço, mediante implantação nas Secretarias Municipais de Saúde no estado.

PALAVRAS-CHAVE Ouvidoria SUS. Direito à saúde. Formação da rede. Qualificação de ouvidorias. Descentralização.

ABSTRACT *The article reports the experience of the SUS/Bahia Ombudsman office from its implementation until mid-2021 through the analysis of the developed work. It also describes the role played by the Ombudsman in the struggle to guarantee the right to health, demonstrating its advances and challenges in the State of Bahia, as an ombudsman of the Unified Health System. It is structured in three phases, which intend to describe its performance in a clear and objective way. Its specificity is highlighted as a public health agency supported by the SUS legislation, envisioning decentralization throughout the State of Bahia, with the objective of expanding citizen participation and, consequently, access to their right to healthcare. The first phase discusses the implementation and formation of the SUS Bahia Ombudsman Offices Network and its articulation with the State General Ombudsman's Office. The second focuses on structuring the service and expanding the Network. The third describes the qualification of SUS ombudsmen with emphasis on the service decentralization through the implementation in the Municipal Health Secretariats in the State of Bahia.*

KEYWORDS *SUS ombudsman. Right to health. Network formation. Ombudsman qualification. Decentralization.*

¹Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) – Salvador (BA), Brasil.
celurdes.carvalho@saude.ba.gov.br

Introdução

O processo de implantação e estruturação das ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é relativamente novo, sendo oficializado no ano de 2003 com a criação do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (Doges), por meio do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, com o objetivo de coordenar, propor e implementar a Política Nacional de Ouvidorias da saúde no âmbito do SUS que integre e estimule práticas de ampliação do acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e dos serviços públicos de saúde¹. Portanto, elas surgem como mais uma estratégia de participação do cidadão para além das instâncias colegiadas.

Constituem-se em um espaço democrático de comunicação e articulação entre o cidadão, que exerce o seu papel no controle social, e a gestão pública da saúde. Têm como papel fundamental ser um espaço de fortalecimento da cidadania e de visibilidade da gestão pública, na medida em que estimulam o cidadão a exercer o seu direito e dão transparência as políticas públicas da saúde.

São unidades administrativas dos órgãos integrantes do SUS, no âmbito dos governos federal, estadual e municipal, cuja missão é viabilizar os direitos dos usuários de serem ouvidos e terem suas demandas individuais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS¹.

Este artigo pretende apresentar a experiência da Ouvidoria SUS Bahia e o papel por ela desempenhado na concretização do direito fundamental à saúde, por meio do relato da implantação, estruturação e aperfeiçoamento do referido serviço no âmbito do estado e as ações desenvolvidas até o ano de 2021.

Almeja-se, portanto, contribuir para a implantação de futuras ouvidorias e subsidiar no processo de consolidação daquelas já implantadas, pois os desafios e os avanços aqui relatados nortearão o desenvolvimento

das suas ações e a consolidação da Rede Nacional de ouvidorias do SUS, com a participação dos entes federados, visto que a implantação da Ouvidoria do SUS, estruturada e articulada entre as três esferas de governo, com a participação do cidadão, contribui para o fortalecimento da democracia e da gestão participativa no SUS².

O texto encontra-se estruturado em três seções, as quais correspondem às fases vivenciadas pela Ouvidoria SUS Bahia. Sendo que a primeira descreve o processo de implantação, sua vinculação à Ouvidoria Geral do Estado (OGE) e a formação da Rede; a segunda discorre sobre a estruturação do serviço e sua expansão; a terceira relata a implementação do serviço, por meio da qualificação dos técnicos e a descentralização para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e demais unidades do SUS.

Ao final do texto, é apresentado o *quadro 1*, com uma linha do tempo em que se descreve, de forma suscita, a trajetória da Ouvidoria do SUS Bahia, desde a sua criação até o ano de 2021.

Fases de implantação, desenvolvimento e qualificação da Ouvidoria SUS Bahia

Em uma análise histórica, pode-se dividir o processo de criação, desenvolvimento e aperfeiçoamento da Ouvidoria SUS Bahia em três fases distintas: Em um primeiro momento, foi realizada a sua implantação e a formação da Rede. Em seguida, foi realizada a estruturação do órgão e, na sequência, buscou-se a ampliação da Rede. Por último, houve a consolidação da instituição, e, como não poderia deixar de ser, seu processo de aperfeiçoamento e qualificação acontece de forma contínua até os dias atuais. A seguir, serão analisados os principais eventos que marcaram cada uma das etapas mencionadas.

Primeira fase: implantação da Ouvidoria SUS e formação da Rede (2005 - 2007)

A implantação da Ouvidoria SUS Bahia está diretamente vinculada à criação da OGE, bem como a sua organização e estruturação. A OGE foi criada por intermédio da Lei nº 8.538, de 20 de dezembro de 2002, que modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo estadual, sendo criada a Ouvidoria, por meio do art. 5º, vinculada à Secretaria de Governo e subordinada diretamente ao governador³. Foi muito bem estruturada, funcionando de forma autônoma e com o apoio do gestor maior. Porém, com a Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014, ela passa a ser vinculada à Secretaria da Comunicação Social (Secom)⁴.

Em dezembro do ano de 2003, foi publicado o Decreto nº 8.803, que determina a implantação de ouvidorias em todas as secretarias e órgãos do Poder Executivo estadual, as quais são vinculadas tecnicamente à OGE e administrativamente ao seu órgão ou secretaria conforme art. 5º:

As atividades de ouvidoria serão desenvolvidas de forma descentralizada, através das ouvidorias setoriais e de ouvidores indicados para atuarem nos órgãos e entidades do Poder Executivo Estadual⁵.

A OGE foi estruturada na sua criação, bem como na formação da rede, respaldada em legislações específicas, contribuindo de forma significativa para o fortalecimento das ouvidorias setoriais, devido ao respaldo legal e ao apoio.

Em maio de 2004, foi implantada a Ouvidoria SUS Bahia, por meio da Portaria nº 775, publicada no Diário Oficial do Estado da Bahia, em cumprimento ao referido Decreto Estadual, vinculada ao Gabinete do Secretário da Saúde, como órgão de subordinação direta,

com dois ouvidores: o Titular e o Adjunto, como preconizava a OGE. Inicialmente, era constituída por duas profissionais de nível superior (assistentes sociais), advindas de hospitais de referência do estado.

Desde a sua criação, o serviço foi estruturado na perspectiva da descentralização, por meio da implantação de ouvidoria nos grandes hospitais e nas macrorregiões de saúde do estado, com o objetivo de garantir a participação do cidadão nos 417 municípios baianos e daqueles que buscavam o atendimento nas unidades de saúde da Rede estadual, conforme preconiza a Legislação vigente e a política do SUS, como exemplo da Constituição Federal de 1988 que estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado. A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 inicia a regulamentação do SUS como sistema integrado de assistência à saúde, garantido pelo Estado brasileiro, administrado pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e, principalmente, com a necessária participação da população na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços de saúde².

Para efetivar esse processo de descentralização, foi elaborado um Plano de Ação para aquisição de recurso advindo de um convênio federal, o qual era voltado para a implantação de ouvidoria, contemplando reformas e ampliação dos espaços físicos, compra de equipamentos, capacitação e qualificação dos ouvidores. Experiência exitosa, considerando-se que o recurso era um estímulo ao gestor, o qual não teria despesas na implantação do serviço.

A elaboração do referido plano foi respaldada no Plano Diretor de Regionalização (PDR), estabelecido pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas/01), um dos principais instrumentos de gestão, constituindo-se como parte integrante do Plano Estadual de Saúde, visto que tinha como objetivo, além da organização, regionalização e hierarquização da rede, conforme mandamento constitucional, garantir o acesso das pessoas a todos os níveis de complexidade indispensáveis ao

atendimento integral das suas necessidades.

Dessa forma, como o objetivo da Ouvidoria é assegurar a efetiva participação do cidadão na luta pela garantia dos seus direitos constitucionais e a melhoria dos serviços prestados pelo SUS, seu papel consiste em garantir e ampliar a participação cidadã em todo o estado por meio da implantação de uma rede de ouvidorias nas nove macrorregiões de saúde nos grandes hospitais da Bahia.

No ano de 2005, após a aprovação do Plano de Ação pelo Ministério da Saúde e liberação do recurso, a Ouvidoria SUS Bahia iniciou seu processo de descentralização, por intermédio da sensibilização dos gestores e servidores, mediante visitas técnicas e palestras nos hospitais e macrorregiões de saúde do estado. Essa ação foi desenvolvida em parceria com a OGE, que tinha interesse na ampliação da Rede estadual, bem como na utilização do seu Sistema Informatizado, além da ampliação do atendimento aos cidadãos de todo o estado por meio do 0800 2840011 e demais canais de acesso por ela disponibilizados.

Tal parceria e apoio contribuíram de forma efetiva para a implantação das ouvidorias do SUS. Esse processo foi se ampliando ao longo dos anos, devido à necessidade de estender para as demais unidades de saúde do estado, tais como Centros de Referência, maternidades e hospitais de médio e pequeno porte – processo árduo devido à dificuldade das unidades em disponibilizar recursos humanos para a função. Porém, apesar dos desafios, foi uma experiência exitosa, pois foram implantadas ouvidorias em algumas macrorregiões de saúde (atualmente designadas Núcleos Regionais de Saúde).

O ano de 2006 foi a continuidade da descentralização, iniciando a qualificação dos ouvidores, que participavam de cursos, congressos e seminários, com recurso oriundo do Convênio, o qual contemplava tais ações consideradas exitosas por propiciar o aprendizado e a troca de experiência como um estímulo para os técnicos, por ser um serviço novo no País e em processo de construção.

Além da descentralização, a Ouvidoria SUS Bahia continuou o seu trabalho de atendimento ao cidadão pelos diversos meios de acesso, recebendo demandas oriundas da OGE e da Ouvidoria Geral do SUS, processando todo o fluxo de encaminhamento às áreas técnicas da Secretaria e ouvidorias da Rede, fornecendo respostas ao cidadão. Elaborava os relatórios gerenciais, o monitoramento e apoio técnico às ouvidorias implantadas, apesar de contar com uma equipe bastante reduzida. Esse foi o grande desafio do trabalho no desenvolvimento das ações programadas, principalmente a descentralização. Porém, o trabalho continuou com o objetivo de atingir as metas definidas no Plano de Ação.

No ano de 2007, houve um investimento significativo na estruturação da Rede estadual de Ouvidorias, por meio da implementação e implantação do serviço, utilizando-se de recurso oriundo do convênio federal, o qual estimulava a implantação, propiciando toda a infraestrutura necessária para o funcionamento do serviço: reforma, ampliação, compra de equipamentos, capacitação de novos ouvidores e qualificação dos profissionais da Rede.

Em julho, a Ouvidoria apresentou o seu trabalho como experiência exitosa no Encontro de Ouvidoria e Cidadão: Saúde e Vigilância Sanitária, em Manaus, atendendo ao convite do então Doges/MS e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Essa participação foi importante devido à divulgação do trabalho, o qual se encontrava em processo de estruturação e expansão.

Ainda nesse ano, foi convidada pelo Doges/MS para participar do Projeto-Piloto no Sistema Informatizado Ouvidor SUS como nível 1, juntamente com as ouvidorias de dois entes federados: SMS de Recife e Guarulhos.

A partir de então, iniciou-se o processo de negociação entre Doges, Secretário da Saúde do Estado e OGE para assinatura do termo de Cooperação Técnica e a integração dos sistemas informatizados: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS/MS) e Sistema de Ouvidoria e

Gestão Pública (TAG/OGE) – momento de grande desafio para a Ouvidoria SUS devido à dificuldade técnica de integração dos sistemas e à resistência do ouvidor geral do estado em aceitar o cadastro das demandas da ouvidoria da saúde em outro sistema. Apesar da dificuldade enfrentada, as negociações continuam entre Secretaria Estadual da Saúde (SES) e o MS no propósito de realizar a parceria.

Segunda fase: estruturação da Ouvidoria SUS Bahia e expansão da Rede (2008-2012)

Esse período foi marcado pela continuidade de todo o processo de investimento na estruturação da Ouvidoria SUS Bahia, com total apoio do Gabinete do Secretário, visando atender aos requisitos exigidos pelo Doges e a concretização da parceria. Houve a ampliação do espaço físico, convocação dos concursados da saúde, contratação de tele atendentes, ampliando a equipe, permitindo o redimensionamento do trabalho e o desenvolvimento efetivo das suas ações: a qualificação dos Ouvidores da Rede SUS Bahia, o monitoramento das ações das ouvidorias implantadas e o apoio aos municípios do estado na implantação de ouvidorias do SUS.

A Ouvidoria foi inserida no Regimento Interno e no organograma da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), por meio da Lei nº 11.055, de 26 de junho de 2008, a qual alterou a Estrutura Organizacional da Sesab, funcionando enquanto coordenação e como órgão de subordinação direta ao Gabinete do Secretário com suas competências e finalidades⁶.

Logo em seguida, foi assinado o termo de cooperação técnica entre a Sesab e o Doges, momento exitoso para a Ouvidoria, uma vez que a utilização do Sistema Informatizado Ouvidor SUS propiciou a ampliação e autonomia do serviço. Foi implantada uma Central de teleatendimento, com profissionais treinados especificamente para a saúde, contribuindo para a qualidade e a celeridade do trabalho,

viabilizando a confecção de relatórios gerenciais mais fidedignos e detalhados, propiciando o fortalecimento da Rede de Ouvidoria SUS Bahia e o seu processo de descentralização.

O ano de 2009 foi marcado pelo investimento da Sesab na consolidação do trabalho da Ouvidoria SUS, mediante o apoio à ampliação do serviço para as unidades de saúde da Rede estadual, refletindo positivamente no aumento da participação dos cidadãos nos serviços dos SUS no estado.

Essa participação resultou em várias mudanças administrativas voltadas à melhoria dos serviços, tais como: humanização dos ambientes ambulatoriais, promoção de eventos internos para divulgação do Serviço de Ouvidoria da Unidade, reestruturação de serviços, adequação de pessoal, estabelecimento de novas rotinas, conforme pode ser evidenciado no relatório de gestão da Ouvidoria do referido ano, no *site* www.saude.ba.gov.br/ouvidoria, o que destaca a sua importância enquanto instrumento de fortalecimento do controle social e ferramenta de gestão, aumentando a sua credibilidade com os cidadãos e gestores da saúde.

Foi realizada a divulgação efetiva do serviço pelos diversos meios de comunicação: entrevistas em rádios, TV, distribuição expressiva de material informativo, participação em eventos regionais e nacionais, contribuindo, substancialmente, para a ampliação do acesso do cidadão à Ouvidoria.

Destacam-se, ainda, a realização do I Simpósio de Ouvidorias Públicas em Saúde, com a presença de 300 pessoas, e o III Encontro de Ouvidores da Rede SUS Bahia.

Visando dar celeridade às demandas dos cidadãos, iniciou-se o processo de inclusão dos municípios como interlocutores no Sistema Informatizado Ouvidor SUS, por intermédio do cadastro dos técnicos das SMS vinculadas aos Núcleos Regionais de Saúde, para responder às demandas, tendo como resultado positivo a sensibilização dos gestores municipais quanto à importância do trabalho da ouvidoria. Porém, o grande desafio foi a adesão dos municípios

ao trabalho, uma vez que não respondiam às demandas, tornando-se perceptível a incoerência entre a oferta e a procura dos serviços do SUS em todo o estado.

No ano de 2010, com a expansão da rede, percebeu-se a necessidade de implementar ações voltadas para o aperfeiçoamento e a padronização do trabalho, por intermédio da sistematização e unificação das Práticas dos ouvidores. Foram realizadas várias ações: Oficinas de Planejamento Estratégico com a equipe técnica da coordenação, elaboração e divulgação do Manual de Normas e Rotinas do Ouvidor; encontros regionais e estaduais de Ouvidores do SUS; Mostra de Experiência em Ouvidoria SUS Bahia; criação do Grupo de Trabalho de Ouvidores da Rede SUS Bahia; reprodução de material educativo e elaboração de 500 cartilhas de orientação para implantação de ouvidoria.

Ainda que tenha sido uma experiência exitosa devido ao envolvimento dos ouvidores da Rede, o grande desafio foi a unificação das práticas por causa da dificuldade de entendimento dos gestores, quanto ao direito do cidadão e incoerência entre a procura e oferta dos serviços no SUS, considerando-se também a autonomia dos entes federados.

No ano de 2011, após discussão e entendimento com o Doges, ficou definido que as ouvidorias estaduais seriam apoiadoras das SMS, na implantação do serviço, passando a serem responsáveis pela descentralização no estado, seguindo a lógica da política do SUS, que define as competências e as responsabilidades de cada ente federado na implantação dos serviços. Essa decisão importante ratificou o trabalho desenvolvido pela Ouvidoria SUS Bahia, a qual já tinha como meta estabelecida no Plano Plurianual (PPA), no Plano Estadual da Saúde, bem como na Programação Anual da Saúde, o quantitativo de ouvidorias implantadas no estado.

Para acelerar o processo de descentralização, foi realizado um projeto para aquisição de recurso federal do Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse (Siconv),

que tinha como objetivo promover o apoio à implantação e implementação de Ouvidorias do SUS nos municípios com população acima de 50 mil habitantes. O recurso garantia todo o processo de treinamento de técnicos e produção de material educativo. Apesar de todo o investimento na organização dos processos de trabalho, não houve êxito na descentralização do serviço.

Em 2012, houve um avanço no setor, reflexo da relevância dada ao trabalho das Ouvidorias do SUS no País, com a participação efetiva do Doges, que tinha como objetivo a estruturação da Rede, de forma qualificada e integrada, constituindo o Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, com a participação dos estados, municípios, do Distrito Federal e do próprio Doges, pois o seu papel enquanto ente federal era apoiar e estimular a criação dessas estruturas, propondo a adesão ao Projeto de Qualificação para ampliação do referido Sistema.

A Ouvidoria SUS Bahia aderiu ao Projeto de Qualificação, com as suas ações voltadas para a melhoria da Rede. Foi realizada a sensibilização de gestores municipais da saúde, por meio de palestra na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), nas reuniões do Sistema de registro de metas pactuadas pelos Estados, Regiões de Saúde, municípios e Distrito Federal (Sispacto), nas regiões de saúde, com o objetivo de pactuar a implantação de ouvidorias, além da visita às unidades de saúde da Rede estadual, o que resultou na implantação do serviço em três unidades, além de uma SMS. Isso reforça a importância do seu papel enquanto articuladora tanto no processamento das demandas como na descentralização do serviço.

Além da ampliação da rede, a ouvidoria teve sempre a preocupação em qualificar os ouvidores mediante capacitações em tratamento e fluxo de encaminhamento das demandas, gestão da informação, além da interlocução com as áreas técnicas responsáveis pelas respostas às demandas do cidadão, visando dar celeridade às respostas e à resolutividade da ouvidoria.

Terceira fase: consolidação e qualificação da Rede de Ouvidoria SUS Bahia (2013-2021)

O ano de 2013 foi considerado exitoso para a Ouvidoria SUS Bahia devido à implantação do serviço nos municípios. Um dos fatores que contribuíram para isso foi o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap). Apesar de o Estado da Bahia não assinar o referido contrato, os indicadores foram utilizados pelo Sispacto, entre eles, o de nº 13.1 – Proporção de ouvidorias implantadas nos municípios⁷.

Outro fator importante foi a alteração do Plano de Trabalho do Convênio, permitindo a inclusão dos municípios com população abaixo de 50 mil habitantes. Foram realizadas capacitações de novos ouvidores, cursos de atualização em tratamento e encaminhamento de demandas, gestão da informação, Encontro dos Ouvidores da Rede SUS Bahia. Nesse período, a ouvidoria participou como membro efetivo no Colegiado de Gestão, vinculada ao Gabinete do Secretário, permanecendo até o final da gestão, em 2014.

Em 2014, houve a continuidade das ações iniciadas nos anos anteriores, com várias estratégias, visando à melhoria do trabalho, a exemplo da participação no Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, juntamente com o Doges, o Distrito Federal e demais estados da federação, na perspectiva de desenvolver um trabalho unificado, de forma articulada e estruturada, respeitando a autonomia dos entes federados. Destaca-se, nesse ano, além do trabalho de implementação e descentralização da Rede, a participação na II Expogep – Mostra de Experiência em Gestão Estratégica e Participativa do SUS, com apresentação de trabalho e premiação de artigo na revista Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidoria SUS (2 a 6 de fevereiro de 2014)⁸.

Em 2015, as ações continuaram a ser desenvolvidas, porém a mudança do governo do estado e o processo de transição, com novos técnicos nos setores da Secretaria, retardaram

um pouco o cumprimento das metas. Contudo, ocorreram avanços importantes para o processo de descentralização, tais como: participação da ouvidoria na Comissão de Implantação dos Consórcios Regionais de Saúde do Estado, garantindo a implantação do serviço em todas as Policlínicas Regionais de Saúde, com o cargo de ouvidor ocupado por meio de concurso público; Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS, promovido pelo Doges, em parceria com o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Escola Nacional de Saúde Pública, a Rede de Escolas e os Centros Formadores em Saúde Pública⁹, com o objetivo de alinhar as práticas profissionais e a organização do trabalho respaldados nos princípios e diretrizes do SUS, visando ao fortalecimento das auditorias e ouvidorias do SUS.

O curso foi fundamental para o processo de descentralização das Ouvidorias do SUS, com a participação efetiva dos ouvidores e auditores estaduais na Oficina de Aprendizagem da Região Nordeste, na preparação e organização do curso e nas duas unidades de aprendizagem, sendo que na Unidade de Aprendizagem 2, como docentes, com os conteúdos específicos, ministrando aula para os técnicos dos municípios contemplados pelo Doges e DenaSUS. Apesar de não ter um número significativo de ouvidorias implantadas, houve muita mobilização e articulação com os gestores e técnicos dos municípios.

O ano de 2016 foi marcado pelo período de eleições municipais, com desafios na descentralização do serviço, apesar da articulação e da sensibilização com os gestores municipais e das unidades da Rede SUS. Foi realizada a Oficina de Implementação da Rede SUS Bahia, com o objetivo de garantir o funcionamento das ouvidorias existentes e de implantar novas unidades, resultando na implantação de três.

A despeito das dificuldades, o incremento de novas ouvidorias justifica-se, pois a descentralização do serviço, além de ampliar os canais de escuta ao cidadão, fortalece a gestão

local, na medida em que propicia a esse gestor a tomada de decisões de maneira mais ágil e menos burocratizada, por meio do olhar do cidadão, visto que, segundo Lyra¹⁰, o vínculo da ouvidoria pública com a democracia é genético. Ela se constitui em um espaço e forma de controle da cidadania sobre as instituições republicanas. Portanto, lhe são inerentes o zelo e o respeito pelos princípios constitucionais da moralidade, impessoalidade, transparência e eficiência no serviço público, bem como a defesa dos direitos humanos, a busca da promoção da justiça e da inclusão social.

Outras ações foram incrementadas pela Ouvidoria SUS Bahia nesse ano, tais como: a participação no Projeto Ouvidoria nos bairros em parceria com a OGE, com o objetivo de aproximar a ouvidoria do cidadão e divulgar o serviço; participação nas discussões do Plano de Ação Multissetorial para Enfrentamento da Zika e outras Arboviroses no Estado da Bahia, 2017-2019. Enfim, foi um ano de muito trabalho e participação da ouvidoria nas ações do SUS, contribuindo para o fortalecimento da gestão e do controle social.

O ano de 2017 foi marcado por muitos desafios devido ao início de novas gestões municipais, com a troca de gestores e ouvidores. Porém, foi proveitoso e oportuno para a sensibilização e articulação com os secretários municipais que buscavam informações e orientações na Sesab acerca da implantação dos serviços. A partir de então, a Ouvidoria continuou com suas ações, utilizando-se das instâncias colegiadas, tais como a CIB e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Foram implantadas quatro novas ouvidorias, sendo uma na Secretaria e três nas primeiras Policlínicas Regionais de Saúde inauguradas no estado, sendo estas últimas de grande relevância, uma vez que foram as primeiras ouvidorias com os técnicos aprovados em concurso público, os quais já chegam com o embasamento teórico sobre a função.

No ano de 2018, o trabalho foi a continuidade das ações no estado. Foram realizadas quatro capacitações de novos ouvidores, resultando

na implantação de nove ouvidorias, incluindo as unidades de saúde vinculadas à Sesab, as Policlínicas Regionais de Saúde e um hospital municipal. Foram também implementadas 12 ouvidorias da Rede, por meio de treinamento de novos ouvidores.

Visando acelerar o processo de descentralização e implementação das ouvidorias do SUS no estado, a Ouvidoria SUS Bahia elaborou o Plano de Ação para aquisição do recurso federal, respaldado na Portaria nº 1.975, de 29 de junho de 2018, que estabelece incentivo financeiro destinado aos estados e Distrito Federal para qualificação e gestão no SUS no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS com foco na implantação, descentralização, e qualificação das Ouvidorias do SUS. Isso foi aprovado no final do referido ano com o critério para a implantação de ouvidorias nas SMS pactuado na CIB, sendo publicada a Resolução CIB nº 001 no Diário Oficial do Estado em 4 de janeiro de 2019.

Enfim, a portaria reforçou o objetivo da Coordenação de Ouvidoria SUS Bahia no Estado de ampliar a participação do cidadão, viabilizando o seu acesso à saúde, enquanto direito fundamental, garantido pela Constituição Federal e pelos Princípios e Diretrizes do SUS.

Diante desse cenário, o ano de 2019 estava com o trabalho pautado nas ações do Projeto da Portaria nº 1.975 e da Resolução CIB de nº 001. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas dentro da Secretaria para a utilização do recurso, devido a mudanças ocorridas com os processos licitatórios, foi realizado um evento de sensibilização dos gestores municipais e das Unidades da Rede, com a participação do Ouvidor Geral do SUS, da OGE, do representante da CIB e de representantes do Gabinete da Secretaria Estadual da Saúde – momento de grande articulação e mobilização, com bons resultados.

O saldo positivo desse ano decorreu da implementação de 11 ouvidorias e implantação de 10, incluindo aquelas vinculadas às unidades de saúde, SMS e Policlínicas Regionais de Saúde. Destaca-se também a realização de oficinas de

qualificação com os ouvidores da Rede SUS no estado e reuniões com grupos organizados da sociedade civil, subsidiando-os com as informações referentes ao funcionamento do SUS. Enfim, foi um ano de bastante trabalho e sucesso.

O ano de 2020 iniciou-se com boas perspectivas e grandes desafios, pois, além do processo de descentralização no estado por meio da adesão dos municípios, aprovada em CIB no ano anterior, a Ouvidoria foi um dos setores escolhido para participar da sala de situação do Gabinete do Secretário da Saúde, com o indicador de resolutividade. Apesar da referida sala ser inaugurada no início de março e fomentada pelos indicadores das áreas estratégicas, o funcionamento foi interrompido com a chegada da pandemia da Covid-19, sendo utilizada para controle e divulgação de dados referentes a essa pandemia.

Considerando-se que a pandemia causou um impacto na vida dos indivíduos devido à rapidez da contaminação, o Brasil, assim como os demais países, sofreu bastante por causa do desconhecimento da doença e das formas de tratamento e prevenção, levando as pessoas ao desespero e à busca incessante de informações.

A Ouvidoria, enquanto canal de articulação e disseminação de informações em saúde, percebeu o aumento relevante de acesso do cidadão, na busca de informações, no decorrer do ano, em função do agravamento da doença. A partir de então, todo o trabalho foi concentrado no acolhimento do cidadão, no tratamento e encaminhamento das demandas, de forma célere, pois a população necessitava de respostas rápidas. Portanto, foi fundamental a atualização constante das informações acerca da nova realidade, do comportamento do vírus e o entendimento de como a Secretaria de Saúde e demais órgãos e setores públicos vinham se estruturando e articulando para o enfrentamento da pandemia.

Este foi um momento de crescimento para a Ouvidoria em virtude da articulação e interlocução com todos os setores da Sesab e

demais áreas do estado, pois, à medida que a Rede de serviços foi sendo organizada, informações eram atualizadas com o objetivo de subsidiar a equipe técnica e as ouvidorias da Rede para que orientassem corretamente o cidadão. Foram elaboradas notas técnicas e publicizadas no *site* da Sesab.

Conforme a pandemia avançava, foram surgindo medidas restritivas e de isolamento social, porém, as ações e as demandas da saúde não podiam esperar. Diante das dificuldades enfrentadas, a ouvidoria percebeu a necessidade de redimensionar as suas ações, adaptando-as ao momento. Foram realizadas reuniões ampliadas com os ouvidores da Rede estadual, além de treinamento de novos ouvidores, utilizando-se da plataforma Microsoft Teams, pretendendo a qualificação dos ouvidores, a implementação e a implantação de ouvidorias.

Foi iniciada a execução das ações planejadas em virtude da continuidade dos serviços da saúde e da necessidade de manter o funcionamento da Rede e a implantação de novas ouvidorias. Foram confeccionados boletins informativos, notas técnicas com orientações de fluxos, reuniões com os ouvidores, bem como a implantação de quatro novas ouvidorias, o que foi significativo diante do caos vivenciado pelo País neste momento. Portanto, foi uma experiência positiva e extremamente necessária para o momento.

O ano de 2021 caracteriza-se pela continuidade do trabalho e experiência adquirida no enfrentamento da pandemia, com a percepção de melhorias do cenário da saúde no estado com a chegada do processo de imunização.

Iniciou-se o processo de acreditação da Coordenação de Ouvidoria SUS Bahia com a adesão realizada no final do ano anterior com o Sistema Nacional de Acreditação Institucional em Ouvidorias do SUS, em parceria com a Fiocruz e a Ouvidoria Geral do SUS/MS. Foi publicada a Portaria nº 151, nomeando a Equipe de Gestão da Qualidade – experiência enriquecedora devido ao trabalho de avaliação das ações da Ouvidoria SUS no estado, envolvendo a equipe e demais setores da Secretaria para

uma avaliação reflexiva, baseada nos padrões de qualidade, aguçando a percepção da equipe quanto à importância de desenvolver outras atividades e mudar a forma de trabalho, pois, à medida que a equipe interna da ouvidoria se reunia para discutir, percebia a necessidade de melhorias no serviço. Porém, ainda não foi concluída a acreditação, estando na fase de elaboração do Relatório de Autoavaliação.

É importante salientar que, nesse ano, foram implantadas 14 ouvidorias no estado, além de terem sido desenvolvidas outras ações inerentes ao serviço, além da coordenação participar de várias atividades da saúde no estado, com o objetivo de ampliar cada vez mais a participação cidadã na saúde, fortalecer o controle social, subsidiar a gestão com as informações advindas da participação social, almejando a melhoria dos serviços prestados pelo SUS, o fortalecimento da Rede de Ouvidorias do SUS no estado, da Rede Nacional, contribuindo de forma efetiva para a consolidação da democracia.

Considerações finais

Percebe-se que a Ouvidoria SUS Bahia e as demais áreas da Sesab exercem um papel de coordenação, tendo como objetivo a descentralização do serviço, apoiando os municípios e as unidades da Rede SUS, por meio da implementação, implantação de ouvidorias, realizando treinamento de novos ouvidores, em decorrência da mudança de técnicos, ampliação de quadro de recursos humanos e o surgimento de novas unidades.

Partindo-se do pressuposto de que as ouvidorias de saúde têm como papel fundamental ser um espaço de fortalecimento da cidadania e de visibilidade da gestão pública da saúde, voltadas para estimular o cidadão a exercer o seu direito, a Ouvidoria SUS Bahia desenvolveu ações voltadas para ampliação, qualificação e monitoramento da Rede, acolhendo o cidadão, disseminando informação em saúde, orientando-o e encaminhando-o aos serviços de saúde

pública, bem como cadastrando demandas, por meio dos vários canais de entrada disponibilizados ao público. Outra ação importante consiste em proceder o encaminhamento das demandas à Rede de Ouvidoria e demais áreas técnicas da Sesab, tendo como compromisso o fornecimento da resposta ao cidadão.

Apesar de todo o investimento e esforço da coordenação em desenvolver as suas ações no sentido de ampliar a participação cidadã e fortalecer as ouvidorias do SUS, não se pode considerar um trabalho plenamente exitoso, uma vez que existem diversos fatores que dificultam a execução das suas ações, principalmente no que se refere ao processo de descentralização e à necessária qualificação dos ouvidores para o monitoramento da rede, os quais perpassam pelo quadro de pessoal na sede, que se encontra bastante reduzido, necessitando de uma reestruturação em função amplitude do trabalho no estado, bem como o nível de compreensão dos gestores do SUS quanto à importância da Ouvidoria, do seu funcionamento, enquanto ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social.

Pode-se constatar que todo o trabalho desenvolvido pela Ouvidoria foi respaldado na política do SUS, seguindo a sua legislação, seus princípios e diretrizes e demais legislações vigentes que respaldam o trabalho das ouvidorias públicas no País.

Não obstante as dificuldades enfrentadas, principalmente nos anos de 2020 e 2021, com a pandemia da Covid-19, houve um avanço significativo do trabalho, tanto no que se refere à qualificação da Rede como da própria coordenação mediante sua participação no processo de Acreditação das Ouvidorias do SUS, em uma parceria com a Fiocruz e a Ouvidoria Geral do SUS/MS, considerada uma avaliação enriquecedora para o serviço.

Houve também a descentralização para as SMS e demais unidades do SUS no estado, ampliando cada vez mais a participação do cidadão, viabilizando o seu acesso ao direito à saúde, visando à melhoria dos serviços prestados e o fortalecimento do SUS.

O quadro 1 a seguir consiste em uma descrição de forma sucinta sobre a trajetória da Ouvidoria SUS Bahia, desde a sua implantação até o ano de 2021 com os seus avanços e desafios.

Quadro 1. Linha do tempo da Ouvidoria

ANO	EVENTOS
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Criada a Ouvidoria Geral do Estado por meio da Lei de nº 8.538, de 20 de dezembro, vinculada à Secretaria de Governo e subordinada diretamente ao gabinete do governador.
2003	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação do Decreto nº 8.803, que determina a implantação de ouvidorias em todas as secretarias e órgãos do poder executivo estadual.
2004	<ul style="list-style-type: none"> • Implantada a Ouvidoria SUS Bahia, por meio da Portaria nº 775, vinculada diretamente ao gabinete do secretário com o formato de Ouvidoria da casa; • Estruturação do serviço; • Implantação de ouvidorias nas unidades de saúde vinculadas ao estado e nos Núcleos Regionais de Saúde; • Elaboração do Plano de Ação para aquisição de recursos de convênio federal.
2005	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação do Plano de Ação do convênio federal; • Participação como sub-rede no sistema Informatizado OuvidorSUS/Doges/MS para responder às demandas do SUS no estado.
2006	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidade do processo de descentralização da Rede; • Qualificação dos ouvidores da Rede.
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do trabalho da Ouvidoria SUS Bahia como experiência exitosa no Encontro de Ouvidoria e Cidadão: Saúde e Vigilância Sanitária – Manaus / julho – 2007; • Ouvidoria convidada pelo Doges para ser Projeto-Piloto no Sistema Informatizado OuvidorSUS como nível 1; Reunião com o gabinete do Secretário da Saúde e a Ouvidoria Geral do Estado para viabilizar o termo de cooperação técnica e a integração dos sistemas (Doges e OGE).
2008	<ul style="list-style-type: none"> • Lei nº 11.055, de 26 de junho, que altera a estrutura organizacional da Secretaria Estadual da Saúde, e a Ouvidoria é inserida no Regimento Interno e no organograma como órgão de subordinação direta ao gabinete do secretário; • Ampliação da equipe; • Assinatura do termo de cooperação técnica entre Sesab e Doges; • Início da utilização do Sistema Informatizado Ouvidor SUS/DataSUS.
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Investimento da Secretaria na consolidação da Ouvidoria; • Divulgação ampla da Ouvidoria; • Distribuição de material educativo; • Mudanças administrativas e melhorias dos serviços, devido às demandas de ouvidoria; • Ampliação da Rede por meio do acesso dos municípios ao Sistema informatizado OuvidorSUS, como ponto de resposta; • Realização do I Seminário de Ouvidorias Públicas em Saúde; • Realização do I Simpósio Ouvidorias Públicas em Saúde com a presença de 300 pessoas.
2010	<ul style="list-style-type: none"> • Investimento nas ações de qualificação e padronização do trabalho da Rede de ouvidorias; • Elaboração do Manual de Normas e Rotinas da Ouvidoria SUS Bahia; • Reprodução de material educativo; • Criação do grupo de trabalho de ouvidores da Rede SUS Bahia; • Mostra de Experiência em Ouvidorias SUS Bahia; • Encontros com trabalhadores e gestores nas macrorregiões de saúde (atuais Núcleos Regionais de Saúde).

Quadro 1. (cont.)

ANO	EVENTOS
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com os ouvidores estaduais e o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS; • Aquisição de recurso oriundo de convênio Federal de Siconv, nº 75.7750/2011;
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Ano de grande avanço para a Ouvidoria SUS Bahia; • Projeto de qualificação das Ouvidorias do SUS criado pelo Doges com adesão dos estados; • Qualificação das Ouvidorias da Rede SUS Bahia.
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação da Rede de Ouvidorias do SUS no estado com adesão dos municípios; • Alteração do Plano de trabalho do Convênio Siconv, incluindo os municípios com população menor de 50 mil habitantes; • Participação da Ouvidoria SUS Bahia como membro efetivo do Colegiado de Gestão da Secretaria.
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Aceleração do processo de descentralização; • Participação no Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS.
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Participação da Ouvidoria na Comissão de Criação dos consórcios e implantação das Policlínicas Regionais de Saúde no estado. • Curso Nacional de Qualificação das Auditoria e Ouvidorias do SUS promovido pelo Doges.
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilização e articulação com os gestores municipais e das unidades da Rede SUS no estado; • Oficina de implementação e implantação de Ouvidorias da Rede SUS Bahia; • Participação no Projeto Ouvidoria nos bairros em uma parceria com a Ouvidoria Geral do Estado; • Participação nas discussões do Plano de Ação Multissetorial para Enfrentamento da Zika e outras Arboviroses no Estado da Bahia, 2017-2019.
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Início de nova gestão municipal; • Articulação com novos gestores; • Realização de oficinas de implementação da Rede de Ouvidorias SUS Bahia; • Implantação de ouvidoria nas três primeiras Policlínicas Regionais de Saúde inauguradas.
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Mudança da meta da Ouvidoria no Plano Plurianual para os dois últimos anos (2018-2019); • Ampliação e qualificação da Rede; • Aprovação do Plano de Ação da Ouvidoria SUS Bahia para aquisição de recurso federal respaldado na Portaria nº 1.975.
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação da Resolução CIB para implantação de ouvidorias nas Secretarias Municipais da Saúde com o recurso da Portaria Federal nº 1.975; • Realização da Sensibilização dos gestores municipais.
2020	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação do indicador de resolutividade da Ouvidoria; • Ano marcado pela pandemia da Covid-19 e aumento significativo de acesso dos cidadãos ao serviço; • Articulação com as áreas técnicas da SES Bahia e demais órgãos e setores do estado na busca de informações sobre a estruturação do trabalho no enfrentamento da pandemia; • Elaboração de boletins, notas técnicas de orientação à Rede e de relatórios de gestão; • Capacitação de novos ouvidores através da plataforma Microsoft Teams; • Participação da Ouvidoria na reunião com o Sistema Nacional de Acreditação.
2021	<ul style="list-style-type: none"> • Adesão da Ouvidoria SUS Bahia ao Sistema Nacional de Acreditação em Ouvidorias do SUS; • Realização das ações de monitoramento das ouvidorias da Rede; • Capacitação de novos ouvidores e dos pontos de respostas, ou seja, os Interlocutores das áreas técnicas da SES Bahia; • Implantação de 14 ouvidorias do SUS no estado.

Fonte: elaboração própria.

Colaboradora

Carvalho CA (0000-0003-4308-5692)*, é

responsável pela elaboração, edição, análise de dados e publicação do artigo. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Manual das Ouvidorias do SUS – Brasília, DF; 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SU. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
3. Bahia. Governo do Estado. Gabinete do Governador. Lei nº 8.538 de 20 de dezembro de 2002. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Diário Oficial do Estado. 20 Dez 2002.
4. Bahia. Governo do Estado. Gabinete do Governador. Decreto nº 8.803 de 10 de dezembro de 2003. Regulamenta o funcionamento da Ouvidoria Geral do Estado, criada pela Lei nº 8.538 de 20 de dezembro de 2002. Diário Oficial do Estado. 10 Dez 2003.
5. Bahia. Governo do Estado. Gabinete do Governador. Lei nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014. Modifica a estrutura organizacional da Administração do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Diário Oficial do Estado. 11 Dez 2014. [acesso em 2022 set 24]. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/ba/lei-ordinaria-n-13204-2014-bahia-modifica-a-estrutura-organizacional-da-administracao-publica-do-poder-executivo-estadual-e-da-outras-providencias>.
6. Bahia. Governo do Estado. Gabinete do Governador. Lei nº 11.055 de 26 de junho de 2008. Altera a estrutura organizacional e de cargos em comissões da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia-SESAB e dá outras providências. Diário Oficial do Estado. 26 Jun 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei nº 8.080/90. Diário Oficial da União. 28 Jun 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Prêmio Cecília Donnan-gelo de Ouvidoria SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
9. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Curso Nacional de Qualificação de Auditórias e ouvidorias do SUS. Módulos I e II. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
10. Lyra RP. Modalidades de Ouvidoria Pública no Brasil. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2009.

Recebido em 26/01/2022
Aprovado em 16/08/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Entrevista com Fernando Pigatto – Presidente do Conselho Nacional de Saúde (25/06/2021)

Interview with Fernando Pigatto – President of National Health Council (25/06/2021)

Fernando Pigatto¹, Marcelo Rasga Moreira², Kátia Maria Barreto Souto³

DOI: 10.1590/0103-11042022E414

RESUMO Entrevista realizada com Fernando Pigatto, atual presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por via remota, em 25 de junho de 2021, quando o País chegava a 500 mil mortos pela pandemia de Covid-19. Nela, os entrevistadores objetivaram, por meio de perguntas abertas, levantar informações que: i) apresentassem a atuação do CNS no contexto pandêmico, em especial, seus desafios e avanços; e ii) promovessem a reflexão do entrevistado sobre aspectos fundamentais da democracia e da participação social, sobretudo a relação do Conselho com a sociedade civil e a sociedade política, o papel do CNS no processo decisório das políticas de saúde (ator e/ou arena?) e a interação Conselho-Conferência.

PALAVRAS-CHAVE Participação social. Covid-19. Políticas públicas.

ABSTRACT *Interview with Fernando Pigatto, President of National Health Council (CNS), carried out remotely, on 25/06/2021, when the country reached the mark of 500,000 deaths from the COVID-19 pandemic. The interviewers aimed, through open questions, to collect information that would: i) present the performance of the CNS in the pandemic context, in special its challenges and advances; and ii) promote the interviewee's reflection on fundamental aspects of democracy and social participation, especially the relationship between the Council and civil society and political society, the role of CNS in the decision-making process of health policies (actor and/or arena?), and the Council-Conference interaction.*

KEYWORDS *Social participation. COVID-19. Public policy.*

¹ Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Brasília (DF), Brasil.

² Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
rasgamoreira@gmail.com

³ Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes) – Brasília (DF), Brasil.



FERNANDO PIGATTO, GAÚCHO DE Rosário do Sul, iniciou sua atuação social e política no grupo de jovens das comunidades eclesiais de base e não parou mais: movimento estudantil; associação de produtores rurais; Partido dos Trabalhadores; Consórcio Social da Juventude; associação de moradores do bairro Primavera; Confederação Nacional de Associações de Moradores; Conselho Nacional das Cidades; e Conselho Nacional de Saúde (CNS), para o qual foi eleito Presidente em 2018 e reeleito em 2021, assumindo o papel de conduzir o CNS no momento histórico de maior gravidade para a saúde pública brasileira.

Esta entrevista foi realizada, por via remota, em 25 de junho de 2021, quando o País chegava a 500 mil mortos pela pandemia de Covid-19. Nela, os entrevistadores objetivaram, por meio de perguntas abertas, levantar informações que: i) apresentassem a atuação do CNS no contexto pandêmico, em especial, seus desafios e avanços; e ii) promovessem a reflexão do entrevistado sobre aspectos fundamentais da democracia¹ e da participação social², sobretudo a relação do Conselho com a sociedade civil e a sociedade política, o papel do CNS no processo decisório das políticas de saúde (ator e/ou arena?) e a interação Conselho-Conferência.

(MRM) Como o Conselho Nacional de Saúde tem atuado no enfrentamento da pandemia de Covid-19?

O CNS sempre foi reconhecido como um dos mais atuantes do Brasil. Quando chega uma pandemia, ele acaba tendo uma visibilidade ainda maior, até porque é uma questão de saúde, a temática de que o Conselho trata!

A gente já vinha em um crescente de afirmação do papel do CNS. Quando, em 2016, houve um golpe no País (e hoje está confirmado que isso aconteceu!), começamos uma luta, uma resistência para não perder direitos constitucionais que vinham – e continuam! – sendo retirados.

O CNS atou para que não fosse aprovada o que a gente denominou de ‘PEC da morte’, que

hoje é a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95). Teve um papel importante na luta pela Emenda nº 29, pelo ‘Saúde +10’... uma luta intensa para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS)! Mas o SUS continuou a ser atacado, por exemplo, pela Portaria nº 2.979, que atacou o modelo de financiamento da atenção básica.

Em 2019, estávamos em processo de Conferência Nacional, a 16ª, chamada ‘8ª+8’. Nela, houve um fortalecimento muito grande do controle social! Há muito tempo não se tinha uma Conferência com tanta mobilização! Desde as conferências livres, às conferências municipais e às conferências estaduais em todas as UFs (Unidades da Federação). Foi uma luta para que a Conferência fosse realizada durante um governo que não gosta de participação, que não tolera o controle social.

Em janeiro de 2020, já sabendo que a ‘epidemia’ – não se falava ainda em pandemia – chegaria ao Brasil, a Mesa Diretora do CNS reuniu-se com a representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Dr.^a Socorro Gross, com a Dr.^a Nisia Trindade, Presidenta da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e com o Secretário Nacional de Vigilância em Saúde, Dr. Wanderson.

Em fevereiro, realizamos nossa reunião ordinária mensal (a última presencial) justamente para debater como o Brasil enfrentaria a ‘epidemia’. A mesa principal dessa reunião foi coordenada por mim, pelo Wanderson, a Fiocruz e a Opas. A partir dessa reunião, acionamos nossas Comissões Intersetoriais e Câmaras Técnicas. Criamos um ‘Comitê de Acompanhamento da Covid-19’ com as Coordenações de Usuários(as), dos(as) Trabalhadores(as) em saúde, da gestão e dos prestadores de serviço.

Esse Comitê foi criado em abril, mas, já a partir de fevereiro, publicamos dezenas de recomendações, moções, pareceres técnicos, cartas abertas, notas públicas, *lives*, projetos de formação, campanhas... Do início de 2020 até maio de 2021, já nos posicionamos publicamente mais de 150 vezes, isso do ponto de vista de deliberações do Conselho! Significa um posicionamento do CNS a cada três dias!

(MRM) Todo esse material está público?

Tudo! Está no *site* do CNS, nas nossas redes sociais... aberto a todos aqueles que queiram fazer um apanhado do que produzimos nesse período. Importante dizer que, no relatório de gestão de 2020, tivemos uma média de duas atividades por dia do CNS! A nossa assessoria de comunicação fez um levantamento de que o CNS foi citado ou usado como referência pela imprensa nacional, aproximadamente, 1.500 vezes.

Nossas ações são direcionadas para os Poderes Executivo, Legislativo, Judiciário, para as Universidades, mas, especialmente, para a sociedade civil! Buscamos – já em nosso planejamento estratégico de 2019 – ‘furar a bolha’! Fazer com que cada vez mais o CNS dialogasse para fora do SUS! É preciso romper barreiras!

Acreditamos que conseguimos ‘furar essa bolha’ e nos tornar referência até da imprensa tradicional. Infelizmente, isso aconteceu por causa de uma pandemia que tem tirado centenas e milhares de vida e atingido milhões de pessoas.

O CNS contribuiu diretamente com a ‘CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) da Pandemia’, do Senado. Fizemos mobilização para que a CPI fosse instalada! Quando começou a coleta de assinaturas pelo Senador Randolfe Rodrigues, nossa assessoria parlamentar articulou-se com a assessoria do Senado e tivemos uma reunião virtual com Senadores(as), no início de março de 2021, e nos posicionamos a favor! Mobilizamos a sociedade para a instalação da CPI. Fomos ao Presidente do Senado exigir a instalação da CPI e fomos ao STF (Supremo Tribunal Federal) sensibilizar os Ministros para que, se o Presidente do Senado não a instalasse, o Supremo o fizesse!

Enviamos à CPI, em 18 de maio de 21, um relatório com todos os nossos documentos sobre a pandemia. Estamos em reunião permanente e criamos um grupo de trabalho com a Mesa Diretora do CNS e as assessorias do Conselho e do Senado. Reunimo-nos permanentemente com Senadores(as) para poder atuar não

só esperando a aprovação do requerimento para que a gente vá como convidado à CPI (que aconteceu há duas semanas), mas para subsidiar diretamente a CPI, em que o CNS já foi citado várias vezes.

(MRM) Fale sobre esse relatório que o CNS enviou à CPI.

É um relatório com todas as nossas deliberações sobre o tema. Uma espécie de dossiê do CNS para subsidiar a CPI. Como a gente tem um governo que não respeita o controle social, quase a totalidade daquilo que foi deliberado não foi levado em consideração! Isso agravou a pandemia!

A gente sabe que, se nossas deliberações fossem levadas em consideração pelo governo federal e pelo Ministério da Saúde (MS), teríamos centenas de milhares de mortes evitadas, milhões de pessoas não seriam infectadas e a pandemia não teria os efeitos que está tendo em nosso País.

Em abril de 2020, articulamos com outras organizações da sociedade civil a constituição da ‘Frente pela Vida’, com pessoas que atuam não só na área da saúde, mas da educação, ciência e tecnologia, meio ambiente, comunicação, direito... elaboramos um ‘Plano Nacional de Enfrentamento da Covid-19’, que foi apresentado ao Congresso Nacional e ao MS, em julho de 2020.

(KS) Tanto na Mesa Diretora quanto no pleno do CNS, há representação do MS. Quando você informa que o CNS elaborou um Plano e um dossiê para a CPI, os representantes do MS sabem disso. O que isso representa?

Mesmo não tendo a atenção do MS e do governo federal, optamos por dialogar diretamente com a sociedade. Nesse processo, notamos o avanço do reconhecimento do CNS pela sociedade e o fortalecimento da rede de conselhos (estaduais, municipais e locais). Esse relatório já está servindo de base para comprovar as responsabilidades e negligências do governo.

A gente passou a ter uma compreensão melhor, por parte da sociedade, do que é o CNS. Muitas instituições e atores pensavam que somos um órgão do Ministério! Tudo isso foi muito importante porque passamos a ter mais autonomia de ação.

Têm questões que formamos consenso no CNS, mas têm questões que o governo sabe que é minoria, por isso incomoda tanto! As repercussões de nossas decisões tiveram muito mais força externa – influenciando o comportamento de muitas pessoas em relação à pandemia – do que nos órgãos governamentais.

Não somos reconhecidos pelo governo federal, até mesmo pelas mudanças no Ministério. O Ministro que ficou mais tempo no governo desconhecia quem éramos e, quando soube, continuou descumprindo o que prevê a Constituição, a Lei nº 8.080 e a Lei nº 8.142. Mas seguimos adiante, acionando o MP (Ministério Público), a Defensoria Pública, o STF, o Tribunal de Contas, a CGU (Controladoria-Geral da União). A gente não ficou esperando o governo.

Aliás, controle social e governo sempre foi uma relação difícil, mesmo em governos que têm maior entendimento do que é o controle social. A autonomia do Conselho sempre é um ponto de divergência! Muitas vezes, quem está na gestão não aceita muito bom o que vem do controle social.

Evidentemente que a situação hoje é diferente, pois sabemos que há inimigos do controle social no governo, que chegam a criminalizar os movimentos sociais, ao contrário de governos democráticos e populares, que respeitam o que representam a sociedade civil, mesmo não executando tudo o que é deliberado pelo CNS.

Respeitamos o espaço do governo no CNS, seja na Mesa Diretora, no Pleno, nas Comissões Intersetoriais e nas Câmaras Técnicas, mas não nos preocupamos com o que a gestão ia pensar, o que isso ia repercutir do ponto de vista de represálias! O diálogo é importante, o respeito mútuo é importante, mas não nos ‘achicamos’ (ditado gaúcho do jogo de truco,

que significa não se intimidar) diante do que alguém do governo vai pensar.

Tivemos, por exemplo, um TED (Termo de Execução Descentralizada) com a Fiocruz, sobre a devolutiva da 16ª Conferência Nacional de Saúde, que era para ter sido assinado em 2019. Recebemos um recado da chefia de gabinete do Ministro Mandetta dizendo que ele não ia assinar porque a gente tinha se comportado muito mal. Em 2020, novamente não foi assinado! Se não for assinado em 2021, temos que lamentar. Mas estamos buscando outra forma de executá-lo!

Não é porque houve algum tipo de ameaça, velada ou explícita, que o CNS parou. Hoje, participamos de uma ‘Comissão Especial de Participação Social’ no âmbito do Conselho Nacional de Direitos Humanos, que discute a Portaria nº 9.759, que, no início do ano, extinguiu mais de 600 órgãos colegiados no âmbito federal. E nos posicionamos contra essa portaria montando um documento para organismos internacionais sobre o que é este governo e como ele lida com o controle social.

O governo federal não conseguiu fechar o CNS, mas cortou 30% do orçamento para a Conferência Nacional de Saúde, em 2019. O TED com a Fiocruz era recurso do CNS que não foi usado, cerca de 30% do nosso orçamento! Não executar, não atender, não dar resposta a pedidos de informações... são formas de fragilizar o CNS.

Sofremos esses ataques, retaliações, mas não baixamos a cabeça e seguimos enfrentando esse governo que, além de tudo, vem praticando genocídio em nosso País.

(MRM) Os conselheiros que representam o Poder Executivo têm levado suas propostas sobre o enfrentamento da pandemia ao CNS?

A cada vez que troca Ministro, vamos conversar com quem entra, levar o relatório da Conferência Nacional de Saúde e dizer que vamos continuar nossa luta, mas que queremos dialogar com a gestão, que faz parte do Conselho. Como os gestores são minoria e não

priorizam esse espaço, são poucas as propostas de políticas que encaminham.

Contudo, há representantes do MS e de outros órgãos do governo federal, além dos representantes do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), que atuam bastante no CNS. Temos um integrante na Mesa Diretora que representa o MS e é muito atuante. Em algumas Comissões Intersetoriais, temos uma presença mais efetiva da gestão. Na Cofin (Comissão de Financiamento), a gestão participa de todas as reuniões, faz contraponto, participa dos debates e apresenta posições. Esse representante do MS na Mesa Diretora, diz sempre “a gente é minoria, se a gente se ausentar do debate, aquilo que a gente pensa pode não ser levado em consideração”.

Acredito que essas mudanças constantes no MS atrapalham, mas a gente sempre trabalhou com a importância de a gestão participar ativamente dos espaços do Conselho! A gente nunca trabalhou o contrário. Isso também fortalece o CNS.

A gestão se recusar a participar, afastar-se do Conselho, não estar nos espaços fragiliza o debate! O espírito de quem fez a legislação é de todos estarem lá para contribuir nos debates. E, quando não tem consenso, vota! E, quando vota, ganha a maioria e tem que acatar!

O CNS não tem feito reuniões ordinárias. A gente debate na Mesa Diretora, no Comitê de enfrentamento à Covid-19, nas Comissões Intersetoriais, nas Câmaras Técnicas, nos Grupos de Trabalho, nos fóruns e nos espaços de segmentos. E a gente constrói posicionamentos que, quando não são por consenso, são por maioria.

As nossas deliberações têm acontecido em reuniões extraordinárias, que são posteriores àquilo que a gente encaminha como *ad referendum*. Eu, como Presidente do CNS, assino as decisões *ad referendum*. Antes da pandemia, fazíamos os debates, levávamos ao pleno, que decidia e o Presidente assinava. Agora, há uma exigência de aprofundamento de debate ainda

maior: assinar uma decisão *ad referendum* e depois o pleno não referendar seria um grande problema!

Todas as resoluções, recomendações e moções que a gente fez *ad referendum* do pleno foram aprovadas por ampla maioria de votos, grande parte delas por consenso, por unanimidade e algumas delas com votos contrários do governo e dos prestadores privados.

Isso é fruto de saber ser maioria ou minoria. Normalmente, quem está no governo está acostumado a ser maioria, tem a ‘caneta na mão’... então é bom, é educativo, que quem está na gestão, às vezes, seja minoria, até para apreender a respeitar a minoria.

(KS) Fale sobre ‘Comitê de Enfrentamento à Covid-19’. Há alguma sobreposição em relação ao CNS?

Pela legislação, somos colaboradores eventuais. Antes da pandemia, o CNS fazia uma reunião ordinária presencial mensal (dois dias) e uma reunião mensal da Mesa Diretora (dois dias). Quem participava de Comissão e Câmara Técnica dava um pouco mais de sua contribuição.

Quando chega a pandemia, visualizamos que não teríamos condições, como Mesa Diretora, de coordenar esse processo com nossos oito componentes. Precisávamos criar um espaço que, mesmo não estando na estrutura oficial do Conselho, aprofundasse os debates e fizesse a interlocução com os diferentes setores.

Criamos, então, esse Comitê, que tem participação da Mesa Diretora do Conselho, da Secretaria Executiva, da assessoria de comunicação do CNS (a comunicação é estratégica!) e da representação dos segmentos: a coordenação do Fentas (Fóruns de Trabalhadoras e Trabalhadores em Saúde) e do ForSus (Fórum de Usuárias e Usuários do SUS), a representação da gestão nas três esferas e a dos prestadores de serviço. São cerca de 30 pessoas.

Esse Comitê atua como espaço auxiliar e de interlocução da Mesa Diretora, buscando celeridade nos assuntos ligados à pandemia.

O Comitê realiza encontros periódicos para alinhar ações e estratégias; encaminhar pautas; articular com conselheiros(as), comissões e com a rede de conselhos; analisar estudos; mobilizar... muitas ações que temos feito passam por esse espaço: os 'ao vivo' são debatidos no Comitê. As reuniões com público externo são debatidas no Comitê.

Em 1º de julho de 2021, vamos fazer uma reunião com associações de familiares de vítimas da Covid-19. Chamamos, no âmbito do Comitê, as coordenações das comissões, das câmaras dos fóruns para discutir. A partir daí, surgirão pautas para as comissões, as câmaras técnicas, os grupos de trabalho.

Discutimos, por exemplo, os ataques às mulheres que têm se agravado ainda mais no período da pandemia. Um tema que consideramos importante que a Cismu (Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher) discuta e apresente ao pleno do Conselho.

Isso tem garantido a interlocução entre as comissões e câmaras técnicas. Há pautas em que se reúnem três, quatro comissões e câmaras técnicas. Desse processo, surge uma nota pública ou carta aberta.

Foi dessa forma que o CNS conseguiu, na nossa avaliação, agilizar o processo de tomada de decisões e democratizar as discussões e deliberações. Graças ao maior aprofundamento do debate! Em um momento de pandemia, descobrimos uma forma de atuação construída coletivamente e que tem dado resultados muito importantes!

(MRM) Toda esta atuação e luta do CNS, atual e historicamente, tem de ser valorizada. Mas sempre há uma questão pendente: quais os sucessos desta luta?

Primeiro, acredito que tem coisas que a gente não consegue mensurar. Ontem, na CPI da Pandemia, estavam o Pedro Halal e a Jurema Werneck, que apresentaram os estudos sobre mortes evitáveis na pandemia: no estudo do Halal, cerca de 80% das mortes poderiam ter sido evitadas! Se tudo tivesse acontecido

do jeito que deveria, teríamos mais de 400 mil vidas preservadas, além de milhões de pessoas que não seriam infectadas! Na análise da Jurema, de março de 2020 a março de 2021, poderíamos ter evitado mais de 100 mil mortes.

Mas não há um estudo, pelo menos que eu conheça, que mostre quantas vidas foram salvas pela atuação do CNS. Não se consegue mensurar o quanto as ações do CNS geraram em termos de vidas preservadas. Se não tivéssemos influenciado diretamente as pessoas, as organizações, os conselhos, as entidades, os segmentos (além do que se recomendou para executivo, judiciário e legislativo!), quantos mais teriam adoecido e morrido? A gente não consegue ter, em números, quantas vidas salvou!

Se for avaliar o cálculo frio daquilo que a gente recomendou para o MS e este não fez, isso pode nos frustrar! Poxa, a gente deliberou tanto e não serviu para nada, porque o MS não fez o que deliberamos! Deliberamos pela compra de vacina, não compraram! Não recomendar o uso de cloroquina, está lá recomendando... tem que comprar máscara e distribuir para população... não comprou!

Se a gente ficasse em nosso mundinho fechadinho, só mandado lá pelo SEI (Sistema Eletrônico de Informações do governo federal), acho que a gente estaria frustrado! Mas, não! A gente fez para mobilizar a sociedade, para impactar na vida das pessoas! Na preservação das vidas das pessoas! Só que isso a gente não consegue quantificar!

Eu acredito que o impacto é esse. A valorização que a gente tem que ter é essa. Vamos ter uma avaliação disso lá na frente. Veremos o impacto da CPI na responsabilização de quem não se posicionou. Na análise da atuação da 'Frente pela Vida', do que a gente produziu, do 'Plano Nacional de Enfrentamento' que entregamos para o Executivo, o Congresso Nacional e o Judiciário.

O presidente do Conass, Calos Lula, disse que o 'Plano' que apresentamos vai para as secretarias de saúde. O Conasems disse que vai para as secretarias municipais. A gente

interferiu na ponta, fortalecendo os próprios conselhos para participar dos comitês de crise e de enfrentamento – porque a gente não está no Comitê Nacional!

No início, o CNS fazia parte do COE (Comitê de Operações Emergenciais), que foi ativado pelo governo federal para enfrentar a pandemia. Nosso ponto focal era o Secretário Executivo, Marco. O Pazuello entrou e terminou com o COE, mas isso não impediu que continuássemos a apoiar os conselhos estaduais e municipais a participarem dos comitês locais.

A nossa atuação nas eleições de 2020, com a ‘Carta Compromisso’ que fizemos chegar às candidaturas a Prefeituras e Câmaras de Vereadores: não foram todas as candidaturas que assinaram nem todas as que assinaram tiveram sucesso eleitoral, mas aquelas candidaturas que assinaram e ganharam as eleições efetivaram os compromissos da Carta. Isso significa que o CNS influenciou as políticas de saúde desses municípios.

A influência daquilo que o CNS faz, muitas vezes, não é possível quantificar em números. Na prática, no momento em que a gente expande o espaço de atuação, não fica restrito ao ‘susês’, passa a ver que pessoas que não tinham relação com o SUS, engajam-se! A própria ‘Frente pela Vida’ é um exemplo! E a gente tem pesquisas que mostram que o SUS está sendo defendido e reconhecido mais do que era antes da pandemia.

Vi uma propaganda do Sintrajufe-RS (Sindicato dos Trabalhadores do Judiciário Federal) contra a proposta de reforma administrativa, e o exemplo eram os efeitos danosos da reforma no SUS! O SUS passou a ser uma referência ainda mais reconhecida pela sociedade! E deixou de ser algo só do pessoal da saúde! E o CNS contribuiu com isso! Quando o Conselho dá uma entrevista no ‘Fantástico’, na TV Bandeirantes, no SBT, na CNN, contribui com isso! Antes, a gente não conseguia ocupar esses espaços!

A contribuição que o CNS tem dado, tem se refletido na realidade, no cotidiano da vida das pessoas.

(KS) O CNS participou da elaboração do Plano Nacional de Imunização?

Desde que começamos a discutir o Plano Nacional de enfrentamento da pandemia, tomamos a posição, por meio da Cives (Comissão de vigilância e saúde) e da Cectaf (Comissão de Assistência Farmacêutica), de que, primeiro, não havia remédio para a Covid-19, e, segundo, que a forma de enfrentar a pandemia, além das não farmacológicas, era a vacina.

Aderimos a várias campanhas de vacina. Nos posicionamos várias vezes. O Plano Nacional da ‘Frente pela Vida’ fala sobre isso! Participamos de movimentos com a Abong (Associação Brasileira de ONGs) com o fórum pela democracia...

Mas não fomos chamados a contribuir com o PNI, como Plano Nacional de operacionalização da vacinação contra Covid-19. Esse plano só foi apresentado pelo governo porque o STF, por pressão da sociedade, obrigou. Ele foi apresentado no dia 17 de dezembro de 20. Nesse dia, tínhamos uma reunião da Mesa Diretora com o Secretário Nacional de Vigilância em Saúde (Dr. Arnaldo), que era novo no cargo – tinha dois, três meses de governo – e iria apresentar para o CNS o organograma de sua Secretaria.

A cada reunião do pleno do CNS, a gente levava uma Secretaria do MS para falar sobre suas ações e para abrir agendas com o Conselho. Então, tínhamos essa reunião agendada um mês antes, e o Secretário apresentou o plano de ação dele. Agradecemos, mas dissemos que íamos discutir o Plano de vacinação que tinha sido lançado pela manhã e que não tivemos contato nenhum antes do lançamento!

Fizemos a crítica, falamos que iríamos nos debruçar sobre o plano lançado e iríamos nos posicionar. Fizemos isso em uma reunião no Comitê, no dia 18 de dezembro de 20. Elaboramos uma recomendação no dia 23 de dezembro, fazendo uma primeira avaliação desse plano e propondo a inclusão de grupos prioritários que não haviam sido incluídos.

Reforçamos que tínhamos de ter o máximo de vacinas adquiridas. O SUS já vacinou 3 milhões de pessoas em um dia (no enfrentamento da H1N1), então tínhamos de ter uma grande quantidade de doses à disposição da população. Vacina para todos e todas já!

Tínhamos de mobilizar as pessoas, conscientizá-las de que tinham de tomar a vacina, pois havia uma campanha contra a vacina muito forte! Isso mudou a forma de pensar até de algumas pessoas do governo. Todos tinham de entender que as pessoas não iam virar jacaré!

Afirmamos que tinha de incluir, nas prioridades da vacinação, as pessoas em condição de rua, as pessoas com deficiência, cuidadores(as) de pessoas idosas, indígenas não aldeados (porque o Plano falava de indígenas nas aldeias)! Além de outras que estão detalhadas na Recomendação nº 073 do CNS.

Em abril de 2021, fizemos uma nota técnica completíssima! Aliás, a assessoria do CNS tem tido um papel incrível! Sempre foi reconhecida como excelente! E quem hoje assessora o Comitê de Acompanhamento à Covid-19 e foi responsável por fazer toda a sistematização de nosso trabalho na nota técnica foi a nossa querida Maria Eugênia.

(MRM) Como tem sido a relação do CNS com os demais atores do processo decisório das políticas de saúde?

Na CIT (Comissão Intergestores Tripartite), não temos assento. A última vez que fui à CIT, o ex-ministro Mandetta não me deu a palavra. Ele foi à Conferência Nacional de Saúde e disse que parecia uma turma de sexta série. Eu tive oportunidade de explicar para ele como funcionava o controle social e o respeito que ele não estava tendo com milhares de pessoas. O CNS sempre foi convidado para participar da CIT e tinha direito à fala. A partir desse fato, passamos a ter apenas uma pessoa da assessoria técnica que vai à reunião, faz anotações e leva para o CNS.

O CNS sempre teve uma ótima relação com Conass e Conasems. O Conass é representado

na Mesa Diretora por seu Secretário Executivo, Jurandir Frutuoso. Nesse momento de pandemia, a aproximação foi maior ainda. Todas aquelas deliberações que falei antes e que o Ministério não considera, Conass e Conasems repercutem em estados e municípios.

Queria destacar muito o papel do Conass e do Consasems! Além de fazerem parte do conselho, participam ativamente de vários espaços e articulações políticas no Congresso Nacional e nos setores da sociedade, no sentido de cobrar do governo federal, de denunciá-lo por se ausentar da coordenação nacional do enfrentamento da pandemia.

A gente sempre defendeu que o MS coordenasse o enfrentamento da pandemia no Brasil. Nunca fomos a favor de estruturas paralelas! Em todas as deliberações do CNS, reafirmamos a importância de termos uma coordenação nacional liderada pelo MS, com a participação dos vários órgãos de gestão, do Poder Legislativo, do Judiciário e com a participação do controle social, da comunidade científica, das universidades.

(MRM) Você considera que o CNS é uma instituição na qual o processo decisório das políticas de saúde é deliberado, é um ator coletivo que disputa com outros atores o processo decisório das políticas de saúde, ou ambos?

Os dois! Acredito que o grande desafio sempre foi esse! O Conselho tem uma predominância da sociedade civil. Os 50% de usuárias(os) e os 25% que representam trabalhadores(as) da saúde são uma expressão da maioria da sociedade civil. Mas o CNS não pode substituir outros espaços, outras organizações. O Conselho não é uma entidade, embora tenha entidades; não é um movimento, embora tenha movimentos dentro dele; não é uma central, não é uma confederação, não é uma federação... por mais que existam dentro dele essas representações.

Não podemos querer substituir o papel desses órgãos. Esse é o desafio de pessoas que são do movimento e, às vezes, vão para

conselhos e deixam de fazer o papel do movimento e viram profissionais. Essa foi uma crítica que sempre houve!

O conselho não pode substituir o papel do partido! E tem muita gente que confunde! Conselhos são plurais! Eu participo de uma entidade que considero uma das mais plurais que existe, a Confederação Nacional de Associações de Moradores! Nas associações de moradores, existe pluralidade! De esquerda, de direita, de centro, de extremas!

Os conselhos são espaços em uma estrutura institucional, porque estão dentro do sistema, que aliás era o debate que a gente fazia no conselho das cidades. O CNS não foi extinto porque está em uma estrutura oficial, legal. Tem poder fiscalizatório e de deliberação.

A gente tem uma crítica, mais no âmbito municipal, a conselhos que simplesmente homologam a política executada ou definida pela gestão. E a gente precisa, cada vez mais, fortalecer a autonomia, inclusive orçamentária, do controle social brasileiro!

Esse espaço do controle social precisa se tornar, cada vez mais, um espaço de poder popular! Precisa, independentemente de quem está no poder, que suas deliberações sejam seguidas. Sou adepto da democracia radical, direta, participativa, combinada com a democracia representativa, combinada com todos os espaços institucionais que precisamos preservar. Mas precisamos avançar.

Isso é um desafio para o debate do processo eleitoral! O CNS, assim como cumpriu o papel de enfrentamento de um governo que não respeita o controle social, também tem papel decisivo em governos democráticos e populares que sabem da importância do controle social.

Vou adiantar, vou dar um *spoiler* para vocês: já estamos discutindo e, provavelmente, no segundo semestre, vamos lançar a 17ª Conferência Nacional de Saúde!

Iremos convocar a Conferência em 2021 para que seja realizada em 2023. E, dentro dela, vamos fazer um intenso debate sobre os desafios

do controle social, do fortalecimento do SUS, do orçamento e financiamento, da pandemia.

Ninguém imaginava essa pandemia! Saímos de uma conferência em vigilância em saúde e não falamos nada sobre isso. Preparamos o País para tratar os territórios, a democracia, a participação e o controle social em vigilância e saúde. Mas não falamos de pandemia! Agora, a gente vivenciou a pandemia, e esse aprendizado vai perpassar a próxima Conferência Nacional de Saúde!

(MRM) Em que medida as Conferências Nacionais de Saúde têm funcionado como orientadoras da atuação do CNS?

A nossa ‘Bíblia’ é a resolução da Conferência! A que está em vigor é a 16ª, a ‘8ª+8’. Nas agendas que a gente tem com os Ministros, o documento que a gente entrega é o resultado da Conferência, suas resoluções. Nós cumprimos essas resoluções! E tem que ter a homologação do MS!

Fizemos isso com o Mandetta, que era o Ministro na época em que a Conferência foi realizada, e ele não homologou as resoluções. O Teich, nós não tivemos tempo nem de nos reunir, foi breve sua passagem pelo MS. O Pazuello, nós entregamos e, agora, tivemos audiência com o novo Ministro da Saúde (Marcelo Queiroga) e levamos, novamente, as resoluções da 16ª.

Para o resultado de uma Conferência acontecer, priorizamos um processo de devolutiva já em 2020, mas não conseguimos fazer porque era justamente o TED não assinado com a Fiocruz! Não conseguiríamos fazer presencial (a ideia original) por causa da pandemia. Queríamos dar a devolutiva para o Estados, para os Municípios, para implementar aquilo que está nas resoluções da Conferência.

Então, vamos fazer a devolutiva da 16ª no escopo de construção da 17ª. Precisamos cada vez mais fortalecer esses espaços das Conferências, porque a gente tem a própria ação do governo de enfraquecer o controle social brasileiro a partir, por exemplo, do Decreto nº 9.759.

A gente precisa fazer com que a população reconheça e participe mais dos processos de Conferência. Conseguimos um avanço importante da 15ª e das Conferências anteriores para a 16ª, que foi influenciar no ‘Plano Nacional de Saúde’. Ao fazermos a 16ª no início de agosto de 2019 (era para ser em junho ou julho), conseguimos, de alguma forma, influenciar na confecção do Plano Nacional de Saúde.

Apesar de reprovarmos os relatórios anuais de gestão de 2019, 2018 e 2017 (agora, vamos começar a analisar o de 2020), estamos, a partir da 16ª, influenciando nos Planos anuais de saúde. Para a 17ª, queremos que a Conferência Nacional aconteça até o mês de junho, para influenciar ainda mais o Plano Plurianual de Saúde, que vai de 2024 a 2027.

(MRM) Considera que há algum tipo de decepção ou desencanto com os Conselhos por parte daqueles(as) que não estão participando tão ativamente do cotidiano do controle social, sejam estes(as) usuários, profissionais de saúde, acadêmicos ou gestores?

Acredito que, na história do nosso País, algumas expectativas não foram atingidas e levaram a algumas decepções. A existência de governos democráticos e populares que não conseguiram dar a resposta que se imaginava frustrou.

Para citar um exemplo: quando o Conselho Nacional das Cidades estava lutando para que a gente tivesse um sistema de desenvolvimento urbano no País e isso acabou não acontecendo, frustrou. Em 2016, algumas entidades saíram do Conselho Nacional das Cidades como forma de reação ao golpe. Quando o Conselho foi extinto, arrependeram-se e tiveram de fazer autocrítica.

A gente não pode ter um superdimensionamento do CNS. Ele não substitui movimento, entidade, partido, sindicato e outras organizações da sociedade civil. A gente não pode querer transformar conselhos nestes espaços legítimos, que são a sociedade atuando diretamente!

Os espaços de atuação dessas entidades, um deles, são os Conselhos! Mas existem outras

formas de movimentos, entidades, sindicatos, associações, partidos... atuem.

Eu sou uma pessoa que me aproximei, nos últimos anos, da academia. Era muito crítico da academia que não vivia a realidade, que usava quem é de movimento, quem é de conselho, quem está no dia a dia da luta, na periferia, muitas vezes passando fome, frio, sem ter como viver... para aumentar o seu *curriculum*, sua bibliografia! Como se quem está na academia soubesse mais do que quem está no dia a dia da luta.

Eu bati muito pesado, porque a gente tinha esse debate lá nas discussões do desenvolvimento urbano, a questão de trânsito e transporte, planejamento urbano, moradia, saneamento: chegar ‘os que sabem’ para falar para ‘os que não sabem’ o que eles têm de fazer.

A pandemia, infelizmente, de uma forma doída, mostrou que os saberes são complementares e que ninguém pode prejudicar. Não me dá o direito de prejudicar alguém da academia se não tive a oportunidade de fazer uma pós-graduação, um mestrado, um doutorado (que aliás, vou ter de fazer!). Não é porque não tive a oportunidade que vou desprezar, atacar, ser duro com quem está nesse espaço e que, às vezes, não está vivendo o cotidiano, a realidade, mas está fazendo uma pesquisa, um estudo, uma análise para ajudar o avanço desses espaços.

E quem está nesses espaços acadêmicos precisa se colocar no lugar de quem está vivendo o cotidiano do movimento, de uma entidade ou de um espaço como é o controle social.

Então, realmente, entre expectativas e frustrações, há o desafio de enfrentar um governo fascista, que a todo momento ameaça a democracia e as instituições, persegue e criminaliza quem atua na luta social e executa o seu ‘plano de morte’, genocida.

Isso fez com que a gente repensasse algumas atitudes, pensamentos, formas de agir, e isso tem contribuído para a gente avançar no aprimoramento daquilo que deve entender como o que é um espaço de conselho, o que são as Conferências, a importância que esses

espaços têm, mesmo que não substituam nem a academia nem a luta social que é feita nos outros espaços.

(KS) Como a maior visibilidade do SUS neste momento de pandemia pode ser positiva para Conselhos e Conferências?

Acredito que, da mesma forma que vinha crescendo um certo desencanto (para usar essa palavra que vocês empregaram), agora, durante a pandemia, o controle social brasileiro mostrou sua força!

Acreditamos muito em nossos Projetos de formação para o controle social. Não só de Conselheiros(as), mas também a formação para quem está na sociedade civil e nos movimentos sociais compreender cada vez mais o papel do controle social. Temos a formação voltada para a assistência farmacêutica e vigilância, com 300 lideranças nacionais. Temos um Projeto para os trabalhadores e trabalhadoras de saúde. E temos o projeto de Educação Permanente, as Oficinas para o controle social do SUS.

Defendo que recursos de formação para o controle social precisam ser ampliados. Foi retirada do controle social a verba pública para formação! E a gente tem que voltar a ter! Repasse fundo a fundo de recursos para a formação do controle social do SUS, coordenado pelo próprio controle social. Pelo Conselho Nacional, pelos Conselhos Estaduais, pelos Conselhos Municipais! Não pela gestão!

Quem coordena os processos de formação no âmbito do CNS somos nós! Nós coordenamos com conselhos estaduais e municipais, mas não conseguimos chegar a todos. Conselhos estaduais e municipais têm de ter seus próprios recursos para capacitação!

Sem isso, o controle social fica fragilizado, fica nas mãos da gestão: se o município quer fazer formação, faz... se não quer, não faz! Se uma gestão municipal quer perseguir um(a) conselheiro(a) que dá uma entrevista contra a gestão, vai lá e persegue! Se uma gestão quer mudar uma lei e toda a composição do

conselho municipal de saúde, vai lá e muda! Articula com a Câmara de Vereadores e muda! Temos recebido muitas denúncias sobre isso.

Então, precisamos, cada vez mais, fortalecer e dar autonomia aos conselhos. E isso se faz com financiamento e orçamento do CNS. Precisamos radicalizar na democracia que a gente defende.

Os movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos... também têm que apostar na formação de seus quadros para valorizarem ainda mais o controle social! Não como único espaço, mas como um dos espaços de atuação.

Acredito que, dessa forma, a gente consegue avançar e voltar a encantar mais aquelas pessoas que estavam lá na 8ª lutando para que tivéssemos uma democracia real nesse País, que possa transformá-lo em um País mais justo, fraterno e igualitário!

(MRM) Pensando no futuro, que políticas permitirão o SUS atingir o patamar de resolutividade e qualidade desejado?

Temos o desafio de transformar um momento no qual o SUS está tendo uma visibilidade grande e que o sentimento de pertencimento da população em relação ao SUS é maior do que antes da pandemia, em algo que reflita no seu aperfeiçoamento como sistema público!

O Projeto ultraneoliberal, de extrema-direita, que está aí, pensa de outra forma: usar essa visibilidade e as fragilidades que o sistema tem, dizendo que precisam ser supridas pela iniciativa privada!

Aquela reunião que vazou da Consu (Conselho de Saúde Suplementar), em que o Ministro da Economia diz que não tem como dar conta dos problemas porque as pessoas querem viver 100 anos, é um absurdo! Isso gerou uma consulta pública sobre mudanças no sistema de saúde suplementar, e o CNS já se posicionou contra!

Este governo vai seguir tentando implementar essas propostas, que representam a fragilização do que é público! A entrega, cada vez mais, da saúde, à iniciativa privada. Este

é um desafio que a gente tem, o da defesa do SUS público!

Senão, as pessoas vão ter que pagar os tais planos populares do Ricardo Barros, que, quando Ministro da Saúde, propunha que as pessoas pagassem R\$ 50,00, R\$ 100,00 por mês em um Plano popular.

Um grande desafio é a questão do financiamento! A gente tem um SUS desfinanciado! Nunca teve um financiamento adequado, suficiente. Tanto que nós tivemos o ‘Saúde +10’, a ‘EC-29’ (que está parada)... não conseguimos chegar ao ideal, ao que foi preconizado na 8ª.

Precisamos, por exemplo, revogar a Emenda Constitucional nº 95! No Senado Federal, há a PEC 29, que o CNS está apoiando, que propõe uma transição na EC 95.

Precisamos avançar nesse debate do financiamento e entrar em outro: Reforma Tributária. O CNS defenda a taxaço das grandes fortunas, dos super-ricos, para poder garantir o financiamento das políticas de saúde, de educação – porque não é só o SUS que vai ter problemas depois da vacinação concluída, serão todas as políticas públicas!

Então, precisamos de uma reforma tributária na qual quem paga a conta é quem gerou a conta! Infelizmente, hoje, o que acontece é o contrário: os ricos cada vez mais ricos, a extrema pobreza aumentando e as pessoas morrendo de Covid-19 e de fome.

A questão dos profissionais de saúde, que estão esgotados(as) com seu trabalho na pandemia!

A desestruturação da atenção básica, com a Portaria nº 2.979; as Organizações Sociais (OS) pelo Brasil afora; unidades de saúde próximas à população sendo transformadas em clínicas de família que afastam as pessoas; e equipes de Saúde da Família com um agente comunitário! As equipes estão ficando sem profissionais!

Vamos precisar voltar a trabalhar pela estruturação de equipes de Saúde da Família no Brasil! Fortalecer a atenção básica de novo... Porque está destruído!

Vão acontecer ainda muitos desdobramentos da pandemia, sobretudo suas sequelas. Esse será um grande desafio para o SUS, porque não serão os planos de saúde que tratarão as sequelas! Fisioterapia, saúde mental... o SUS já está tratando!

Quando a gente colocou, na 16ª, a realização da ‘V Conferência de Saúde Mental’, o principal debate era o das Comunidades Terapêuticas, do ataque à Política Nacional de Saúde Mental, à reforma psiquiátrica. Hoje, o debate da V Conferência, para além desse, vai ter de incorporar os efeitos da Covid-19 sobre a saúde mental! Esse será um grande desafio para o SUS!

Em Santa Maria (cidade do Rio Grande do Sul), aconteceu, em 2013, o incêndio da Boate ‘Kiss’, no qual 242 pessoas morreram. Foi criada uma associação dos familiares de vítimas. Até hoje, familiares das vítimas têm atendimento no SUS por causa do que aconteceu! E os jovens que foram atingidos e ficaram com sequelas físicas e de saúde mental continuam sendo atendidos pelo SUS.

Agora, leve em conta as mais de 500 mil mortes causadas pela Covid-19, os(as) milhões de brasileiros(as) que foram infectados(as) pelo coronavírus e que podem ter sequelas! É o SUS que já está atendendo e que vai continuar atendendo, tendo que dar respostas, atender, acolher essas pessoas!

É por isso que o SUS precisa estar no centro dos debates, dos programas de governo, nas eleições de 2022!

Colaboradores

Pigatto F (0000-0003-0365-4950)* entrevistado. Moreira MR (0000-0003-3356-7153)*, entrevistador, transcritor e escritor/organizador do texto final. Souto KMB (0000-0002-6137-3914)*, entrevistadora. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Moreira MR. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. *Saúde debate*. 2016 [acesso em 2021 dez 29]; 40(esp):25-38. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500025&lng=pt&nrm=iso.
2. Souto K, Moreira MR. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde debate*. 2021 [acesso em 2021 dez 29]; 45(130):832-846. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042021000300832&lng=pt&nrm=iso.

Recebido em 23/08/2021

Aprovado em 01/02/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Das lutas contra a ditadura às lutas pela democracia: o pensamento de Antônio Ivo de Carvalho

From the struggles against dictatorship to the struggles for democracy: the thinking of Antônio Ivo de Carvalho

Marcelo Rasga Moreira¹, José Mendes Ribeiro¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E415

Introdução

*Bem Unidos façamos
Nessa luta final
Uma terra sem amos
A Internacional!*

(‘A Internacional’ – Pierre de Geyter e Éugene Pottier)

O PRESENTE ARTIGO É UM TRIBUTO A ANTÔNIO IVO DE CARVALHO, militante social, partisan, membro ativo do Movimento pela Reforma Sanitária (MRS), gestor que conduziu a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) ao patamar de excelência internacional e um dos criadores do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz.

As homenagens por sua inesperada morte continuam se multiplicando (<http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51571> e <https://youtu.be/7kFyvhwM-Bs>, por exemplo) e, sob tal contexto, o objetivo deste trabalho é o de evidenciar seu papel de intelectual orgânico do setor saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS).

O texto a seguir é uma compilação de extratos selecionados de 11 de suas principais obras que foram articulados a fim de produzir um sentido geral que oriente e permita aos leitores terem contato com a riqueza de suas reflexões e propostas. Logicamente, a leitura de cada uma das obras de referência produzirá as chaves necessárias para o avanço nos temas e questões doravante enunciadas.

Há, também, um desejo utópico e amoroso de sempre ouvir sua voz, de rever seus gestos e de revisitar sua performance argumentativa, parceiros que fomos nestes últimos 15 anos. Quem o conheceu, saberá que cada palavra aqui reproduzida tinha um tom de entusiasmo, de vontade de mudar o mundo, de irritação com a desigualdade e a injustiça social. Quem não o conheceu, leia sabendo que ele acreditava de verdade nas lutas do povo, dedicou-se a elas, foi preso, torturado pela ditadura militar e nunca se sentiu um herói, mas um igual, com seus limites, equívocos e finitude.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
rasgamoreira@gmail.com

As lutas por saúde e contra a ditadura militar

No final dos anos 1970, havia uma efervescência generalizada [...] em torno do tema saúde. Era, basicamente, uma luta por acesso aos serviços de saúde, então controlados pelo Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) que, nessa época, já estava muito deteriorado¹.

Essa efervescência estava presente ‘na massa’, na população [...] aqui no Rio de Janeiro, antes mesmo da Famerj (Federação das Associações de Moradores do Rio de Janeiro), já havia essa luta. Em Nova Iguaçu, onde a gente estava, se organizou como movimento pela saúde. Depois, se ampliou como movimento de bairro. Na zona sul e na zona leste de São Paulo também havia um movimento forte, muito apoiado pela esquerda que militava na igreja católica¹.

Não era uma luta politicamente elaborada, com um ideal de saúde por trás. Era uma luta para ser atendido no serviço de saúde! As pessoas não eram atendidas e reagiam, por vezes, com ‘quebra-quebra’!

A igreja [católica] teve um papel muito importante na mobilização e organização dessas pessoas. Os movimentos sociais urbanos foram muito mais presentes que os sindicatos nessas lutas. Os sindicatos estavam reivindicando ampliação de direitos via planos de saúde. Os movimentos sociais urbanos pediam acesso a um sistema que não existia¹.

O PCB (Partido Comunista Brasileiro), dentro do MDB (Movimento Democrático Brasileiro), tinha um movimento pela saúde forte [...] que se alimentou do processo de medicina comunitária, do pessoal de Montes Claros, Paulínea, Niterói [...] que tinha como base Alma-Ata e a universalização das ações primárias de saúde. Essa era a chamada esquerda sanitária. Era aí que estava o Arouca¹.

Havia, também, uma outra linha no Partido não diretamente ligada ao setor saúde, que tinha como foco a ‘agitação popular’, a formação de quadros para a luta popular. E eu estava nessa linha. Eu estava, nessa época, na Fase (Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional), em Nova Iguaçu. [...] Fui para o movimento social pela igreja católica e acabei ficando muito mais perto do movimento associativo no fim dos anos 1970 do que do movimento da saúde¹.

[...] Na Uerj (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), estavam Hésio, Noronha, Reinaldo... criando a medicina social. Na Ensp (Escola Nacional de Saúde Pública), tinha o Pesis (Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde), que era onde estava o Davizinho [Davi Capistrano Filho]¹.

Fui para Nova Iguaçu associado às comunidades eclesiais de base. D. Adriano Hipólito era o Bispo de lá. Eu dizia para ele “sou comunista”, e ele respondia “tem comunista que é muito mais cristão do que os meus cristãos!”. E D. Adriano era um liberal. De esquerda mesmo era D. Valdir Calheiros, da diocese de Volta Redonda¹.

A gente chamava o movimento popular para pressionar! Eu lembro que, na crise da dengue, a gente articulava com as pessoas para ir para as ruas, fechar a [rodovia] Dutra! Nessa época, escrevi um artigo para o terceiro número da ‘Saúde em Debate’: ‘Saúde e Educação de Base: algumas notas’, que via a saúde não como um fim em si, mas como um meio de produzir consciência de classe¹.

Que as pessoas envolvidas [nos processos educativos] possam adquirir elementos que permitam [...] compreensão mais crítica da realidade e [...] fortalecimento da confiança na sua possibilidade de transformá-la².

O Movimento pela Reforma Sanitária: da universalização branca à autorreforma do sistema de saúde e à criação do SUS.

Conceitualmente, a Reforma Sanitária nasce de dentro do partidão [PCB]. A crítica ao sistema hospitalocêntrico, perdulário, que estava entrando em falência com o Inamps, vem [...] do contato de integrantes e simpatizantes do partido com [...] as lutas da população para ter acesso ao sistema¹.

E foi na relação com os movimentos sociais urbanos que a Reforma Sanitária foi se construindo. [...]. Não foi um movimento de massas, mas se apoiou e se inspirou nessa movimentação espontânea, sobretudo na periferia de São Paulo, em que as pessoas chegavam, não eram atendidas e reagiam, protestavam¹.

Não havia uma direção do partido que pegava o pessoal da área de saúde e discutia. O partido tinha sensibilidade para ouvir seus membros e simpatizantes e produzir suas alianças. [...]. E o partido soube dar oportunidade para essas pessoas organizarem as lutas sociais de acordo com as possibilidades que tinham. Isso permitiu que quadros do partido entrassem, por exemplo, na gestão do Inamps¹.

Na falta de profissionais competentes, o governo teve de absorver os especialistas que eram quadros do Partidão [...] Aloísio Salles, Temporão, Eleutério, Noronha... Não foi uma orientação do partido que seus especialistas entrassem no Estado para tomá-lo, mas o partido teve a sensibilidade de viabilizar que a luta fosse feita por dentro do Inamps [...]¹.

Nos serviços do Inamps, você só era atendido se apresentasse carteira de trabalho, mas nos serviços municipais e estaduais, não. E estes tinham capacidade ociosa, enquanto o Inamps

estava assoberbado [...] e gastava muito credenciando e pagando prestadores privados, num processo nefasto que ajudou a proliferar as 'trambiclínicas', que recebiam recursos públicos por serviços de baixíssima qualidade ou inexistentes¹.

Em 1979, num simpósio realizado pela Câmara dos Deputados, 'Saúde e Democracia', Arouca e toda uma 'elite' da Reforma Sanitária, que era basicamente do partidão, defendia um sistema único, embora não o chamasse assim, baseado numa concepção de saúde inspirada em Alma-Ata e na participação¹.

O plano do Conasp (Conselho Nacional de Saúde Previdenciária), nos anos 1980, previa uma integração entre o que se chamava na época de 'diversos sistemas de saúde', das diferentes esferas de governo. Era um princípio de rede. Para essa integração, eram realizados convênios, que eram manipulados pelos quadros de esquerda que trabalhavam no Inamps, a fim de assinar convênios com municípios de pensamento mais avançado. Era um processo rápido, que, inclusive, passava por cima do Estado se esse não quisesse fazer o convênio! E aí, o Inamps começou a pagar os municípios pelo atendimento. Isso funcionou como uma 'universalização branca'¹.

[Em 1982, foram criadas] as AIS (Ações Integradas de Saúde) [que] tinham a finalidade de ocupar a capacidade ociosa nos estados e municípios, aumentando o atendimento público. Já no governo Sarney [...] foram sucedidas [em 1987] pelo Suds (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde)¹.

Isso foi uma autorreforma¹. [...] Houve [uma] disputa significativa dentro do movimento sanitário: qual a estratégia de construção do sistema único? A unificação seria feita pelo Ministério da Saúde ou pelo Inamps¹?

Isso separou as duas principais lideranças, Arouca e Hésio. Quem estava no Inamps, junto

com Hésio, Temporão, Noronha..., defendia que a descentralização fosse feita por meio da extinção do Inamps para os estados e municípios, num processo incremental em que o Instituto descentralizaria sua rede e seus recursos¹.

E tinha uma parte da esquerda comunista que estava na Fiocruz, no Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), liderada pelo Arouca, que defendia que a descentralização fosse feita pelo Ministério da Saúde que, nessa época, não tinha poder, mas tinha os programas de saúde e uma concepção sanitária¹.

Foi uma coisa interna, sem expressão para fora, mas pesada. Só que isso foi se resolvendo no processo político. O Inamps perdeu o poder de pagar as AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar), ou seja, de ser comprador do prestador privado. Com o SUS, a SAS/MS (Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde) passou a emitir as AIHs, assumindo protagonismo antes mesmo da extinção do Inamps, que ocorreu, até de forma súbita, no governo Itamar Franco (1992-1994)¹.

Reforma Sanitária como Reforma Política e de Estado: democracia, participação social e conselhos de saúde

Postulando a democratização do acesso a bens e serviços propiciadores de saúde, mas também a democratização do acesso ao poder, a agenda da reforma sanitária sempre teve nas propostas participativas a marca de sua preocupação com os 'mecanismos de funcionamento' do Estado e não só com os 'resultados redistributivos' de suas políticas³.

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 saúde³.

As AIS [...] preconizavam que, na assinatura dos convênios entre União, estados e municípios, tinha que ter conselhos de saúde. [...] Aí, foi sendo criada uma cultura de participação, de presença de representantes da população nas estruturas de cogestão do Estado¹.

Isso vem do sistema local de saúde cubano, em que você tem de integrar uma rede, juntando representantes das diversas redes – federal, estadual e municipal – e da população. Assim, constituiu-se, em Niterói, [...] o 'Projeto Niterói' [com] Gilson Cantarino. [...] No Rio de Janeiro, [...] tinha um colegiado por área programática que era só dos dirigentes e, em torno dela, a participação. Já em Nova Iguaçu, o conselho era externo ao poder público.

[...] [Isso] mostra que foram experimentadas formas diferentes e, para a época, inovadoras no que diz respeito à participação¹ [...], tema constantemente presente na retórica e na prática do movimento sanitário [...]³.

[...] Tanto a noção de participação quanto a de controle social podem ser discutidas a partir de diversos ângulos [...], os dois termos têm origens e tradições distintas no campo da saúde [...], são historicamente referidos e dizem respeito a distintos contextos socioeconômico-culturais. Correspondem [...] a uma variedade de enfoques político-ideológicos, envolvendo diversas formas de compreensão do Estado, dos grupos sociais, das relações Estado-sociedade, do processo saúde-doença e das maneiras de nele intervir⁴.

Na Oitava [Conferência Nacional de Saúde, 1986], o Estado era o comitê decisório da burguesia! A [proposta de] participação na Oitava

também era uma forma de traduzir o Estado que vinha da ditadura, que não seria capaz de garantir o SUS como universal. A participação externa [nos conselhos] é quase uma salvaguarda concebida para trazer a população para a luta política. [...] Isso foi sendo amainado pela redemocratização¹.

O processo de democratização traz à cena novos atores e coloca em pauta novas questões na esfera das relações Estado-sociedade. [...] Desenha-se um novo referencial [...] requalificando a participação. [...] A categoria central deixa de ser a 'comunidade' ou o 'povo' e passa a ser a sociedade. A participação pretendida não é mais a de grupos excluídos por disfunção dos sistemas (comunidades) nem a de grupos excluídos pela lógica do sistema (povo marginalizado), e sim o conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal⁴.

Uma das características desse padrão de participação [...] que aqui se denomina de participação social [...] é a sua tendência à institucionalização [...], o processo de inclusão no arcabouço jurídico-institucional do Estado de estruturas de representação direta da sociedade investidas de algum nível de responsabilidades de governo [...], a presença explícita e formal no interior do aparato estatal dos vários segmentos sociais de modo a tornar visível e legítima a diversidade de interesses e projetos⁴.

Os Conselhos de Saúde [na Lei nº 8.142/90] são expressões institucionais [desse] processo de reordenamento das relações Estado-sociedade, [...] novos arranjos institucionais destinados a dotar o Estado de ânimo institucional e estrutura organizacional para implementar as políticas sociais universalistas, tal como preconizadas na Constituição de 1988⁵.

[...] Podem ser [consideradas] inovações institucionais [...] uma reforma adaptativa

do desenho institucional do Estado [...] para alterar o padrão de recepção e processamento de demandas na área de saúde [...], [instituinto] uma agenda setorial 'de interesse público', capaz então de parametrizar a ação do Estado. Seu papel no sistema estatal de formulação e implementação de políticas seria o de [...] estabelecer ou discriminar aquilo que é do interesse público [...], [representando] para os diversos grupos de interesse uma arena de tematização e publicização de seus interesses específicos³.

Seu impacto modernizante consiste no veto [...] à cultura patrimonialista típica do Estado brasileiro. No lugar dos arranjos hierárquicos próprios do patrimonialismo, onde a política destituída de alteridade fundava-se na circulação não regulada de favores e lealdades, sob o império [...] dos interesses privados, os Conselhos introduzem um padrão de racionalidade tecno-burocrática que [marca] a implantação do SUS³.

[...] Estruturas permanentes, de caráter público, [são capazes de] contribuir para uma reforma do Estado. [...] Não sendo provenientes nem de uma ocupação do Estado pela sociedade, nem de uma benevolência ou concessão do Estado [...], seu desempenho [...] deve ser discutido no contexto de sua efetividade democrática, ou seja, de seus efeitos sobre a vida social e especialmente sobre o funcionamento do Estado³.

Desafios éticos e políticos da saúde pública

[...] Duas tendências de pensamento [...] pressionam a atualização da identidade da saúde pública, como campo de saber e prática. Emergem das realidades políticas, sociais, culturais e científicas contemporâneas, e apontam [...] para desenvolvimentos distintos e alternativos do futuro da saúde pública⁶.

O primeiro [...] diz respeito ao crescente peso da razão econômica sobre o território epistêmico da saúde pública [...], o segundo [...] remete à importância crescente das atividades 'individuais' de promoção da saúde e prevenção de doenças [...], uma saúde pública 'neo-higienista', obcecada por um ideal de salubridade humana, não mais definida por referência a contaminações 'externas', mas por referência a uma desejada perfeição ou pureza física alcançável pelo manejo biológico⁶.

Nesse quadro [...], tanto para o debate acadêmico quanto para a disputa política, [...] a renovação da saúde pública deve [...] preservar aquilo que foi seu significativo histórico, embora nem sempre explícito: a ideia da saúde como bem público [...] rejeitando claramente tanto o papel de biombo para políticas sanitárias minimalistas, quanto o de expressão institucional e normativa da obsessão com a saúde perfeita⁶.

[Esse] novo padrão de articulação entre o biológico e o social terá certamente de conceder uma primazia conceitual e metodológica à subjetividade que, entretanto, não poderá se restringir nem àquela de sujeitos engessados numa lógica coletiva estruturalmente definida, nem àquela de sujeitos que se constituem com a eliminação da objetividade⁶.

[...] Exige-se do campo da saúde pública que empreenda e supere a herança da relação dicotômica, conflituosa, entre objetividade e subjetividade, assumindo-se como um campo de interação, interseção de sujeitos em três territórios: [...] social, onde se confirme o compromisso com a equalização de oportunidades de saúde, com a universalidade e com a equidade; [...] cultural, [em que] se admita o caráter aproximado e construído das categorias relacionadas ao binômio saúde-enfermidade, sua dimensão simbólica e suas conexões com a experiência humana de estar no mundo; e um território

propriamente natural, objetivo, material, [no qual] um sujeito cognoscente se compreenda distinto de seu objeto 'natural', guardando, porém, com ele, uma relação de intimidade e interação, de seu possível (re)criador⁶.

[Isso] incide diretamente sobre o próprio escopo e os objetivos da saúde pública: [...] pensar uma nova relação entre coletivo e indivíduo no campo da saúde [...] diz respeito [...] a prolongar a vida humana [...] ou igualmente melhorar sua qualidade? Diz respeito às coletividades, com suas regularidades e médias, ou visa aos indivíduos, com suas singularidades e diferenças⁶?

Por mais que o bom senso se apresse em optar por ambas, o quadro sanitário contemporâneo mostra que são cada vez mais frequentes as situações de conflito, a envolver escolhas e decisões excludentes, tanto no plano dos espaços públicos/coletivos (alocação de recursos, legislação, planificação social) quanto no plano das escolhas cotidianas individuais⁶.

Com a elevação dos custos ocorrendo num ritmo mais rápido que a extensão dos benefícios sanitários, os recursos tecnológicos tendem a estar disponíveis/acessíveis a um número proporcionalmente menor de pessoas, num quadro de aumento global da demanda⁶.

Pode-se dizer que, nessas escolhas, ocorre o encontro do debate sanitário com o debate ético: a tensão entre a sacralidade e a qualidade da vida⁶.

O tradicional Princípio da Sacralidade da Vida, norma absoluta com origens na moral cristã e, em parte, na ética médica hipocrática, tem presidido historicamente, e servido como arcabouço ideológico e ético, a uma medicina centrada no médico, voltada para cumprir 'os processos teleológicos da ordem natural', tendo por dever absoluto conservar a vida contra aquilo que é contrário a essa ordem⁶.

A diversidade e a complexidade das sociedades modernas têm tornado [esse] princípio obsoleto ou insuficiente⁶.

O desafio, portanto, é o de equacionar uma nova política [...] capaz de superar os modelos marcados por uma verdade técnica e por uma referência ética unicista [em que] aos indivíduos é reservado o papel de objetos ou meros coadjuvantes de um enredo 'natural' e a quem cabe apenas cumprir prescrições técnicas e éticas. No seu lugar, deve ser desenvolvida uma visão pluralista em que, preliminarmente, seja respeitada a diversidade de escolhas e vontades, e [na qual] as prescrições sociais decorram de diálogos e contratos intersubjetivos⁶.

Por uma nova política de saúde: desigualdades sociais e promoção da saúde

Assumir as desigualdades sociais como o principal obstáculo à saúde e qualidade de vida para todos (e este último como um imperativo ético e um requisito para uma economia estável) destaca a necessidade de uma ampla coalizão em favor de uma política mais equitativa, eficaz e eficiente de políticas públicas que devem envolver governo e sociedade⁷.

[...] A partir, sobretudo, da década de 1960, em várias partes do mundo ocidental, [desenvolveu-se] um pensamento crítico [...] voltado para revalorizar as dimensões sociais e culturais dos determinantes do processo saúde-enfermidade, ultrapassando o foco exclusivo de combater a doença somente depois de instalada. [...] Embora diversificado em suas referências conceituais e na variedade de perfis sanitários e sociais nacionais, tais ideias tiveram sua expressão mais organizada no chamado movimento da promoção da saúde⁸.

Partindo do conceito positivo e ampliado de saúde, e tendo como foco o processo social de sua produção, a Promoção da Saúde tem se mostrado capaz de [...] mobilizar [...] a procura da 'autonomia' dos indivíduos e grupos (capacidade de viver a vida) e a procura da 'equidade' social (distribuição equitativa dessa capacidade entre indivíduos e grupos)⁷.

Campo em construção e em constante desenvolvimento, [...] consolidou-se como ponto de convergência para [...] reflexões e práticas comprometidas com a superação da [...] biomedicina, crescentemente caudatária dos interesses do complexo médico industrial, e responsável⁷.

[...] Uma abordagem crítica e ampliada da Promoção da Saúde aponta para a necessidade de discussão e aprimoramento de políticas públicas, redistribuição de poderes e estabelecimento de uma nova combinação de direitos e responsabilidades nas diversas esferas da vida social, afetando as relações profissionais/cidadãos, coletivos/pessoas, governos/sociedade, esferas econômicas/sociais, setoriais/extrasetoriais, entre outras⁷.

Do ponto de vista da Promoção da Saúde, os determinantes socioeconômicos do processo saúde-doença constituem um referencial analítico imprescindível, não só para reflexão teórica, mas para o desenho de políticas públicas, programas e intervenções voltadas para a melhoria da qualidade de vida [...], transcende, assim, o setor saúde e impacta cada vez mais as políticas públicas em geral, dialogando com a diversidade de campos, organizações e sujeitos⁷.

[Essa] intersetorialidade pela saúde nas políticas públicas, na verdade, supõe uma decisão suprassetorial, expressiva de um pacto pela saúde/qualidade de vida como decisão política, a ser operacionalizada nos planos institucional, programático e orçamentário⁹.

No plano institucional, estabelecendo um *locus* no aparelho estatal, acima das agências

setoriais (ministérios, secretarias etc.), explicitamente encarregado de produzir e conduzir as iniciativas transversais orientadas à produção de saúde e bem-estar, por meio do diálogo com os diversos segmentos da sociedade e do aparelho de estado, como propõe a Comissão Nacional de Determinantes Sociais⁹.

No plano programático, cuidando para que a intersetorialidade não se esterilize nas intencionalidades retóricas e em frágeis acordos, e esteja encarnada em programas concretos dirigidos a populações concretas, com objetivos, gestão e orçamentos próprios, submetidas a procedimentos de avaliação que permitam dimensionar seus impactos sobre a saúde e a qualidade de vida⁹.

No plano orçamentário, para sublinhar que não haverá programas intersetoriais efetivos sem alocação de recursos específicos; financiar essas iniciativas somando parcelas orçamentárias de diversos órgãos induz à competição intersetorial, e não à cooperação⁹.

A Promoção da Saúde surge, assim, como oportunidade não só de formular uma agenda de ampliação do SUS, mas também de apontar uma 'nova' agenda, requalificando a política de saúde para o novo milênio, resgatando a bandeira da reforma sanitária em sua dimensão de 'mudança social e combate às desigualdades sociais', necessários à construção de saúde e vida com dignidade⁷.

Futuros do SUS, da saúde e do Brasil: agenda 2030 e descriminalização da maconha

[...] Desenvolvido por meio de uma parceria do CEE-Fiocruz com pesquisadores do Departamento de Ciências Sociais, da Ensp, [...] o estudo 'Percepção de especialistas

brasileiros em saúde sobre os ODSs e a Agenda 2030' [aponta que] é baixo o potencial do País para atingir qualquer um dos 17 ODS, em especial, a erradicação da pobreza (ODS 1), a redução das desigualdades (ODS 10) e a construção de uma cultura de paz e justiça (ODS 16)¹⁰.

Educação de qualidade e erradicação da pobreza, respectivamente ODS 4 e 1, são considerados como os mais importantes de serem cumpridos pelo Brasil e, também, aqueles que mais contribuirão para o País atingir o ODS 3 'saúde e bem-estar'¹⁰.

[A Pesquisa] apresenta um rol de recomendações distribuídos em dois eixos: o primeiro eixo está relacionado com o que se pode denominar, senso lato, de 'políticas sociais' - i) reduzir a pobreza; ii) aumentar a cobertura de saneamento básico; iii) reduzir as diferentes manifestações da violência; iv) investir na qualidade das vias públicas e rodovias; e v) ampliar o controle sobre atividades de extração e de indústrias poluidoras - enquanto o segundo eixo está mais diretamente vinculado à 'política de saúde': vi) alcançar a cobertura universal da atenção básica; vii) ampliar e qualificar o pré-natal na atenção básica; viii) ampliar a 'saúde sexual e saúde reprodutiva' na atenção básica; e ix) ampliar a prevenção ao abuso do álcool¹⁰.

Chama a atenção que, entre as recomendações que são percebidas como de 'razoável' ou 'baixa' importância, estão: [...] 'comprometer e responsabilizar montadoras de veículos automotivas' (recomendação para a Meta 3.6, que se refere à redução das mortes e ferimentos por acidentes em estradas); [...] 'legalização do aborto' (recomendação para o cumprimento da Meta 3.1, referente à redução da mortalidade materna); 'legalizar a maconha' e 'descriminalizar outras drogas' (recomendações para a Meta 3.5, referente à prevenção ao abuso de drogas), esta última a única percebida como de 'baixa' importância¹⁰.

[Isso indica que] As recentes alterações ocorridas no que constituiria um 'senso comum sanitário', com a incorporação de valores progressistas como a defesa ambiental, os direitos do consumidor, as questões de gênero, talvez possam ser explicadas não tanto por uma 'conscientização tradicional', mas por uma sutil combinação de democratização de infamação/saberes e progresso moral⁶.

[Outro] Estudo desenvolvido pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz, [em] 2014 - 'A percepção dos brasileiros sobre temas relacionados à descriminalização da maconha' - [aponta que] a agenda até aqui hegemônica [...], a da 'guerra às drogas' [...], pertencente ao universo político de coalizões de direita, que comumente acompanha proposições contra o aborto, a imigração e políticas de discriminação positiva [...] fracassou. Sob qualquer ponto de vista que leve em conta a paz, a justiça social, a saúde pública e até mesmo a eficiência do enfrentamento, seus executores não são capazes de apontar nenhum ganho significativo, que possa ser utilizado como argumento a seu favor¹¹.

Se o objetivo é produzir um cenário social em que a repressão iniba o consumo, [esta agenda] está longe de lograr êxito, e convive diariamente com a dor e o sofrimento. No Brasil, os danos manifestam-se mais incisivamente na morbimortalidade das populações mais vulneráveis, notadamente jovens pobres, do sexo masculino, negros e mulatos, moradores de favelas e periferias; na superlotação dos sistemas carcerários e socioeducativos, que produzem condições de vida absolutamente degradantes; no reforço da repressão e da corrupção policial; na multiplicação desenfreada da demanda por serviços de saúde mental; e na organização do tráfico de drogas em uma dinâmica econômica que integra mercado legal, informal e ilegal, tornando-se uma atividade extremamente rendosa, que procura se infiltrar na política partidária e eleitoral¹¹.

[Diante disso], Há necessidade de se desenvolverem diálogos diretos com a população, que admite estar mal-informada. [...] Isto tem relação direta com o fato de os serviços públicos de educação e saúde não representarem, nem de longe, o papel de fonte de informação¹¹.

Ora, se o século XXI é o da 'sociedade da informação'; se as tecnologias de informação e comunicação permitem o desenvolvimento de redes sociais que, em torno do mundo, têm produzido mobilizações sociais poderosas; [...] parece ser claro que, para que novas agendas democratizantes obtenham sucesso, elas devem ser capazes de valorizar e qualificar a participação e a deliberação social, por meio de uma política de comunicação¹¹.

[A referida] pesquisa fornece pistas, também, para os segmentos que precisam ser focalizados por essa política de comunicação: mulheres, acima de 45 anos, com baixa escolaridade e renda. Perceba-se que, nesse grupo, estão as mães que sofrem com a violência que envolve o tráfico de drogas e atinge seus filhos¹¹.

Aqui, ficam nítidas outras duas necessidades das agendas democratizantes: a de ouvir e de dar voz às mulheres em geral, já tão agredidas pelo machismo que domina a sociedade brasileira; e especialmente às negras, violentadas pelo racismo que teima em se manter no País. Ser mulher, mãe e negra é ter um acúmulo de características extremamente bonitas e importantes para o indivíduo e para a construção de uma sociedade mais justa. Uma agenda democratizante tem de incorporar estas pessoas como protagonistas¹¹.

Conclusões: ainda é necessário lutar, agora pela democracia!

A crise política que o Brasil atravessa desde 2013 traz ameaças concretas à sua já incipiente

democracia. O conflito aberto entre os poderes da república, [...] corolário do golpe que destituiu a Presidenta Dilma Rousseff, ilustra a radicalização da polarização política que se instaurou na sociedade¹¹.

[...] Ações de intolerância, violência, preconceito, racismo e fascismo têm disputado o espaço público com aquelas que buscam promover a liberdade, a convivência entre os diferentes, o avanço dos direitos individuais e sociais, e a intensificação da democratização¹¹.

Revertendo uma trajetória de crescimento, de investimentos em proteção social e de redução das desigualdades e da pobreza, o País adotou, desde 2016, uma agenda política e econômica voltada para um pesado ajuste financeiro, a redução do papel indutor do Estado no desenvolvimento e a desregulação das relações de trabalho. Várias ações políticas têm sido implementadas nesse sentido, sendo as mais representativas a Emenda Constitucional nº 95, que congelou gastos com saúde e educação pelos próximos 20 anos; a reforma trabalhista, que restringiu direitos historicamente conquistados pelos trabalhadores brasileiros; e a proposta de reforma da previdência apresentada ao congresso nacional em março de 2019, em um contexto em que o Presidente da República considera que os direitos consagrados na Constituição Federal de 1988 são responsáveis pelo recrudescimento do desemprego, da pobreza e da desigualdade¹⁰.

No que concerne especificamente ao 'setor saúde' [...] no plano da formulação, [ainda] somos majoritários. Mas no plano da política, da implementação, não¹¹!

[...] As dificuldades [...] passam por problemas históricos e avolumam-se por conta da crise do federalismo cooperativo que estrutura o SUS, atingindo estados e municípios que enfrentam dificuldades orçamentárias, restringem investimentos, deixam de pagar os salários de seus

servidores e lidam com a falta de novos recursos federais como um dos principais obstáculos para a melhoria do SUS¹⁰.

E o SUS, até hoje, tem que disputar [...] o universo mental dos trabalhadores organizados que, desde o início, têm o plano de saúde como item de pauta [...] quer o acesso ao médico, não ao sistema de saúde. [...]. A grande vitória dos planos é a introdução disso nas pautas das lutas dos trabalhadores. [...] Isso é uma distorção que cresceu à sombra do dispositivo constitucional e de políticas de governo [...] que deixaram frouxas as relações com o setor privado¹.

Talvez isso explique [...] o 'tratamento de reis' que as operadoras de planos de saúde recebem desde sempre, com subsídio e a construção de uma base política com a adesão da classe média. [...]. Essa mistura de interesses privados e vontade da classe média de ter planos é um obstáculo muito poderoso. [...] Para quem tem algum dinheiro e paga o plano, há uma sensação [de] que o SUS é coisa de pobre. E isso é caudatário de um sentimento que acha que o pobre é pior¹.

No plano privado, se a pessoa quiser fazer uma ressonância, ela faz. Como fazer isso no SUS universal? Só dá para fazer quando for realmente necessário! Então, o SUS tem que racionalizar recursos que os planos não racionalizam. Por ser muito caro, o financiamento some por dentro do SUS! E não é por corrupção¹¹!

Defendo que o setor privado tenha seu lugar [...], mas não há propostas para uma articulação das ofertas privada e pública! Não há sinergia, um mínimo de articulação, entre as redes privadas e públicas! [...] Hoje, ninguém tem coragem de propor o fim dos subsídios aos planos, que são escandalosos. São agressivos! [...] Imagino que as coisas andariam melhor se o setor privado não contasse com tantos subsídios¹¹!

[Diante disto], cabe àqueles que se alinham à esquerda, em suas diferentes maneiras e

concepções, construir novas agendas democráticas capazes, por um lado, de impedir o desmonte das políticas sociais e de proteção construídas no País desde 2003, e, por outro, avançar nas lutas identitárias¹¹.

A democracia exige a participação, com consciência ou sem consciência, por meio do voto. E o ato do voto é rodeado de simbolismos, é uma decisão sofisticada do eleitor. Isso faz

com que haja, na democracia, uma refração aos interesses escusos¹.

Colaboradores

Moreira MR (0000-0003-3356-7153)* e Ribeiro JM (0000-0003-0182-395X)*, contribuíram para elaboração, escrita e organização do texto final. ■

Referências

1. Moreira MR, Ribeiro JM, Carvalho AI. Entrevista com Antônio Ivo de Carvalho. *Saúde debate*. 2016 [acesso em 2021 jul 5]; 40(esp):227-234. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500227&lng=pt&nrm=iso.
2. Carvalho AI. Saúde e educação de base: algumas notas. *Saúde debate*. 1978 [acesso em 2022 set 20]; (7):61-65. Disponível em: <https://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=saudebate&pagfis=3079>.
3. Carvalho AI. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: Fleury S, organizadora. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 93-111.
4. Carvalho AI. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: IBAM/FASE; 1995.
5. Carvalho AI. Os Conselhos de Saúde, Participação Social e Reforma do Estado. *Ciênc. Saúde Colet*. 1998 [acesso em 2021 jul 5]; 3(1):23-25. Disponível em: old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231998000100023&lng=pt&nrm=iso.
6. Carvalho AI. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis — Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. *Ciênc. Saúde Colet*. 1996 [acesso em 2021 jul 5]; 1(1):104-121. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231996000100104&lng=pt&nrm=iso.
7. Carvalho AI, Bodstein RC, Hartz Z, et al. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Ciênc. Saúde Colet*. 2004 [acesso em 2021 jul 5]; 9(3):521-529. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300002&lng=pt&nrm=iso.
8. Carvalho AI, Buss PM. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 121-142.
9. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

(1988-2008). *Ciênc. Saúde Colet.* 2009 [acesso em 2021 jul 5]; 14(6):2305-2316. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600039&lng=pt&nrm=iso.

10. Moreira MR, Kastrup É, Ribeiro JM, et al. O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o País cumprir os ODS Brazil heading to 2030. *Saúde debate.* 2019 [acesso em 2021 jul 5]; 43(esp7):22-35. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001200022&lng=pt&nrm=iso.
11. Moreira MR, Carvalho AI, Ribeiro JM. Agendas democráticas para o século XXI: percepções dos(as) brasileiros(as) sobre descriminalização e legalização da maconha. *Saúde debate.* 2016 [acesso em 2021 jul 5]; 40(esp):163-175. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016s14>.

Recebido em 29/12/2021

Aprovado em 16/05/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM FEVEREIRO DE 2021

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizam-se estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'.

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de

Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urm_main.html. A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Recomenda-se a leitura pelos autores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares* detectores de plágio. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aporem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos,

resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

Financiamento

Os trabalhos científicos, quando financiados, devem identificar a fonte de financiamento. A revista 'Saúde em Debate' atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro

de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN FEBRUARY 2021

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines are valued.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

'Saúde em Debate' accepts preprints from national and international databases that are academically recognized, such as SciELO Preprint (<https://preprints.scielo.org>). The submission of preprints is not mandatory and doing it does not prevent the concomitant submission to the 'Saúde em Debate' journal.

The Journal adopts the 'Rules for the presentation of papers submitted for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principles of Transparency and Good Practice in Academic Publications' recommended by the Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. These recommendations, regarding the integrity and ethical standards in the research's development and the reporting, are available in the URL http://www.icmje.org/urm_main.html. The portuguese version was published in Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. 'Saúde em Debate' follows the SciELO's 'Guide to Good Practices for the Strengthening of Ethics in Scientific Publishing': <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Authors are advised to read.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

1. Original article: result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.

2. Essay: critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

3. Systematic or integrative review: critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.

4. Opinion article: exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

5. Case study: description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.

6. Critical review: review of books on subjects of interest to the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the last paragraph of the 'Material and methods' section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

Funding

The scientific papers, when funded, must identify the source of the funds. The "Saúde em Debate" Journal meets the Ordinance nº 206 of 2018 from the Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, for any work made or published, in any medium, resulting from activities totally or partially funded by Capes.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign statement following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN FEBRERO DE 2021

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

La revista cuenta con una Junta Editorial que contribuye para la definición de su política editorial. Sus miembros son integrantes del Comité Editorial y/o del banco de árbitros en sus áreas específicas.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en *preprint* de bases de datos nacionales e internacionales reconocidos académicamente como el SciELO *Preprints* (<https://preprints.scielo.org>). No es obligatoria la proposición del artículo en *preprint* y esto no impide el envío simultáneo a la revista Saúde em Debate.

La revista adopta las 'Reglas para la presentación de artículos propuestos para publicación en periódicos médicos' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de transparencia y buenas prácticas en las publicaciones académicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Esas recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos al realizar y reportar investigaciones, están disponibles en la URL http://www.icmje.org/urm_main.html. La versión en portugués fué publicada en Rev Port Clin Geral 1997, 14: 159-174. La 'Saúde em Debate' sigue el 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Strengthening-of-Ethics-in-Publication-Scientific.pdf>. Se recomienda a los autores la lectura.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por *softwares* detectores de plagio. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECCIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

1. Artículo original: resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.

2. Ensayo: un análisis crítico sobre un tema específico de

relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.

3. Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

4. Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.

5. Relato de experiencia: descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas,

sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella involucre seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de

sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

Financiación

Los artículos científicos, cuando reciben financiación, deben identificar la fuente de financiamiento. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza N° 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, que resulten de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos árbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar

la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2022)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEAR 2022)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente: (vacância)
Diretor Administrativo: Carlos Fidelis da Ponte
Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos: Ana Maria Costa
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Maria Lucia Freitas Santos
Ronaldo Teodoro dos Santos (Ad hoc)

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo

Claudia Travassos

Victória S. L. Araújo do Espírito Santo

Suplentes | Substitutes

Iris da Conceição

Jamilli Silva Santos

Matheus Ribeiro Bizuti

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cornelis Johannes van Stralen
Cristiane Lopes Simão Lemos
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Livia Millena B. Deus e Mello
Lizaldo Andrade Maia
Maria Edna Bezerra Silva
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Matheus Falcão
Rafael Damasceno de Barros
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

SETOR FINANCEIRO | FINANCIAL SECTOR

Marco Aurélio Ferreira Pinto

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

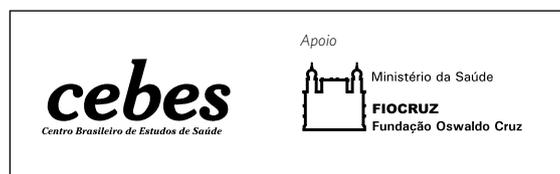
Xico Teixeira
Francisco Barbosa

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

A revista Saúde em Debate é
associada à Associação Brasileira
de Editores Científicos



Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2022.

v. 46. n. especial 4; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br