

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-Graduação em Direito

Cibele Aimée de Souza

**ACESSO À JUSTIÇA PELA VIA DOS DIREITOS NO ÂMBITO DA  
SAÚDE: Mediação nas Ouvidorias Públicas do Sistema Único de Saúde**

Belo Horizonte

2024

Cibele Aimée de Souza

**ACESSO À JUSTIÇA PELA VIA DOS DIREITOS NO ÂMBITO DA  
SAÚDE: Mediação nas Ouvidorias Públicas do Sistema Único de Saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Direito.

Orientadora: Adriana Goulart de Sena Orsini

Linha de Pesquisa: Direitos Humanos e Estado Democrático de Direito: Fundamentação, Participação e Efetividade.

Área de estudo: Acesso à Justiça, Direitos Humanos e Soluções Consensuais.

Belo Horizonte

2024

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Meire Queiroz - CRB-6/2233.

Souza, Cibele Aimée de

S729a                      Acesso à justiça pela via dos direitos no âmbito da  
saúde [manuscrito]: mediação nas ouvidorias públicas do Sistema Único  
de Saúde / Cibele Aimée de Souza. - 2024.

Orientadora: Adriana Goulart de Sena Orsini.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Direito.

1. Direito à saúde - Teses. 2. Acesso à justiça - Teses. 3. Ouvidorias - Teses.  
4. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Teses. I. Orsini, Adriana Goulart de Sena.  
II. Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Direito. III. Título.

CDU: 34:614.2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO



## ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA CIBELE AIMÉE DE SOUZA

Realizou-se, no dia 27 de agosto de 2024, às 14:00 horas, em Plataforma Virtual, pela Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *ACESSO À JUSTIÇA PELA VIA DOS DIREITOS NO ÂMBITO DA SAÚDE: Mediação nas Ouvidorias Públicas do Sistema Único de Saúde*, apresentada por CIBELE AIMÉE DE SOUZA, número de registro 2020701108, graduada no curso de DIREITO/DIURNO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em DIREITO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Adriana Goulart de Sena Orsini - Orientador (UFMG), Prof(a). Tereza Cristina Sorice Baracho Thibau (UFMG), Prof(a). Nathane Fernandes da Silva (UFJF), Prof(a). Cristina Gonçalves Alvim (UFMG), Prof(a). Lucas Jeronimo Ribeiro da Silva (PUC MINAS).

A Comissão considerou a tese:

(  ) Aprovada, tendo obtido a nota 100.

(  ) Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 27 de agosto de 2024.

**ADRIANA GOULART DE  
SENA ORSINI:3083757**

Assinado de forma digital por  
ADRIANA GOULART DE SENA  
ORSINI:3083757  
Dados: 2024.08.27 17:58:20 -03'00'

Prof(a). Adriana Goulart de Sena Orsini ( Doutora ) Nota: 100

Tereza Cristina Sorice  
Baracho Thibau

Assinado de forma digital por Tereza  
Cristina Sorice Baracho Thibau  
Dados: 2024.08.29 09:30:20 -03'00'

Prof(a). Tereza Cristina Sorice Baracho Thibau ( Doutora ) Nota: 100

Prof(a). Nathane Fernandes da Silva ( Doutora ) Nota: 100

gov.br  
Documento assinado digitalmente  
NATHANE FERNANDES DA SILVA  
Data: 20/08/2024 14:26:20 -0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof(a). Cristina Gonçalves Alvim ( Doutor ) Nota: 100

CRISTINA  
GONCALVES  
ALVIM:988941026  
53

Assinado de forma digital  
por CRISTINA GONCALVES  
ALVIM:988941026-1  
Dados: 20/08/2024  
14:47:51 -03'00'

Prof(a). Lucas Jeronimo Ribeiro da Silva ( Doutor ) Nota: 100

gov.br  
Documento assinado digitalmente  
LUCAS JERONIMO RIBEIRO DA SILVA  
Data: 27/08/2024 21:25:52 -0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeira e principalmente a Deus, cuja bondade e graça marcaram a trajetória deste estudo. Jesus é o Mediador maior que inspira esta pesquisa. Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas, inclusive a minha vida e este trabalho.

Agradeço à Professora Adriana Goulart de Sena Orsini de forma especial, orientadora querida que foi comigo e por mim na caminhada acadêmica por tantos anos e agora neste trabalho. A senhora tem papel central na pesquisadora que me tornei e na minha paixão pela mediação no acesso à justiça. Obrigada por ser mais que orientadora e professora e pelo amor, humanidade e companheirismo com que a senhora conduz a orientação.

Agradeço à mamãe Elisa e ao papai Rogério. Obrigada por serem meus primeiros e maiores apoiadores e por me amarem tanto. Mesmo sem terem escrito diretamente qualquer palavra neste trabalho, vocês construíram comigo este estudo com todo cuidado que tiveram por mim e com as suas orações. Amo vocês com todo o meu coração.

Aos meus irmãos tão amados, Taís, Vítor e Hélen. Sou muito privilegiada e feliz por ter vocês na minha vida, meus companheiros de aventuras, de alegrias e de lutas. Obrigada especialmente por cada socorro e auxílio que me deram e pelas suas orações.

À Letícia Alvarez, aquisição preciosa na minha vida e minha brasileira-francesa favorita. Obrigada por topa o desafio comigo e por todo o auxílio nas traduções. Esse trabalho foi enriquecido por você. Amo você.

À minha Célula amada, obrigada por orarem por mim, me fortalecerem no Senhor e me aproximarem Dele. Vocês são manifestação do cuidado e do amor de Deus na minha vida.

Ao Dr. André Leite Praça, agradeço profundamente por dar condições para que este trabalho acontecesse. O senhor foi colaborador em toda a minha trajetória de pesquisa e grande parte deste estudo só foi possível em razão do suporte que me deu.

À minha equipe de trabalho tão querida, obrigada por todo apoio que me deram e por suportarem minhas ausências e faltas com a dedicação à pesquisa.

Ao RECAJ UFMG, minha família acadêmica que vou levar para a vida toda. Obrigada por me impulsionarem em questões tão necessárias à justiça e pelo companheirismo.

À Elaine Cristina, um agradecimento especial, pelo apoio e carinho sempre presentes e por estar perto mesmo fisicamente longe.

À vovó Lia, tia Regina, tia Patrícia, tio João Lúcio e tio Eric, obrigada por torcerem por mim e serem comigo nesse tempo.

A cada órgão, setor, instituição e unidade que manifestou aceite a este estudo, minha gratidão por me abrirem os caminhos para uma pesquisa que seja relevante ao direito à saúde em sua realidade.

Aos profissionais entrevistados, meu muito obrigada por toda contribuição com este estudo e por permitirem que esta pesquisa se aproximasse das necessidades e desafios mais necessários ao acesso à justiça na saúde pública. Obrigada por sua dedicação cotidiana à efetivação do direito e ao fortalecimento do SUS.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para esta jornada, meu sincero agradecimento.

## RESUMO

Este estudo objetiva analisar o acesso à justiça pela via dos direitos na saúde pela atuação dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e a utilização da mediação pela ouvidoria nesse âmbito, identificando se há sua efetiva adoção e vias de adequação desse uso na promoção do acesso à justiça via direitos na saúde, abordagem que toca também o tratamento de conflitos. Considerando as atribuições estabelecidas aos serviços de ouvidoria do SUS, constata-se que sua atuação contribui na informação e capacitação dos usuários sobre o direito à saúde, considerado em sua acepção individual e coletiva, promovendo o conhecimento sobre os elementos que integram o direito à saúde pública, e constitui via ao usuário para recurso à instância legítima para dirimir eventual litígio, elementos esses que compõe dimensão para o acesso à justiça via direitos. A ouvidoria do SUS configura canal para a efetivação do direito à saúde em acepção individual, ao provocar resposta e providência sobre violações de direitos manifestadas pelos usuários, contribuindo, ainda, para a efetivação em âmbito coletivo, evidenciando demandas, necessidades e possíveis melhorias aos serviços e ações que integram o SUS. Para cumprimento de suas funções, a norma reguladora do serviço de ouvidoria do SUS lhe atribui promover a adoção da mediação entre usuário e administração pública, utilização esta que exige a análise da adequação do instrumento e da abordagem apropriada. Este trabalho compreende a análise de dados obtidos em entrevistas realizadas com ouvidores atuantes em serviços de ouvidoria do SUS nos entes federados no Brasil, para a melhor compreensão da realidade do referido serviço e dos referenciais para adequação da mediação. Assim, a mediação apropriada à ouvidoria do SUS configura-se enquanto processo informativo. A adoção da mediação sob essa concepção na ouvidoria do SUS é propícia à atuação do serviço em promover o acesso à justiça pela via dos direitos na saúde e exige a valoração de adequação do método às particularidades de cada ouvidoria individualizada e da situação em que será aplicado.

Palavras-chave: Direito à saúde. Acesso à justiça. Ouvidorias públicas do Sistema Único de Saúde. Mediação.

## ABSTRACT

This study aims to analyze the access to justice through health rights by means of the work of ombudsman services of the Unified Health System (SUS) and the use of mediation by ombudsman in this context, identifying whether it has been effectively adopted and the ways to adapt its use in promoting justice access through rights regarding the right to health, an approach that also touches on the treatment of conflicts. Considering the attributions established for the ombudsman services of the SUS, it appears that their work contributes to informing and training users about the right to health, considered in its individual and collective sense, promoting knowledge on the elements that make up the right to public health, and constitutes a way for the user to appeal to the legitimate authority to settle any dispute, elements that compose dimension for access to justice through rights. SUS ombudsman's office configures a channel for the implementation of the right to health in an individual sense, by provoking a response and action regarding violations of rights manifested by users, also contributing to the implementation in a collective scope, highlighting demands, needs and possible improvements to services and actions that make up the SUS. In order to fulfill its functions, the regulatory rule for SUS' ombudsman service assigns it the task of promoting the adoption of mediation between users and public administration, which requires analysis of the instrument adequacy and the appropriate approach. This work includes analysis of data obtained in interviews with ombudsmen working in SUS ombudsman's offices in federated entities in Brazil, in order to better understand the reality of the service in question and the references for adapting mediation. Thus, the appropriate mediation for the SUS ombudsman service is configured as an informative process. The adoption of mediation under this concept in SUS ombudsman's offices is conducive to the service's performance in promoting access to justice through health rights and requires the assessment of the suitability of the method to the particularities of each individual ombudsman's office and the situation in which it will be applied.

Keywords: Right to health. Access to justice. Public ombudsmen of the Unified Health System. Mediation.

## **LISTA DE APÊNDICES**

<b>APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semiestruturada .....</b>	<b>301</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para realização das entrevistas .....</b>	<b>303</b>

## LISTA DE SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CGU – Controladoria-Geral da União  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIR – Comissão Intergestores Regional  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CNJ – Conselho Nacional de Justiça  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
COSEMS – Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde  
CR – Constituição da República  
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
ENAP – Escola Nacional de Administração Pública  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
HC-UFMG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
LAI – Lei de Acesso à Informação  
LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais  
MMOuP – Modelo de Maturidade em Ouvidoria Pública  
MS – Ministério da Saúde  
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável  
OEA – Organização dos Estados Americanos  
OGU – Ouvidoria-Geral da União  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PCDaS – Plataforma de Ciência de Dados aplicada à Saúde  
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

SES – Secretaria do Estado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>12</b>
<b>2 DIREITO À SAÚDE E ELEMENTOS QUE O INTEGRAM.....</b>	<b>16</b>
2.1 Saúde: extensão e aspectos jurídicos .....	16
2.2 Sistema Único de Saúde: composição, princípios e diretrizes.....	30
2.3 Panorama dos atores do SUS e especificação dos sujeitos em análise .....	49
<b>3 ACESSO À JUSTIÇA PELA VIA DOS DIREITOS NA SAÚDE.....</b>	<b>64</b>
3.1 Acesso à justiça pela via dos direitos no Brasil: aplicação à saúde e à ouvidoria .....	65
3.2 Mediação: definição e pertinência ao acesso à justiça pela via dos direitos na saúde.....	82
3.3 Mediação na saúde para um acesso à justiça pela via dos direitos .....	95
3.3.1 <i>Experiências de mediação na saúde</i> .....	95
3.3.2 <i>Parâmetros para a mediação na saúde: mediação informativa no SUS</i> .....	103
<b>4 OUVIDORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....</b>	<b>115</b>
4.1 Ouvidoria e sua implantação na saúde pública no Brasil .....	118
4.2 Os serviços de ouvidoria do SUS .....	126
4.2.1 <i>Caracterização da ouvidoria do SUS</i> .....	135
4.3 Manifestações nos serviços de ouvidoria do SUS .....	172
<b>5 MEDIAÇÃO ADEQUADA AOS SERVIÇOS DE OUVIDORIA DO SUS.....</b>	<b>202</b>
5.1 Ouvidoria do SUS e sua pertinência ao acesso à justiça pela via dos direitos.....	202
5.2 Acesso à justiça pela ouvidoria do SUS em certas circunstâncias: destaques dos entrevistados .....	224
5.3 A mediação na ouvidoria do SUS e parâmetros para sua adequação.....	242
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>286</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>291</b>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O direito à saúde é direito humano e fundamental reconhecido como o completo bem-estar físico, psíquico e social, cuja efetivação extrapola o elemento biológico e a circunscrição de saúde e doença e alcança aspectos biopsicossociais e esferas de dignidade, desenvolvimento social e econômico e de condição para efetivação de outros direitos.

A Constituição da República de 1988 instituiu, sob essa compreensão da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), voltado à garantia do acesso universal de todos os cidadãos aos serviços de saúde e à efetivação do direito à saúde enquanto direito fundamental. Desde sua instalação, o SUS permaneceu em constante processo de construção, havendo diferentes proposições para a melhoria e a redefinição dos serviços de saúde.

As transformações instituídas na saúde pública no período foram marcadas pelo movimento de implementar e fortalecer a participação social, inserida como diretriz do SUS e efetivada mediante vários instrumentos, em que se inclui o serviço de ouvidoria do SUS.

A ouvidoria do SUS é serviço competente para receber, processar e tratar manifestações dos usuários relativas às ações e aos serviços de saúde do sistema público, que podem ser do tipo sugestão, denúncia, elogio, solicitação e reclamação. O referido serviço aborda, a partir da manifestação registrada, as necessidades e os interesses dos usuários do SUS, ampara a avaliação das ações e dos serviços prestados e direciona à autoridade administrativa competente para o tratamento das questões apresentadas nos registros.

A ouvidoria também configura órgão competente para informar os direitos e deveres dos usuários do SUS, orientá-los sobre os fluxos e a composição do sistema, e para a participação e o controle social dos serviços públicos de saúde, colaborando com os gestores do SUS na solução, minimização e equacionamento das deficiências na política pública identificadas pelos serviços de ouvidoria.

Nesse contexto, constata-se a pertinência da ouvidoria do SUS no acesso ao direito à saúde, considerado sob a perspectiva do “acesso à justiça pela via dos direitos”, por promover a informação acerca dos direitos e conhecimento que permita o recurso a uma instância legítima para dirimir eventual litígio (Avritzer; Marona; Gomes, 2014).

Para o desempenho de suas competências, o ordenamento jurídico pátrio prevê, entre as atribuições da ouvidoria do SUS, promover a adoção de mediação entre usuários e instituições na saúde pública. Apesar da previsão normativa e do estímulo de adoção da mediação, não há uma diretiva estruturada acerca da referida inserção.

Ainda que se reconheça a mediação como instrumento potencial à promoção de melhorias no acesso a direitos e ao tratamento de situações conflituosas, sua utilização exige prévia análise sobre seu efetivo cabimento ao contexto e definição da abordagem e parâmetros que vão orientar seu uso, para estruturação da mediação adequada à ouvidoria do SUS.

A presente pesquisa se justifica, portanto, pela necessidade de analisar a atuação dos serviços de ouvidoria do SUS na promoção do acesso à justiça pela via dos direitos na saúde e a inserção da mediação nessa atuação, examinando a efetiva utilização desta e a adequação desse uso para a efetivação dos direitos na saúde pública. A pesquisa se insere, ainda, na necessidade de estabelecer meios e recursos que promovam a efetivação do direito à saúde no sistema público, como uma das possibilidades de enfrentamento ao descumprimento e à ausência de garantia de direitos, notadamente na saúde pública, de atendimento universal e igualitário.

O objetivo deste trabalho é, então, analisar o acesso à justiça pela via dos direitos na saúde pela atuação da ouvidoria e a utilização da mediação pelos serviços de ouvidoria do SUS nessa conjuntura, identificando se há sua efetiva adoção e os parâmetros de adequação dessa inserção na promoção do acesso à justiça via direitos sobre o direito à saúde, abordagem que toca também o tratamento de conflitos.

Considerando o direito à saúde sob a mencionada concepção do acesso à justiça e a conjuntura dos serviços de ouvidoria do SUS, a hipótese levantada à pesquisa é de que a ouvidoria é promotora do acesso à justiça na saúde pública e que a mediação enquanto modo de construção e de gestão da vida social hábil a construir novas ordens sociais e institucionais, conforme ensinamentos de Guillaume-Hofnung (1999, 2018), apresenta adequação nesse âmbito, mediante observância de parâmetros necessários à higidez do procedimento e verificação de sua adequação a cada situação concreta. O autor francês Six (2001) afirma a possibilidade e o potencial transformador da inserção da mediação no âmbito sanitário como método de melhoria e estabelecimento de conexões e de abordagem adequada e dialógica de conflitos. Em consonância com esta concepção, destacam-se os ensinamentos de Warat (2001) acerca da aptidão da mediação em transformar o conflito e as pessoas em conflito.

Para cumprir o escopo proposto, adotou-se a vertente metodológica jurídico-sociológica, caracterizada pelo estudo do fenômeno jurídico no ambiente social, analisando o Direito como dependente da sociedade (Gustin; Dias; Nicácio, 2020), aplicada face à análise do acesso à justiça na saúde por meio da ouvidoria e da inserção e adequação da mediação à conjuntura das ouvidorias do SUS e sua correlação com a efetivação do direito à saúde sob a

concepção do acesso via direitos. Para atender à finalidade proposta, optou-se, ainda, pela pesquisa de campo, desenvolvida mediante realização de entrevistas do tipo semiestruturadas com profissionais atuantes nos serviços de ouvidorias do SUS nas esferas da Federação, possibilitando a obtenção de dados primários a serem incorporados no estudo.

O trabalho desenvolvido guarda relação com as experiências vivenciadas pela autora no período em que participou como pesquisadora e extensionista de programa de pesquisa e extensão da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, em ações voltadas à promoção do acesso à justiça e sua efetivação na saúde mediante o uso da mediação, bem como monografia na temática.

Pesquisa desenvolvida de 2016 a 2018 na elaboração de Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, voltada à proposição de um modelo de mediação adequado ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), componente do Sistema Único de Saúde Municipal de Belo Horizonte, estudo integrado pela análise de dados obtidos em entrevistas realizadas com profissionais atuantes na instituição, permitiu a esta pesquisadora identificar que a mediação, considerada enquanto processo para criar, melhorar e restaurar vínculos entre pessoas ou grupos e para prevenção, gestão e resolução de conflitos, é propícia ao âmbito do HC-UFMG para humanização da prestação do serviço de saúde, efetivação do direito fundamental à saúde e plena execução de uma política pública de saúde de qualidade, com observância dos princípios e das diretrizes que a orientam. Entre as conclusões alcançadas, constatou-se a possibilidade do estabelecimento da mediação por meio da Ouvidoria do HC-UFMG, ressaltando-se sua estruturação de forma a preservar as condições fundamentais do processo e do mediador. O estudo agora proposto se estabelece em caráter de continuidade e ampliação das análises realizadas.

Sob o questionamento acerca da efetiva utilização da mediação nos serviços de ouvidoria do SUS amplamente considerados e do cabimento e adequação desse uso, e sob o entendimento de que a mediação enquanto método – não sendo um fim em si mesma – se volta a uma finalidade, tomada neste trabalho como sendo o acesso à justiça, surgiram problematizações que orientaram o presente estudo.

Esta pesquisa se volta a ampliar as possibilidades do acesso à justiça via direitos na saúde pública mediante a atuação dos serviços de ouvidoria do SUS, que têm a mediação como um de seus instrumentos, aspectos que evidenciam sua inserção e aderência à linha de pesquisa “Direitos Humanos e Estado Democrático de Direito: Fundamentação, Participação e

Efetividade”, em sua área de estudo relativa ao “Acesso à Justiça, Direitos Humanos e Soluções Consensuais”, no Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Minas Gerais.

Quanto à estrutura do presente trabalho, parte-se, no capítulo segundo, da explanação do direito à saúde, sua amplitude e elementos que o integram, bem como a análise da estruturação do Sistema Único de Saúde e sua composição. Pontuando os diversos atores que participam e constituem a saúde pública, definiu-se os sujeitos sobre os quais está centrada a pesquisa, considerando o problema estudado.

O capítulo terceiro faz uma breve construção conceitual e aplicada do acesso à justiça pela via dos direitos, consignando as dimensões que o compõe, sua aplicação à saúde pública e à ouvidoria do SUS e a contribuição da mediação nessa sistemática, elencando parâmetros necessários à mediação adequada a esse âmbito.

No quarto capítulo, apresentam-se os serviços de ouvidoria do SUS, tanto em seus elementos normativos e formais, como em sua caracterização em concreto, considerando suas atribuições, interação e integração institucional no sistema de saúde, bem como as manifestações recebidas e abordagens utilizadas.

Por fim, o capítulo quinto expõe a atuação da ouvidoria do SUS na promoção do acesso à justiça pela via dos direitos e os referenciais para inserção da mediação, sob a abordagem proposta, a essa atuação.

## **2 DIREITO À SAÚDE E ELEMENTOS QUE O INTEGRAM**

O direito humano e fundamental à saúde, concebido como o completo bem-estar físico, psíquico e social, é produto de construção histórica, política, cultural, socioeconômica e sanitária que impulsionou a ampliação de seu alcance. Essa ampliação e conformação refletiu no âmbito jurídico e normativo, influenciando o reconhecimento e as garantias da saúde no ordenamento jurídico brasileiro.

Sob concepção da saúde ampliada a elementos biopsicossociais, foi instituído o Sistema Único de Saúde, determinante de direitos, deveres e políticas em saúde pública sobre essa pluralidade de elementos.

Na extensão e complexidade da sistematização da saúde verificada no Brasil, estão inseridos atores relevantes na estruturação da saúde pública e na efetivação do direito correlato, entre os quais se destaca o usuário do Sistema público, os profissionais de saúde e os gestores. Além de figurarem como escopo da política pública de saúde, constituem definidores dessa política, segundo o papel que desempenham em suas relações e atuações nos serviços de saúde.

### **2.1 Saúde: extensão e aspectos jurídicos**

O termo saúde designa variedade de elementos, referindo-se à condição biológica do indivíduo, ao estado de bem-estar, a um direito, a uma ação que o assegure quando se refere à prestação da saúde, a um serviço público ou privado de sua prestação e a questões relacionadas. O conceito e o alcance da saúde sofreram modificações históricas que ensejaram sua ampliação e releitura no curso do tempo.

A compreensão sobre a saúde esteve associada à integridade orgânica e ao bem-estar físico, contexto em que a Medicina se estabelecia como técnica curativa. A promoção da saúde se voltava ao combate das disfunções orgânicas em seus sintomas e causas e à manutenção da integridade orgânica enquanto exigência para a conservação da saúde e da vida (Gottschall, 2007).

A Medicina hipocrática (Gottschall, 2007), que marca o movimento de estruturação científica da Medicina, concentrava-se em tentar tornar as pessoas doentes novamente saudáveis, devolvendo e desenvolvendo a saúde. Ampliou-se a compreensão e o reconhecimento de que a saúde depende da qualidade de fatores naturais que cercam o indivíduo, como hábitos saudáveis, alimentação adequada e equilíbrio emocional.

O movimento de compreensão ampliada sobre a saúde refletiu nas demais esferas, provocando, no âmbito jurídico e normativo, a consideração da individualidade das doenças e do sujeito por elas acometido e o reconhecimento do homem, seja na doença ou na saúde, como inserido em um complexo de fatores. Em seu aspecto jurídico e normativo, a saúde desenvolveu e alcançou uma composição socioecológica da saúde individual e coletiva.

O presente estudo analisa a saúde e sua conformação como direito especificamente no contexto brasileiro, que foi influenciado e integrado pela realidade mundial e regional pertinentes à saúde, razão pela qual merecem considerações. Os princípios e as concepções de direitos e garantias estabelecidos em movimentos internacionais, agregados às mobilizações das ciências em saúde e dos serviços correlatos, promoveram o reconhecimento e a consideração do ser humano como um conjunto complexo de elementos e necessidades, reconhecendo a relevância de todos esses componentes.

A conceituação e a amplitude da saúde, especialmente enquanto direito, foram construídas e transformadas no passar dos anos, influenciadas por variedade de eventos, movimentos e atores, e ainda hoje segue em alteração e evolução.

No contexto mundial, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro 1948, constituiu marco no movimento pós Segunda Guerra Mundial para promoção e respeito aos direitos, à dignidade e às liberdades humanas (ONU, 1948). Tratou-se de mobilização com alcance nas diversas esferas mundiais – social, governamental, institucional, econômica, cultural – e, que, ainda, reconheceu a essencialidade da proteção dos direitos humanos por lei, conjuntura marco para normatizações internacionais e nacionais na questão.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos consigna o reconhecimento de todo ser humano ser detentor de dignidade e de direitos iguais e inalienáveis, que se fazem fundamento para a liberdade, a justiça e a paz entre os povos, pontuando que a compreensão comum desses direitos e liberdades é necessária ao pleno cumprimento do compromisso de respeitá-los (ONU, 1948), ressaltando a importância da compreensão sobre direitos como via necessária à sua efetivação e o reconhecimento da interdependência entre os direitos.

A Declaração de 1948 introduziu a chamada concepção contemporânea de direitos humanos, caracterizada pela universalidade e pela indivisibilidade desses direitos. Universalidade ao clamar pela extensão universal dos direitos humanos, sob a crença de que a condição de pessoa é o requisito único para a titularidade de direitos; e indivisibilidade, na

medida em que a garantia dos direitos civis e políticos é condição para a observância dos direitos sociais, econômicos e culturais e vice-versa (Piovesan, 2013).

Como esclarece Piovesan, “todos os direitos humanos constituem um complexo integral, único e indivisível, no qual os diferentes direitos estão necessariamente inter-relacionados e são interdependentes entre si” (2013, p. 208). Nessa perspectiva, quando um desses direitos é violado, há a violação dos demais direitos, implicando nos direitos humanos uma unidade indivisível, conjugada e interdependente.

Acerca do direito à saúde, a Declaração Universal dos Direitos Humanos dispõe, no item 1 de seu artigo 25, que “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis” (ONU, 1948).

A citada Declaração compõe a denominada Carta Internacional dos Direitos Humanos, que também é integrada pelo Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e pelo Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1966<sup>1</sup>.

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais prevê, em seu artigo 12, “o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”, dispondo as medidas a serem adotadas pelos Estados para assegurá-lo plenamente, em que se incluem medidas para “A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças” e “A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade” (ONU, 1966).

O movimento descrito, no que toca à saúde, foi marcado, ainda, pela fundação da Organização Mundial de Saúde (OMS) com a entrada em vigor de sua Constituição (OMS, 1946) em 07 de abril de 1948, data que se tornou referência anual de celebração do Dia Mundial da Saúde.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pré-existente, foi integrada à OMS e se tornou seu escritório regional para as Américas. Acordos internacionais de saúde existentes à época e conferências internacionais dos Estados americanos de 1889 a 1902 conformaram a criação da OPAS em 1902, integrada por representantes das organizações de saúde das nações americanas para formular acordos e regulamentos sanitários e realizar periodicamente

---

<sup>1</sup> O Brasil ratificou o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, respectivamente, pelo Decreto nº 591, de 06 de julho de 1992, e pelo Decreto nº 592, de 06 de julho de 1992.

convenções de saúde (OPAS, 2024a). Trata-se de organização internacional de saúde pública que promove a cooperação técnica em saúde a seus países membros e fortalece os sistemas de saúde e de resposta ante emergências e desastres.

Os debates e problematizações realizados nessas esferas impulsionaram uma nova compreensão sobre a saúde que influenciou direitos e deveres correlatos e atuação de órgãos e instituições. Conforme estabelecido nos princípios instituídos pela Constituição da OMS, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade (OMS, 1946).

As normas e a principiologia instituídas pelas organizações internacionais e regionais orientaram esforços nacionais dos Estados membros nas medidas de efetivação do direito à saúde, destacando-se a compreensão ampliada da saúde à integralidade do ser humano e o reconhecimento da interdependência e interligação do direito à saúde aos demais direitos.

Conferências internacionais se destacaram no estabelecimento de marcos que compuseram a compreensão da saúde, sendo algumas delas de menção oportuna ao objeto deste estudo.

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, os debates foram sumarizados na formulação da Declaração de Alma-Ata de 1978, documento iniciado pela reafirmação da saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. O ato destaca ser a saúde “um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde” (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978).

A Declaração consigna que o desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é fundamental para a plena realização da saúde para todos, ao passo que a promoção e proteção da saúde de todos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social, impondo-se a adoção das medidas sanitárias e sociais adequadas a isso. O ato declaratório inova ao articular a noção de sistema de saúde e fortalece a ideia de universalidade na promoção do direito à saúde, dando destaque à estratégia dos cuidados primários – enquanto elemento central do sistema de saúde do país e primário no processo de assistência à saúde – e à ação de outros setores sociais e econômicos, além do setor sanitário, apontando para uma atenção básica e sistêmica da saúde (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978).

Nessa conjuntura, destaca-se a relevância do desenvolvimento e da manutenção dos cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para tanto, a Declaração consigna, entre os elementos mínimos necessários, a educação básica em saúde e sobre medidas de prevenção e controle; o acesso a nutrição e água de qualidade e a saneamento básico; a imunização; o tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais. E, ainda, destaca medidas que envolvem “além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores”, e que requerem “participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde” (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978).

Trata-se de marco no combate à desigualdade em saúde e na promoção de estratégias para permitir que todas as pessoas atinjam um nível de saúde que lhes permita uma vida social e economicamente produtiva, por meio de políticas e de ações nacionais para cuidados primários de saúde que envolvam a comunidade em sua efetivação.

Destaca-se que a Conferência Global sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em 2018 em Astana, Cazaquistão, ensejou a assinatura da Declaração de Astana<sup>2</sup>, que reafirmou a histórica Declaração de Alma-Ata, enfatizou o papel crítico dos cuidados de saúde primários e renovou e reorientou o compromisso com esses cuidados na realidade contemporânea. Ficou ratificado o movimento de fortalecer os sistemas de atenção primária de saúde como um passo essencial para alcançar a cobertura universal de saúde (Conferência Global sobre Cuidados Primários de Saúde, 2018).

A nova Declaração reafirma a interdependência entre saúde, paz, segurança e desenvolvimento socioeconômico, bem como os cuidados primários de saúde como meio mais eficaz e eficiente para promoção da saúde universal em um sistema de saúde sustentável. Salientando a promoção de ações multissetoriais e a essencialidade de envolver e capacitar as comunidades locais para a efetivação da saúde, reafirmando a participação social, consigna compromisso com a prevenção de doenças e a promoção da saúde de forma integral, garantindo um sistema de referência funcional entre os níveis de cuidados primários e outros níveis de cuidados, com serviços abrangentes de prevenção, promoção, cura, reabilitação e cuidados paliativos (Conferência Global sobre Cuidados Primários de Saúde, 2018).

---

<sup>2</sup> O Brasil é signatário da Declaração de Astana.

Necessário, ainda, destaque à Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986 no Canadá, que ensejou a produção da Carta de Ottawa, consolidando entendimento de promoção da saúde para além dos cuidados até então típicos, consignando que políticas a ela voltadas envolvam ação coordenada de diversos atores e diversas abordagens complementares, incluindo legislação, medidas fiscais, mudanças organizacionais e ação comunitária (Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986).

O movimento e respectivo ato (Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986) assentaram o reconhecimento de que promover condições de saúde requer, como recursos fundamentais, fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, enquanto a saúde em si configura recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, em uma abordagem socioecológica da saúde. Para tanto, essencial assegurar a todos o acesso à informação que os habilite à adoção de medidas promotoras de saúde e ao aprimoramento de seu estado de saúde, e estabelecer estratégias adaptadas às necessidades locais e às possibilidades de cada região, levando em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos. O debate internacional destacou, também, a necessidade do incremento do poder das comunidades, com seu envolvimento concreto na tomada de decisão e na definição e implementação de estratégias, com “reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde”, que exige educação para a saúde e capacitação, com recursos para tanto, ao cuidado de sua saúde e da saúde coletiva, trabalhando em conjunto com os serviços de saúde e governos para conquista de elevado nível de saúde. Reconheceu-se as pessoas como o principal recurso para a saúde, concepção relevante na evolução proposta.

Oportuno registrar que em maio de 2024, ano de conclusão do presente estudo, ocorreu a 77ª Assembleia Mundial da Saúde, na qual foi aprovada a primeira Resolução sobre a participação social na saúde, reconhecendo o potencial da participação de indivíduos, comunidades e sociedade civil no desenvolvimento e na implementação nacional da saúde, para assegurar um sistema eficaz e efetivo, fortalecer a confiança nesse sistema e combater as desigualdades na saúde. Ficou consignada a relevância da participação social para políticas, estratégias e serviços de saúde que respondam melhor às necessidades das pessoas, especialmente em situações vulneráveis e marginalizadas (OMS, 2024).

Ressai, ainda, a Agenda de Saúde para as Américas (2008–2017), que foi aprovada em 2007 pelas nações integrantes da OPAS, constituindo instrumento político em termos de saúde,

que orienta, para o período, a elaboração dos planos nacionais de saúde e planos estratégicos de todas as organizações interessadas na cooperação em saúde com os países das Américas (OPAS, 2007).

Cabe destacar, ainda, em razão de sua relevância e influência também na temática da saúde, que os Estados-membros da ONU, em que o Brasil se inclui, instituíram, em 2015, plano global de ação denominado Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, no qual consignaram dezessete Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que devem ser implementados por todos os países do mundo até 2030 de modo a promover o desenvolvimento inclusivo e sustentável. Os ODS apontam áreas e aspectos necessários ao desenvolvimento sustentável nas nações e são integrados por 169 metas (Nações Unidas no Brasil, 2024).

O Objetivo 3 consiste em “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” e abrange os principais temas de saúde. Nele estão inseridas metas concernentes a combate à mortalidade materna, neonatal, infantil e prematura; combate a doenças transmissíveis; promoção da saúde mental e do bem-estar; prevenção e tratamento do abuso de substâncias psicoativas; prevenção de acidentes em estradas; promoção e acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva; prevenção de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar, da água e do solo; alcance da cobertura universal de saúde, incluindo o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos. Nesse âmbito também se inserem metas de apoio à pesquisa e ao desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis; de aumento do financiamento da saúde; de recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento; e de reforço da capacidade de todos os países para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde (Nações Unidas no Brasil, 2024).

Na conjuntura da Agenda 2030, sobreveio a instituição da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030, estabelecida pela OPAS e pelo Comitê Regional da OMS para as Américas, integrados pelo Brasil, em que foram instituídos princípios, valores, ações, objetivos e metas para a saúde e o bem-estar na região como um todo e nos países que a integram (OPAS, 2024b).

Ainda no sistema internacional de proteção dos direitos humanos, que é integrado por diferentes âmbitos de aplicação, notadamente sistemas global e regional, destaca-se o sistema interamericano nos aspectos em análise.

O sistema interamericano foi instituído pela Organização dos Estados Americanos (OEA), da qual o Brasil é Estado membro, que em 1948 aprovou a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, cujo artigo XI pronuncia o direito de toda pessoa à preservação da saúde e ao bem-estar, indicado como “direito a que sua saúde seja resguardada por medidas sanitárias e sociais relativas à alimentação, roupas, habitação e cuidados médicos correspondentes ao nível permitido pelos recursos públicos e os da coletividade” (OEA, 1948).

Na sistemática regional, destaca-se também a aprovação da Convenção Americana sobre Direitos Humanos em 1969, também denominada Pacto de San José da Costa Rica, com entrada em vigor em 1978<sup>3</sup>. A Convenção Americana estabelece, em seu artigo 26, o compromisso dos Estados Partes de adotarem providências para “conseguir progressivamente a plena efetividade dos direitos que decorrem das normas econômicas, sociais e sobre educação, ciência e cultura”, categoria em que se insere a saúde (OEA, 1969).

Em 1988, a Assembleia Geral da OEA adotou o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, denominado Protocolo de San Salvador, cujo preâmbulo consigna a estreita relação que existe entre os direitos econômicos, sociais e culturais e os direitos civis e políticos, por constituírem um todo indissolúvel que encontra sua base no reconhecimento da dignidade da pessoa humana. O Protocolo de San Salvador prescreve que toda pessoa tem direito à saúde, entendido como mais alto nível de bem-estar físico, mental e social, e dispôs que os serviços a ela relativos devem ser acessíveis de forma integral a todas as pessoas sujeitas à jurisdição estatal sem distinções sociais, econômicas ou culturais, baseando-se na universalidade dos direitos humanos<sup>4</sup> (OEA, 1988).

A normativa interamericana atribui, assim, ao Estado Parte a incumbência de, para tornar efetivo o direito à saúde, reconhecer a saúde como bem público e assegurá-la sob a

---

<sup>3</sup> A Convenção Americana foi promulgada no Brasil pelo Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992.

<sup>4</sup> Artigo 10 - Direito à saúde

1. Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.  
2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir este direito:  
a. Atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial colocada ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade;  
b. Extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado;  
c. Total imunização contra as principais doenças infecciosas;  
d. Prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza;  
e. Educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde; e  
f. Satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis. (OEA, 1988).

concepção indicada de gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social, incluindo ações concretas de prevenção de doenças e de promoção e restabelecimento da saúde.

No contexto regional, como evidenciado na atuação da Corte Interamericana de Direitos Humanos, a garantia do direito à saúde, conforme ocorrido com os demais direitos sociais, recebeu proteção inicial mediante a aplicação progressiva dos direitos sociais, bem como a proteção indireta mediante a garantia de direitos civis e políticos<sup>5</sup>.

Nesse sentido, a proteção ao direito à saúde encontrou abordagem e tratamento enquanto dimensão positiva do direito à vida<sup>6</sup>, à luz da indivisibilidade dos direitos humanos ou do desenvolvimento progressivo devido pelo Estado. O direito à vida teria uma dimensão negativa, concernente ao direito de não ser arbitrariamente privado da vida e a correspondente obrigação estatal de se abster de fazê-lo, e uma dimensão positiva, concernente ao direito ao acesso às condições que garantam uma existência digna e correspondente dever do Estado de prover medidas positivas de proteção, com os meios para proteger a integridade pessoal e a vida digna.

Em 2018, no julgamento do caso Poblete Vilches e outros contra o Chile, a Corte Interamericana de Direitos Humanos procedeu, pela primeira vez, à proteção do direito à saúde como direito autônomo, mediante justiciabilidade<sup>7</sup> definida e ajustada à Convenção Americana. O caso se referiu ao falecimento do idoso Vinicio Antonio Poblete Vilches após duas internações em hospital público no Chile e resultou na declaração da responsabilidade do Estado chileno por não garantir o direito à saúde ao idoso, bem como outros direitos relacionados. A Corte reiterou a interdependência entre os direitos civis e políticos e os direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais, que devem ser entendidos integralmente e de forma única como direitos humanos, sem hierarquia entre si e exigíveis em todos os casos diante das autoridades competentes (Corte Interamericana de Direitos Humanos, 2018).

---

<sup>5</sup> Nesse sentido, ver: Corte Interamericana de Direitos Humanos. Caso Comunidade indígena Yakye Axa vs. Paraguai, Sentença de 17 de junho de 2005, disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_125\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_125_esp.pdf); Caso Albán Cornejo e outros vs. Equador, Sentença de 22 de novembro de 2007, disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_171\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_171_esp.pdf).

<sup>6</sup> Nesse sentido, ver: Corte Interamericana de Direitos Humanos. Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales e outros) vs. Guatemala. Sentença de 19 de novembro de 1999 (Mérito), disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_63\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_63_esp.pdf); Caso Gonzales Lluy e outros vs. Equador. Sentença de 01 de setembro de 2015 (Exceções Preliminares, Mérito, Reparações e Custas), disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_298\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_298_esp.pdf).

<sup>7</sup> Justiciabilidade é uma espécie ou forma de exigibilidade do direito. A exigibilidade de um direito, especialmente de um direito social, pode ocorrer em diversas instâncias (privadas ou públicas, estas em todas as esferas da Federação) por diversas formas, ao passo que a justiciabilidade se caracteriza como forma específica de exigibilidade em juízo. A justiciabilidade indica, portanto, a possibilidade do direito, reconhecido como fundamental, ter sua lesão conhecida pelos tribunais.

Na sentença mencionada, a Corte reafirmou que o artigo 26<sup>8</sup> da Convenção, ao estabelecer o desenvolvimento progressivo dos direitos sociais, impõe a obrigação estatal de adotar medidas gerais de maneira progressiva mediante ação concreta e constante de avanço mais célere e eficaz possível à plena efetividade, contexto em que não se admite diferimento indefinido nem regressividade dos direitos alcançados. Assentou, ainda, que o desenvolvimento progressivo impõe, também, a obrigação de adotar medidas imediatas, eficazes, adequadas e concretas para garantir o acesso indiscriminado às prestações reconhecidas para cada direito (Corte Interamericana de Direitos Humanos, 2018, p. 33-34).

No julgamento em exame, a Corte estabeleceu os parâmetros à garantia do direito à saúde, do qual decorre o dever estatal de assegurar o acesso de todos a serviços essenciais de saúde, garantindo prestação médica eficaz, acessível, de qualidade e sem qualquer discriminação indevida, com medidas positivas relativas a grupos em situação de vulnerabilidade, bem como de promover a melhoria das condições de saúde da população. Foram reafirmados pela Corte os elementos essenciais a serem satisfeitos nas ações e nos serviços de saúde, pronunciados em julgados anteriores e referentes à disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade<sup>9</sup>. O caso em questão foi também a primeira ocasião em que a Corte se pronunciou de maneira específica sobre os direitos das pessoas idosas em matéria de saúde (Corte Interamericana de Direitos Humanos, 2018).

A tutela da saúde no sistema interamericano encontrou ampliação progressiva, como evidenciado pela atuação da Corte. Nos julgamentos proferidos, restou assente que a saúde é um direito humano fundamental e indispensável para o exercício adequado dos demais direitos humanos, relevância que reforça a necessidade de sua proteção e da promoção de melhorias nacionais e internacionais.

As decisões proferidas pela Corte e pela respectiva Comissão criam padrões fortes e consistentes que os Estados são obrigados a cumprir, aspecto que apresenta importância adicional em sistemas constitucionais permeáveis ao direito internacional, o que permite cada

---

<sup>8</sup> CAPÍTULO III - DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS

Artigo 26. Desenvolvimento progressivo

Os Estados Partes comprometem-se a adotar providências, tanto no âmbito interno como mediante cooperação internacional, especialmente econômica e técnica, a fim de conseguir progressivamente a plena efetividade dos direitos que decorrem das normas econômicas, sociais e sobre educação, ciência e cultura, constantes da Carta da Organização dos Estados Americanos, reformada pelo Protocolo de Buenos Aires, na medida dos recursos disponíveis, por via legislativa ou por outros meios apropriados (OEA, 1969).

<sup>9</sup> Sobre os elementos essenciais estabelecidos pela Corte Interamericana de Direitos Humanos que devem ser satisfeitos em matéria de saúde, a saber, disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade, ver: Corte Interamericana de Direitos Humanos. Caso Gonzales Lluy e outros Vs. Equador. Sentença de 01 de setembro de 2015 (Exceções Preliminares, Mérito, Reparações e Custas), disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_298\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_298_esp.pdf).

vez mais que os sistemas jurídicos internos cumpram a obrigação de observar os padrões internacionais (Portales; Rodriguez-Pinzon, 2017).

A concepção contemporânea de direitos humanos, em que se insere a concepção de direito à saúde, é marcada pelos processos de universalização e internacionalização dos direitos, sob a perspectiva de serem indivisíveis e interdependentes. Considerando a legislação e a jurisprudência interamericana, foram estabelecidos os contornos do reconhecimento e da proteção do direito humano e social à saúde, o que impulsionou avanços regionais e internos dessa proteção.

Nessa conjuntura, ganha relevo o contorno do direito à saúde constituído não apenas da preservação da saúde e do bem-estar, mas do gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social, além do reconhecimento da interdependência entre o direito à saúde e os demais direitos, promovendo a visão socioecológica da saúde.

Documento conceitual emitido em 2010 pela OPAS, em atuação conjunta à OMS, para análise dos vínculos entre a saúde, notadamente dos grupos em situação de vulnerabilidade, e os direitos humanos estabelecidos pelos instrumentos internacionais de direitos humanos consignou que “o gozo da saúde e o exercício dos direitos humanos atuam em sinergia”, destacando que “faz-se necessário certo grau de saúde física e mental para se poder exercer os direitos humanos e as liberdades fundamentais reconhecidos internacionalmente e, desta forma, participar da vida civil, social, política, cultural e econômica de um Estado”, ao passo que “o exercício dos direitos humanos e das liberdades fundamentais é essencial para desfrutar de verdadeiro bem-estar físico e mental” (OPAS, 2010a, p. 03).

O documento citado salienta, referenciando especialistas em saúde pública, órgãos e agências especializadas do sistema das Nações Unidas e do Sistema Interamericano de Direitos Humanos e organismos criados pelos tratados internacionais de direitos humanos, que “as violações ou o não cumprimento dos direitos humanos podem afetar negativamente o bem-estar físico, mental e social de todas as pessoas”. Consigna, ainda, que legislações e políticas de saúde pública “podem ser instrumentos para efetivamente proteger os direitos humanos básicos e as liberdades fundamentais ou, ao contrário, podem ser instrumentos que impedem o exercício dos direitos básicos vinculados ao bem-estar físico e mental” (OPAS, 2010a, p. 03-04).

Além da interdependência narrada, verifica-se crescente reconhecimento da necessidade de atuação do indivíduo e da comunidade na promoção da saúde e a essencialidade do conhecimento sobre o direito como via para sua efetivação. Nesse sentido, o documento conceitual da OPAS sobre saúde e direitos humanos aponta, entre os desafios do início do

século XXI, o desconhecimento de direitos humanos no contexto dos serviços de saúde e bem-estar das comunidades mais pobres, em situação de vulnerabilidade e excluídas, além do conhecimento limitado das autoridades em saúde e organizações da sociedade civil sobre obrigações e instrumentos de direitos humanos (OPAS, 2010a).

Em razão da relevância da saúde enquanto direito humano e de seu vínculo com os demais direitos humanos, OPAS e OMS, mediante documento conceitual no tema (OPAS, 2010a) e Resolução correspondente (OPAS, 2010b), promoveram a divulgação dos instrumentos internacionais de direitos humanos aplicáveis como ferramenta para proteger a saúde, incluindo vinculativos ao Estado que o ratificou (acordos, tratados, pactos ou protocolos) e aqueles instituidores de padrões e diretrizes internacionais de direitos humanos (declarações, recomendações e relatórios), para fortalecer e orientar planos, políticas, leis e práticas nacionais vinculadas à proteção da saúde das pessoas em situação de vulnerabilidade.

Registre-se que os citados atos e documentos tomam a saúde sob a concepção de completo bem-estar físico, mental e social, abordam-na sob o propósito de concretizar o direito ao gozo do grau máximo de saúde que se pode alcançar e o fazem em consonância com o princípio internacional de que isso só pode ser alcançado pela presença de sistema de saúde universal, acessível, integral, inclusivo e de qualidade para os indivíduos, as famílias e as comunidades.

O Brasil, integrante das ordens e organizações internacionais e regionais mencionadas, adotou princípios, parâmetros e normativas por elas estabelecidos aos direitos e à sua proteção. Além da influência externa movida internacionalmente acima salientada, movimentos promotores da conformação e da proteção ampliadas da saúde ocorreram também em nível nacional de forma concomitante.

Importa salientar que os eventos, documentos e atores citados não pretendem esgotar a tratativa sobre os movimentos em saúde nas esferas mundial, regional e nacional nem esvaziar a relevância e contribuição daqueles não citados, tratando-se de menção sobre elementos que ressaem no debate e na orientação da saúde e do direito correlato quanto ao tema analisado no presente estudo. Ademais, registre-se que referidos movimentos são múltiplos e prosseguem atualmente.

No âmbito nacional, o direito à saúde se tornou direito assegurado constitucionalmente com a Constituição da República de 1988 (CR/1988), que inovou em relação às Constituições

brasileiras anteriores ao estabelecer a saúde como direito fundamental. O art. 6º<sup>10</sup> da CR/1988 instituiu a saúde como direito social, reconhecendo-a como essencial à qualidade de vida e à garantia da dignidade da pessoa humana (Brasil, 1988).

A saúde é direito humano e fundamental<sup>11</sup>, indispensável para o exercício adequado dos demais direitos humanos, por configurar condição para a própria existência plena e integral do ser humano, seja considerado individualmente ou em suas relações e integrações sociais, culturais, políticas, econômicas e laborais. Sob essa concepção, o direito à saúde compõe o mínimo existencial ao qual se reconhece aplicabilidade imediata e eficácia integral, valorizando-a como componente central do desenvolvimento humano.

Restou assentado o reconhecimento nacional da saúde como direito advindo da condição de pessoa humana independentemente de quaisquer outras condições, bem como o reconhecimento de sua dimensão coletiva. As ações e os serviços de saúde são os únicos considerados, de forma expressa no texto constitucional da CR/1988 (art. 197), como de relevância pública, disposição que assinala a importância destacada do direito à saúde no país (Brasil, 1988).

O art. 196 da CR/1988 prescreve a saúde como “direito de todos” a ser garantido mediante atuação estatal que assegure “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). O mencionado texto constitucional consolida a extensão do direito à saúde e do acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde a todos os habitantes do território nacional, além da caracterização desses serviços como públicos, essenciais e universais.

A citada conformação do direito à saúde é corroborada na Lei Federal nº 8.080/1990 (Brasil, 1990a), que estabelece ser a saúde “direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (*caput*, art. 2º). A compreensão alargada da saúde para a multiplicidade de fatores que lhe são determinantes também fica evidenciada quando a referida lei (Brasil, 1990a) indica que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país e, ainda, dispõe que a saúde é determinada e condicionada, entre outros elementos, por alimentação, moradia, saneamento básico, meio

---

<sup>10</sup> CR/1988 - Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988).

<sup>11</sup> O presente trabalho entende por “direitos humanos” aqueles positivados em documentos do direito internacional e que indicam direitos e posições jurídicas reconhecidas a todo ser humano enquanto tal, sem distinção de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição. Por “direitos fundamentais”, entende-se os direitos do ser humano reconhecidos e positivados no âmbito do direito constitucional de determinado Estado, estabelecidos como direitos essenciais ao indivíduo e à nação.

ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais (*caput*, art. 3º), ressaltando que, em função disso, dizem respeito à saúde as ações que “se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (p.u., art. 3º).

A compreensão sobre a saúde, bem como sua extensão e conformação são influenciadas pelo sistema de saúde existente, destacando-se que os direitos, deveres e políticas estruturados sobre a saúde contribuem para sua delimitação e eventual ampliação. A promoção da saúde – especificamente as ações e os serviços a ela relacionados – são orientados pelo modo de ver a saúde e a doença e, ainda, orientam modos de ver a saúde e a doença, uma vez que sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper com modelos restritivos ou limitadores da saúde.

Com efeito, reconhecer a essencialidade da saúde ao desenvolvimento socioeconômico e integrar sua promoção com ações intersetoriais mobiliza ações promotoras da saúde em variados setores, áreas e níveis, integradas por esforços de múltiplos ramos e instituições articulados. A promoção da saúde compreendida como não exclusiva do Estado amplia seu alcance e passa a ser realizada juntamente com os diversos segmentos da sociedade, incluindo setores públicos, privados e sociedade civil, com políticas públicas agregadas pela ação coordenada de diversos atores e setores, incluindo os campos biológico, legislativo, econômico, social, ambiental e comunitário.

No mesmo sentido, estratégias dos serviços de saúde de promoção da autonomia e da participação dos usuários e dos profissionais, para compreenderem conjuntamente a saúde como resultante das condições de vida e para o desenvolvimento social mais igualitário, têm potencial para impulsionar a saúde sob uma compreensão mais universalista, integral e equânime.

Pelos parâmetros expostos, a equidade e o empoderamento das comunidades e dos indivíduos, agregados à ação coordenada dos setores e instituições públicos, privados e sociais, se constituem em recursos fundamentais para a saúde e se tornam um dos focos da promoção à saúde, em conjunto com a assistência e as ações biomédicas propriamente ditas. Tem-se uma confluência entre a dimensão individual e a coletiva da saúde.

A noção do empoderamento, referente ao fortalecimento dos indivíduos e das comunidades em matéria de saúde, sendo capacitados para exercerem o controle dos fatores determinantes da sua saúde, constituiu-se numa estratégia importante de promoção da saúde, associado ao empoderamento também econômico, político, social e cultural dos múltiplos

atores sociais em matéria de saúde. Dessa forma, todos os atores em conjunto ficam habilitados a compreender a determinação do processo saúde e doença e a atuar como promotores do direito à saúde e da dignidade humana correlata.

Verifica-se, assim, verdadeira reformulação do conceito de saúde em face da influência da sistematização – ou falta dela – sobre as ações de saúde. A influência do sistema de saúde sobre a compreensão da saúde no âmbito brasileiro será tratada no tópico destinado à análise do Sistema Único de Saúde.

Como pontua Dallari (2021) a escolha da estrutura ou modelo de sistema de saúde envolve a amplitude do conceito de saúde que impera na sociedade, além de ser influenciada pelo processo de reconhecimento constitucional e legal do direito à saúde em seu território e pelo ambiente ideológico e cultural imperante na sociedade global.

O processo de desenvolvimento e conformação da saúde no âmbito brasileiro teve como um de seus principais marcos a criação de um sistema único e público de saúde para cobertura assistencial voltada a toda a população, conforme analisado a seguir.

## **2.2 Sistema Único de Saúde: composição, princípios e diretrizes**

A constitucionalização de regramentos em saúde e a instituição do sistema único nacional não consistiram em atos insulados, mas decorreram de um movimento integrado por múltiplos atores, atos e eventos.

Registros históricos apontam que inicialmente havia no país encarregados da saúde do povo, controlando qualidade de gêneros alimentícios e medidas gerais em prol da saúde coletiva e do controle de doenças contagiosas<sup>12</sup>. Com a instalação da família real no Brasil, foram criadas instâncias de saúde pública, cuja atuação consistia em atividades de polícia sanitária, como vacinação, fiscalização do exercício da medicina e de produtos farmacêuticos, saúde dos portos e medidas de saúde urbana e rural, conjuntura em que os serviços médicos hospitalares eram prestados especialmente por entidades filantrópicas (Dallari, 2021).

Novos departamentos e órgãos públicos surgiram sob a concepção de saúde pública centrada em vigilância sanitária, controle e erradicação de doenças infectocontagiosas, endemias ou epidemias e de assistência médica de caráter individual e vinculação ao âmbito previdenciário.

---

<sup>12</sup> Para uma cronologia histórica da saúde pública no Brasil, vide <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>.

Em nível constitucional, a Constituição de 1824 reconheceu parcela de autonomia aos municípios para o exercício de funções municipais, para controle policial e aplicação de suas rendas, contexto em que ações relativas à saúde pública estavam sob a responsabilidade municipal, como polícia de alimentos e eventual prestação de assistência médica aos desvalidos (Dallari, 2021). Inexistia, contudo, reconhecimento do direito à saúde ou garantias correlatas.

Com a Proclamação da República e a Constituição de 1891, restou facultado aos estados poderes de atuação regional e assegurada a autonomia dos municípios nas questões de interesse local, contexto em que ações de interesse da saúde se mantiveram sob atuação municipal. As Constituições de 1934, 1937 e 1946 mantiveram a autonomia dos municípios em certas competências, contexto em que várias ações e serviços de saúde continuaram sob a responsabilidade municipal, e promoveram inovações em previsões de competência material concorrente que implicavam a atuação de todos os entes em certas medidas, que incluíam questões de vigilância sanitária e ações em saúde notadamente às gestantes, à infância e ao trabalhador (Dallari, 2021).

Por sua vez, a Constituição de 1967 e demais normas de ordem constitucionais do período de ditadura militar, mantiveram a competência concorrente formal entre a União e os estados para legislar sobre a defesa e a proteção da saúde, a autonomia municipal para organizar os serviços públicos locais e garantias de saúde ao trabalhador, restringindo as medidas de assistência médica à maternidade, à infância e à adolescência e ampliando as medidas aos integrantes do corpo militar. Os textos constitucionais até então foram, assim, marcados pela manutenção da responsabilidade municipal na organização dos serviços públicos locais de saúde, ao passo que medidas previstas em alguns diplomas como ampliação da competência estatal, atuação de conselhos técnicos, obrigação de todos os entes nos cuidados da saúde com receitas vinculadas e assistência médica a certas categorias sociais não se mantiveram constantes (Dallari, 2021).

A proteção social no âmbito da saúde – até obter tratamento autônomo – esteve integrada à previdência social por longo período, ganhando contornos nos anos 1920 com a criação de caixas de pensão e de aposentadoria. Lei federal conhecida por Lei Eloy Chaves (Decreto nº 4.682/1923<sup>13</sup>) aponta em 1923 a origem da Previdência Social, impondo que as companhias ferroviárias no país criassem caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados,

---

<sup>13</sup> Legislação acessível na Coleção das Leis do Brasil, disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DPL&numero=4682&ano=1923&ato=b310zYq1UMRpWT697>.

instituindo fundos de contribuição do trabalhador e do patrão para assegurar inclusive socorros médicos e medicamentos ao empregado ou pessoa de sua família.

Com o passar dos anos, a determinação legal se ampliou a outras categorias profissionais e outros setores, experimentando extensão até a unificação com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social e posterior criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.

O sistema de saúde existente era voltado à população urbana e aos trabalhadores formais, contexto em que a assistência médica era marcada pela presença de serviço de saúde estruturado a funcionários públicos e sistema de assistência à saúde pelas caixas de previdência restrito aos trabalhadores filiados, financiados por contribuições compulsórias, deixando os demais cidadãos sob assistência médica privada ou de entidades filantrópicas (Dallari, 2021).

Na década de 1970, nasceu o movimento da Reforma Sanitária, que denomina conjunto de ideias, mobilizações e propostas voltadas a transformações necessárias na área da saúde, não apenas sobre o sistema de saúde, mas a todo o setor de saúde, defendendo a democratização e a ampliação da saúde. Integrado por diversos setores e atores, incluindo especialistas, acadêmicos, políticos, profissionais de saúde, sindicatos e instituições da sociedade civil, consistiu em movimento essencial e definidor nos debates e impulsos responsáveis pela conformação da saúde pública no Brasil (Escorel, 2012).

Marco desse movimento foi a 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986 e voltada à consideração da saúde como direito, à reformulação do sistema nacional de saúde e ao debate sobre financiamento do setor. Suas propostas e debates subsidiaram o texto normativo sobre a saúde na CR/1988 e nas leis federais reguladoras do novo sistema de saúde nacional, destacando-se a instituição da saúde como direito de todos e dever do Estado, a relevância pública dos serviços de saúde, sua estruturação em sistema único separado da previdência e organizado de forma descentralizada, integral, regionalizada e hierarquizada, com alcance universal e igualitário e participação popular (Brasil, 2009).

Os debates desenvolvidos na Conferência, sumarizados em Relatório Final, salientam que o modelo de assistência à saúde então existente era excludente e discriminatório, marcado pela mercantilização da saúde e voltado a interesses não coincidentes com os dos usuários dos serviços, salientando que o Estado autoritário e o regime militar impediram a instituição de canais eficazes para as demandas sociais e privilegiaram outros setores em detrimento da saúde. Destacou-se a necessidade de modificações ao setor da saúde que transcendiam uma reforma administrativa e financeira, exigindo profunda reformulação da saúde e do sistema correlato,

ampliando o conceito de saúde, revendo a legislação, instituindo política de saúde própria e adequada ao acesso universal e igualitário em todos os níveis (Brasil, 1986).

Ao abordar a saúde como direito, o Relatório pontua que a saúde, em seu sentido mais abrangente, “é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, ao passo que o direito à saúde “significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (Brasil, 1986, p. 12).

O Relatório Final salienta que, para a materialização da saúde, além do estabelecimento em política pública ampliada, normatização e organização do serviço de saúde, ainda, é necessária a participação da população na formulação, organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde, incluindo o acesso à informação e condições de transparência do setor de saúde, bem como a descentralização e regionalização necessária ao sistema e aos serviços a ele integrados (Brasil, 1986). Referidos parâmetros foram adotados no sistema de saúde instituído e ganham relevo no presente estudo em razão de sua correlação e repercussão sobre os sujeitos que compõe o sistema e a organização do serviço, inclusive o de ouvidorias na saúde.

Os movimentos crescentes e múltiplos, em que os acima citados apenas ilustram parcela da mobilização que foi alargada a outros eventos e atores, contribuíram na instituição do direito à saúde e do sistema de saúde que sobreveio. A exposição apresentada evidencia a influência da realidade histórica e social na compreensão sobre saúde e sobre o direito correlato e na definição e realização das políticas públicas em saúde em cada época, ressaltando que o direito à saúde não é necessariamente associado ao direito aos serviços de saúde ou de assistência médica como elementos que lhe fossem inerentes, o mesmo ocorrendo sobre sua correlação com políticas sociais ampliadas a outros setores.

A instituição do SUS pela CR/1988 se estabelece sob uma compreensão ampliada do direito à saúde, reconhecendo que a saúde em âmbito nacional depende de condições da estrutura da sociedade, requerendo ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas. O direito à saúde, portanto, não se restringiu à consideração exclusiva do processo setorial de políticas de saúde, mas se instituiu como um elo integrador a permear todas as

políticas sociais do Estado, orientando elaboração e implementação das políticas afetas a outros setores.

Importa reafirmar, nesse aspecto, a previsão constitucional no citado art. 196 à saúde, reconhecida como direito de todos e dever do Estado a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas voltadas à redução do risco de doença e mediante ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação que sejam de acesso universal e igualitário (Brasil, 1988). O SUS conformado sob esses parâmetros consagrou a saúde sob a responsabilidade estatal em sistema inclusivo de todo cidadão, ao passo que manteve as formas privadas de assistência sob regulação pública.

O sistema de saúde é um conjunto complexo composto por mecanismos de prevenção do adoecimento, organização dos serviços de atenção médica em suas diversas especialidades, modalidades de prestação da assistência, forma de financiamento e sistemática de gestão. Sua conformação, no contexto brasileiro, não se restringe à assistência médica, mas se articula com políticas sociais e econômicas promotoras da saúde em seus diversos aspectos e dimensões.

Instituído como uma unidade, o SUS afastou a possibilidade de os entes públicos dele integrantes constituírem sistemas autônomos ou subsistemas de saúde. Os entes atuam segundo suas competências e atribuições, mas em unidade, de forma conjunta ordenada e coordenada para a prestação da saúde.

O texto constitucional estabelece que cuidar da saúde é competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (art. 23, inciso II), competindo à União, aos estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre a defesa da saúde (art. 24, XII), contexto em que cabe à União o estabelecimento de normas gerais (art. 24, §1º) e aos estados a competência de normas suplementares (art. 24, §2º), atribuída aos municípios a competência para legislar sobre assuntos de interesse local e suplementar legislação federal e estadual no que couber (art. 30, incisos I e II), tudo de forma a assegurar o direito social à saúde em todos os âmbitos segundo os parâmetros postos no ordenamento jurídico (Brasil, 1988).

A CR/1988 estruturou as ações e serviços de saúde em um sistema único denominado Sistema Único de Saúde<sup>14</sup>, regulamentado pela Lei Federal nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento das ações e dos serviços correspondente, em todo o território nacional, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (Brasil, 1990a).

---

<sup>14</sup> O Sistema Único de Saúde (SUS) é denominado neste trabalho também por “Sistema”.

A citada lei de regência, em seu art. 2º, reafirma a saúde como direito fundamental do ser humano e o correlato dever do Estado de prover as condições ao seu pleno exercício, por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais para redução de riscos de doenças e por medidas que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, dever estatal esse que não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (Brasil, 1990a).

No SUS, as ações e os serviços públicos de saúde passaram a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada constituinte do referido Sistema único (art. 198) e a assistência à saúde pela iniciativa privada está presente de forma complementar (art. 199) (Brasil, 1988).

Instituída como serviço público, as ações em saúde ficam sujeitas a regime jurídico especial “ante o reconhecimento de que se trata de uma realidade socialmente identificada como relevante e cujo bom cumprimento demanda que seja assumida pelo Estado como pertinente a si próprio” (Mello, 2017, p. 63).

Segundo o art. 197, cabe ao Poder Público dispor sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, ao passo que sua execução se dará diretamente pelo Estado ou através de terceiros, além de se dar por pessoa física ou jurídica de direito privado (Brasil, 1988). Assim, as ações e os serviços de saúde se estabelecem, nos termos da CR/1988, como serviço público atribuído ao Poder Público enquanto titular não exclusivo, tendo a obrigação de prestá-los, mas sem exclusividade.

Justamente pela relevância atribuída à atividade, o Estado assume como pertinente a si próprio, ainda que sem exclusividade, sujeitando-a à sua atuação direta ou indireta. Oportuno o esclarecimento de Celso Antônio Bandeira de Mello de que “Serviço público é a atividade material que o Estado assume como pertinente a seus deveres em face da coletividade para satisfação de necessidades e utilidades públicas singularmente fruíveis pelos administrados”, e essa assunção estatal se dá submetendo aquele serviço a regime jurídico com prerrogativas que assegurem o interesse do serviço e a proteção “contra condutas comissivas ou omissivas de terceiros ou dele próprio gravosas a direitos ou interesses dos administrados em geral e dos usuários do serviço em particular” (2017, p. 81).

Quanto à composição e ao alcance do SUS, para sua integral caracterização, importa destacar ser ele constituído por ações que vão além dos serviços assistenciais.

Como sumarizado no art. 200<sup>15</sup> da CR/1988, ao SUS competem, além de outras atribuições dispostas em lei e no texto constitucional, ações de vigilância sanitária e epidemiológica, inclusive concernentes à saúde do trabalhador, participação na formulação da política e da execução das ações de saneamento básico, inovação e desenvolvimento científico e tecnológico, e fiscalização e controle sanitário, alimentício e de produtos e substâncias de interesse para a saúde, destacando-se medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos.

O SUS é constituído pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (art. 4º, *caput*), em que se incluem as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde (Brasil, 1990a).

A legislação federal complementa estarem no campo de atuação do SUS ações além da assistência à saúde, discriminadas em seu art. 6º<sup>16</sup>, entre as quais estão ações relativas à

---

<sup>15</sup> CR/1988 - Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (Brasil, 1988).

<sup>16</sup> Lei Federal nº 8.080/1990 - Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; e) de saúde bucal; II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar; V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados; XII - a formulação e a execução da política de informação e assistência toxicológica e de logística de antídotos e medicamentos utilizados em intoxicações.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

assistência farmacêutica, à vigilância nutricional e a orientação alimentar, à fiscalização e inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano, e à participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos (Brasil, 1990a).

Este estudo tem por objeto as ações e os serviços de assistência à saúde, prestados junto aos hospitais, centros ou unidades de saúde e instituições de atendimento aos usuários do SUS, o que eventualmente toca a assistência farmacêutica. Em que pese a delimitação do estudo realizado, relevante apontar a amplitude do Sistema de saúde e aspectos a ele integrados.

O direito à saúde, sendo de relevância e natureza integral sobre o ser humano, recebeu garantias especificadas a contextos, grupos e ramos. É o que se vê na previsão, entre os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, a redução dos riscos inerentes ao trabalho mediante normas e ações relativas à saúde e segurança (art. 7º, XXII, CR/1988<sup>17</sup>), do direito da criança e do adolescente à proteção à vida e à saúde, incluindo direitos quando em gestação, bem como políticas e garantias relativas ao nascimento e ao desenvolvimento sadio<sup>18</sup> (Estatuto da Criança

---

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo: I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador; IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitadas os preceitos da ética profissional; VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

§ 4º Entende-se por saúde bucal o conjunto articulado de ações, em todos os níveis de complexidade, que visem a garantir promoção, prevenção, recuperação e reabilitação odontológica, individual e coletiva, inseridas no contexto da integralidade da atenção à saúde.

§ 5º Entende-se por assistência toxicológica, a que se refere o inciso XII do caput deste artigo, o conjunto de ações e serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento das intoxicações agudas e crônicas decorrentes da exposição a substâncias químicas, medicamentos e toxinas de animais peçonhentos e de plantas tóxicas (Brasil, 1990a).

<sup>17</sup> CR/1988 - Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: (...) XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança; (...) (Brasil, 1988).

<sup>18</sup> Lei Federal nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) - Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (...)

e do Adolescente – Lei Federal nº 8.069/1990), além da garantia de atenção integral à saúde da pessoa idosa e em caráter prioritário, incluindo a atenção especial às doenças que a afetam preferencialmente<sup>19</sup> (Estatuto do Idoso – Lei Federal nº 10.741/2003), e do direito da pessoa com deficiência a ter assegurada, com prioridade, sua saúde, em que se insere prioridade de atendimento, atenção integral à saúde em todos os níveis de complexidade e serviços de habilitação e reabilitação (Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei Federal nº 13.146/2015<sup>20</sup>).

---

Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (...).

<sup>19</sup> Lei Federal nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) - Art. 9º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente as pessoas idosas. (...)

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades da pessoa idosa, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda.

<sup>20</sup> Lei Federal nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) - Art. 8º É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, entre outros decorrentes da Constituição Federal, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e das leis e de outras normas que garantam seu bem-estar pessoal, social e econômico.

Art. 18. É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário.

§ 1º É assegurada a participação da pessoa com deficiência na elaboração das políticas de saúde a ela destinadas. (...)

§ 4º As ações e os serviços de saúde pública destinados à pessoa com deficiência devem assegurar: I - diagnóstico e intervenção precoces, realizados por equipe multidisciplinar; II - serviços de habilitação e de reabilitação sempre que necessários, para qualquer tipo de deficiência, inclusive para a manutenção da melhor condição de saúde e qualidade de vida; III - atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial e internação; IV - campanhas de vacinação; V - atendimento psicológico, inclusive para seus familiares e atendentes pessoais; VI - respeito à especificidade, à identidade de gênero e à orientação sexual da pessoa com deficiência; VII - atenção sexual e reprodutiva, incluindo o direito à fertilização assistida; VIII - informação adequada e acessível à pessoa com deficiência e a seus familiares sobre sua condição de saúde; IX - serviços projetados para prevenir a ocorrência e o desenvolvimento de deficiências e agravos adicionais; X - promoção de estratégias de capacitação permanente das equipes que atuam no SUS, em todos os níveis de atenção, no atendimento à pessoa com deficiência, bem como orientação a seus atendentes pessoais; XI - oferta de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, medicamentos, insumos e fórmulas nutricionais, conforme as normas vigentes do Ministério da Saúde.

§ 5º As diretrizes deste artigo aplicam-se também às instituições privadas que participem de forma complementar do SUS ou que recebam recursos públicos para sua manutenção.

Art. 24. É assegurado à pessoa com deficiência o acesso aos serviços de saúde, tanto públicos como privados, e às informações prestadas e recebidas, por meio de recursos de tecnologia assistiva e de todas as formas de comunicação previstas no inciso V do art. 3º desta Lei.

Art. 25. Os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência, em conformidade com a legislação em vigor, mediante a remoção de barreiras, por meio de projetos arquitetônico, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental.

Nesse âmbito, ressaltamos, ainda, a instituição de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena<sup>21</sup> integrado aos SUS nos termos da Lei Federal nº 8.080/1990, composto pelas ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente (Brasil, 1990<sup>a</sup>).

Ademais, como anteriormente assinalado, no âmbito dos serviços prestados no SUS, a CR/1988 estabelece também, no §1º do art. 199, a possibilidade de participação das instituições privadas “de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (Brasil, 1988). Essa participação complementar dos serviços privados ocorre quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para prestação plena do serviço e encontra regulamentação na Lei Federal nº 8.080/1990<sup>22</sup> (Brasil, 1990a).

Para além dos diplomas normativos citados, existem outras formas de atuação do Poder Público nos cuidados com a saúde que envolvem a participação do setor privado, como ocorre com as organizações sociais, com parceria público-privada e com contratos de gestão com organizações da sociedade civil. Nesse campo de atuação diversificada admitida à saúde, destacou-se a atuação dos particulares mediante organizações sociais nos termos da Lei Federal nº 9.637/1998 (Brasil, 1998), autorizando parcerias com particulares que passaram a atuar em caráter complementar na gestão de serviços públicos relacionados à saúde, cultura, pesquisa científica e preservação do meio ambiente, sob a supervisão estatal.

A participação da iniciativa privada no SUS em caráter complementar possibilita ao Poder Público garantir assistência à saúde à população mediante a conjugação de serviços de

---

<sup>21</sup> Lei Federal nº 8.080/1990 - Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (Brasil, 1990a).

<sup>22</sup> Lei Federal nº 8.080/1990 - Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

(...)

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato (Brasil, 1990a).

titularidade pública com os de titularidade privada em caso de insuficiência das disponibilidades do Sistema<sup>23</sup>.

Além da atuação pública direta ou complementada, como prevê o *caput* do art. 199 da CR/1988 (Brasil, 1988), a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, prescrição esta reproduzida e tratada na Lei Federal nº 8.080/1990<sup>24</sup> (Brasil, 1990a). Quando prestados em sede de livre iniciativa privada, os serviços de assistência à saúde compõem a saúde suplementar e devem observar a regulamentação pertinente à atividade, hoje centrada na atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelos planos de saúde no Brasil.

Portanto, a participação da iniciativa privada nas ações e serviços de saúde pode ocorrer tanto em livre iniciativa enquanto serviços privados de assistência à saúde como em atuação privada complementar ao SUS. A Constituição, assim, não previu exclusividade pública ou o monopólio estatal da medicina e de outras áreas da saúde, deixando espaço para a atuação da iniciativa privada, importando ressaltar a disposição constitucional, segundo a qual o setor privado pode atuar especificamente na assistência à saúde, e não nos demais âmbitos integrantes do direito à saúde e do SUS, como se dá com as ações de vigilância sanitária, privativas do Poder Público.

A composição e a organização dos serviços de saúde no país estão refletidas na própria estruturação da norma de regência, porquanto a Lei Federal nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, é integrada pelo Título I, que apresenta disposições gerais na matéria, seguida pelo Título II “Do Sistema Único de Saúde” – em que se inserem os serviços públicos e a atuação privada complementar – e Título III “Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde” (Brasil, 1990a).

---

<sup>23</sup> Conforme Pesquisa de Informações Básicas Estaduais, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019, as empresas privadas com ou sem fins lucrativos são responsáveis por 73% dos 3.013 serviços públicos de saúde, como hospitais e unidades básicas, nos 5.570 municípios brasileiros. Segundo os dados, 58% dos serviços estão sob a gestão de organizações sociais e 15% com empresas privadas, por meio de modelos como as Parcerias Público-Privadas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa nacional de saúde. 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>).

<sup>24</sup> Lei Federal nº 8.080/1990 - Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento (Brasil, 1990a).

O presente trabalho, ao analisar a utilização da mediação nas ouvidorias do SUS como promotora do “acesso à justiça pela via dos direitos” sobre o direito à saúde, examina o serviço de ouvidorias em instituições hospitalares e unidades de saúde componentes do serviço público de saúde, eventualmente integrado pela participação complementar dos serviços privados. Este estudo, portanto, não tem por objeto a assistência à saúde prestada por instituições privadas em livre iniciativa, em que pese uma análise específica do âmbito privado pode apontar eventual aplicabilidade das premissas e conclusões aqui alcançadas, considerando que a instituição privada é usualmente integrada por serviço de ouvidoria e este tem pertinência na efetivação do direito à saúde.

O novo Sistema, que institui a universalidade do direito à saúde e estrutura sua efetivação em nível nacional, é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, de cada esfera de governo, “além de outras fontes” (CR/1988, art. 198, §1º), contexto em que a norma constitucional impõe aos entes federados a aplicação de recursos percentual mínimo (Brasil, 1988). A Lei Federal nº 8.080/1990, de regência do Sistema, consigna, além da destinação de recursos do orçamento da seguridade social (art. 31), os recursos considerados como sendo de outras fontes (art. 32), em que se incluem doações e donativos, alienações patrimoniais e rendimentos de capital, e taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS (Brasil, 1990a).

Os princípios e as diretrizes que orientam o SUS estão previstos no art. 198<sup>25</sup> da CR/1988 e no art. 7º<sup>26</sup> da Lei Federal nº 8.080/1990, sobre os quais se fazem oportunas algumas

---

<sup>25</sup> CR/1988 - Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (...) (Brasil, 1988).

<sup>26</sup> Lei Federal nº 8.080/1990 - Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres

considerações, especialmente nos elementos pertinentes ao direito à saúde propriamente dito, às estruturas e atores envolvidos, aos direitos dos usuários e à finalidade e atuação em que inseridos os serviços de ouvidoria no Sistema de saúde.

Pelo princípio da universalidade de acesso, todos têm acesso às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais, econômicas ou pessoais. Destaca-se que os serviços e o atendimento são gratuitos para todas as pessoas no país<sup>27</sup>, mediante custeio por verbas públicas, de forma que não é cobrado do usuário valor algum para ser atendido.

A diretriz do atendimento integral (ou princípio da integralidade da assistência) estabelece como norteador do SUS que garanta, de forma articulada e contínua, ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos em cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema. Sob essa orientação, ações voltadas a promover a saúde e a prevenir doenças devem estar associadas à assistência ambulatorial e hospitalar voltadas para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, garantindo que cada pessoa tenha acesso a serviço em todos os âmbitos que compõe a saúde.

Nesse aspecto se insere a previsão constitucional de prioridade às atividades preventivas, na compreensão de sua relevância no cuidado ampliado da saúde individual e coletiva, sem prejuízo dos serviços assistenciais, além de ficar ressaltada a necessidade de articulação com outras políticas públicas, para assegurar atuação intersetorial entre as diferentes áreas que repercutem na saúde.

Nesse propósito, a lei de regência previu a criação de comissões intersetoriais<sup>28</sup>, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e integradas pelos órgãos competentes em

---

e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (Brasil, 1990a).

<sup>27</sup> A universalidade do SUS estabelece seu alcance a todos, não apenas brasileiros natos e naturalizados, mas também estrangeiros residentes – ainda que temporariamente – no Brasil. O direito de utilização do serviço público de saúde ao estrangeiro residente no país já era garantido pelo art. 95 da Lei Federal nº 6.815/1980, que foi revogado pela Lei Federal nº 13.445/2017, instituidora da Lei de Migração e cujo art. 4º prevê garantia ao migrante, em condição de igualdade com os nacionais, de acesso a serviços públicos de saúde. Sobre a questão, importa ressaltar que migrantes, refugiados, apátridas e vítimas de tráfico de pessoas têm direito a serem atendidos pelo SUS, conforme normatizado no ordenamento pátrio e reafirmado pelo Ministério da Saúde em nota técnica instituída na questão, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/saude-lanca-nota-tecnica-com-orientacoes-de-atendimento-a-migrantes-refugiados-e-apatridas>. Por sua vez, o turista estrangeiro pode receber atendimento na rede de atenção às urgências do SUS; nesse sentido: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-viajante/durante-sua-estadia#:~:text=Vale%20destacar%20que%20esses%20servi%C3%A7os,por%20meio%20dos%20seguintes%20servi%C3%A7os>.

<sup>28</sup> Lei Federal nº 8.080/1990 - Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

saúde e entidades representativas da sociedade civil, cuja finalidade é articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, em especial alimentação e nutrição, saneamento e meio ambiente, vigilância sanitária e farmacoepidemiologia, recursos humanos, ciência e tecnologia saúde do trabalhador (Brasil, 1990a). Atualmente há dezenove comissões intersetoriais<sup>29</sup>, que assessoram – em seus respectivos temas – o plenário do CNS na formulação de estratégias e no controle da execução de políticas públicas de saúde, além de acompanharem e fiscalizarem as ações e serviços do SUS, reiterando os princípios do SUS e do controle social.

Pela diretriz da participação da comunidade, também prevista enquanto princípio do Sistema, os usuários e cidadãos amplamente considerados atuam na formulação, fiscalização, controle e avaliação de políticas, ações e serviços de saúde, participação que se dá, entre outros meios<sup>30</sup>, pelos canais de registros de manifestações sobre os serviços, notadamente sugestões, elogios, reclamações e solicitações, bem como se materializa pelos Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde em cada esfera de governo (municipal, estadual e federal). A participação da comunidade é objeto de regulação específica na Lei Federal nº 8.142/1990 (Brasil, 1990b), que dispõe sobre a instituição das instâncias colegiadas citadas (Conferência de Saúde e Conselho de Saúde).

Nos termos da Lei Federal nº 8.142/1990, a Conferência de Saúde tem representação dos vários segmentos sociais “para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” (§ 1º, art. 1º), com reunião convocada pelo Poder Executivo a cada quatro anos, e extraordinariamente pelo Executivo ou pelo Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde, por sua vez, é órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo integrado por governantes, profissionais de saúde, usuários e prestadores de serviço e com atribuição voltada a planejamento e controle da execução da política de saúde no ente correspondente (§ 2º, art. 1º), atuando inclusive na auditoria do SUS em cada nível de governo (Brasil, 1990b).

---

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades: I - alimentação e nutrição; II - saneamento e meio ambiente; III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; IV - recursos humanos; V - ciência e tecnologia; e VI - saúde do trabalhador (Brasil, 1990a).

<sup>29</sup> Consulta em junho de 2024, disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/comissoes-cns>.

<sup>30</sup> Como outros meios para materialização da participação da comunidade, tem-se as consultas públicas, a exemplo de consultas sobre incorporação de fármacos ou na elaboração dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Embora as Conferências de Saúde sejam preexistentes ao SUS, como se vê da 8ª Conferência anteriormente analisada, e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) também já existisse, sua instituição no âmbito do novo Sistema ganhou novo caráter e fortalecimento. As instâncias colegiadas citadas constituem canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população, destacando-se a participação da comunidade pela previsão de que “representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” (§ 4º, art. 1º) e, ainda, que os Conselhos têm representação no CNS (Brasil, 1990b).

Também se insere na participação da comunidade medidas instituídas pela Lei Federal nº 13.460/2017, que dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos, cujo teor pertinente às ouvidorias será posteriormente analisado neste estudo. Oportuno salientar nas presentes considerações que referida lei, sem prejuízo de outras formas previstas na legislação, estabelece, no art. 18, que “a participação dos usuários no acompanhamento da prestação e na avaliação dos serviços públicos será feita por meio de conselhos de usuários” (Brasil, 2017a).

Segundo a legislação, conselhos de usuários são órgãos consultivos, cuja organização e funcionamento é regulado por norma de cada Poder e esfera de governo, com atribuição de acompanhar a prestação dos serviços, participar na avaliação deles e propor melhorias, contribuir na definição de diretrizes para o adequado atendimento ao usuário e acompanhar a atuação das ouvidorias (Brasil, 2017a)<sup>31</sup>. A Lei Federal nº 13.460/2017 contém regulação dos serviços públicos amplamente considerados, não restrita à saúde, e orientou a instituição oficial, em 2022, do Conselho de Usuários de Serviços Públicos do Ministério da Saúde<sup>32</sup>.

Por sua vez, o princípio da igualdade da assistência à saúde se refere à igualdade de acesso e de atendimento entre todos, sem qualquer preconceito ou privilégio, admitindo-se discriminação no acesso aos serviços apenas por motivos relacionados às necessidades diferenciadas de saúde e à escolha e adequação das técnicas a serem empregadas.

Princípio referente ao acesso à informação aponta o direito das pessoas assistidas à informação sobre sua saúde, além educação em saúde e informações sobre os serviços correlatos e sua utilização. Oportuno salientar que, na saúde, o Serviço de Informação ao

---

<sup>31</sup> Os conselhos de usuários de serviços públicos encontram regulamentação no Decreto nº 9.492/2018.

<sup>32</sup> O Conselho de Usuários de Serviços Públicos do Ministério da Saúde foi formalmente instituído pela Portaria GM/MS nº 164, de 27 de janeiro de 2022, disponível em: [https://bvsm.sau.br/bvs/sau/legis/gm/2022/prt0164\\_28\\_01\\_2022.html](https://bvsm.sau.br/bvs/sau/legis/gm/2022/prt0164_28_01_2022.html).

Cidadão no âmbito federal é setor da Ouvidoria-Geral do SUS<sup>33</sup>, responsável por atender o cidadão que deseja solicitar o acesso à informação pública de saúde, integração que também se verifica nos serviços de ouvidoria das demais esferas da Federação, de forma que gestão de ações referentes ao acesso à informação no Sistema estão integradas às atribuições da ouvidoria.

Entre os princípios e diretrizes do SUS está também a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, integrada pela ênfase em descentralizar os serviços para os municípios e pela regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. A descentralização distribui responsabilidade e atuação entre os níveis de governo, ensejando maior responsabilidade e autonomia aos governos estaduais e, principalmente, aos municipais para implementar ações e serviços de saúde, de forma a propiciar a democratização do processo decisório e aumentar a capacidade de resposta dos governos em relação aos problemas de saúde de uma comunidade específica (Lima; Machado; Noronha, 2012, p. 440).

A Lei Federal nº 8.080/1990 (art. 10) autoriza que o SUS no nível municipal se organize em distritos para integrar e articular recursos, técnicas e práticas para a cobertura total das ações de saúde, bem como que os municípios constituam consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam (Brasil, 1990a).

Em consonância com a descentralização, o Sistema conta com direção única, cujo exercício se dá em cada esfera de governo, pelo Ministério da Saúde no âmbito da União, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente nos estados e Distrito Federal e, no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (Brasil, 1990a, art. 9º).

O Sistema é estruturado e caracterizado por rede regionalizada e hierarquizada, de modo que as ações e os serviços são definidos por níveis de atenção e complexidade (hierarquização) e distribuídos geograficamente (regionalização). A estrutura e composição do SUS engloba a atenção primária, a média e a alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e a assistência farmacêutica, efetivados pela participação de todos os entes da Federação, em rede organizada hierarquicamente segundo os diferentes níveis de complexidade das ações e dos serviços de saúde. Pela regionalização, é definida a articulação entre os serviços, instituindo um fluxo de acesso e atendimento entre as unidades que compõem o Sistema, de modo que o

---

<sup>33</sup> Para referências do Serviço de Informação ao Cidadão do Ministério da Saúde, conferir: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/sic>.

usuário tenha acesso a uma unidade de referência, correspondente a um nível mais básico do SUS (Atenção Primária), como também a unidades para ações e serviços de maior complexidade.

A organização do SUS e a assistência à saúde são tratadas no Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei Federal nº 8.080/1990. O referido ato normativo consigna, em seu art. 2º, a constituição de Regiões de Saúde como “agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados” para integrar as ações e serviços de saúde, sendo elas consideradas na definição da Rede de Atenção à Saúde, que consiste em “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”, que possui “Portas de Entrada”, consubstanciadas em serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS (Brasil, 2011a).

Assim, a constituição e disposição do Sistema se dão tendo em vista o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde, que se inicia pelas “Portas de Entrada” do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Nesse fluxo, conforme art. 9º do Decreto nº 7.508/2011, constituem “Portas de Entrada” os serviços de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e os especiais de acesso aberto (serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que necessita de atendimento especial em razão de agravo ou de situação laboral), podendo ser estabelecidas outras Portas segundo a necessidade da região. As “Portas de Entrada” devem, caso necessário, referenciar os serviços de atenção hospitalar, os ambulatoriais especializados e outros de maior complexidade e densidade tecnológica (art. 10), compondo a referida rede regionalizada e hierarquizada (Brasil, 2011a).

Nessa conjuntura, importa também destacar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS, em razão de sua pertinência ao objeto do presente estudo. O Sistema abarca a execução de ações de assistência terapêutica integral, em que está incluída a assistência farmacêutica, de modo que, além de ofertar procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado, ele também inclui a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde (órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos), conforme as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com os parâmetros dispostos na legislação (Brasil, 1990a).

Na assistência farmacêutica (Brasil, 2024a), estão inseridos insumos enquadrados como componente básico, referente ao tratamento dos principais problemas e aos cuidados sobre condições de saúde da população brasileira na atenção primária à saúde (inclui, por exemplo, insumos para diabetes, hipertensão, anticoncepção, rinite e dignidade menstrual); componente estratégico, composto por aqueles para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com pertinência epidemiológica, socioeconômica ou sobre populações vulneráveis (como influenza, doenças hematológicas, tabagismo, deficiências nutricionais, tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, esquistossomose, leishmaniose, meningite, micoses sistêmicas); e componente especializado, organizado em grupos segundo suas características e ente responsável, integrados às linhas de cuidado instituídas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (inclui algumas anemias e diabetes, artrite reumatoide, osteoporose, psoríase, doenças de Alzheimer, de Parkinson e de Crohn, escleroses, esquizofrenia, imunodeficiência por HIV e medicamentos relativos a transplantes).

A assistência farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e constitui um dos grandes desafios dos gestores e profissionais do SUS, tanto pelos recursos financeiros envolvidos como pela necessidade de aperfeiçoamento contínuo e de estratégias no seu gerenciamento. Envolve a aquisição e a distribuição de medicamentos, mas também elaboração de planos, programas e atividades específicas, de acordo com as competências estabelecidas para cada esfera de governo e sua implementação, de forma a assegurar a eficiência das ações, o acesso da população – especialmente aos medicamentos considerados essenciais para atender as necessidades prioritárias de saúde da população –, o uso racional dos medicamentos e a inserção efetiva da assistência farmacêutica como uma ação de saúde.

Permeando os princípios e diretrizes citados e as ações desenvolvidas no SUS há diversas políticas de saúde, devendo-se salientar, por sua pertinência às questões analisadas no presente estudo, a Política Nacional de Humanização, política institucional criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e que envolve as instâncias federal, estadual e municipal em referenciais para efetivar os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, aprimorando os modos de gerir e cuidar (Brasil, 2024c).

Também conhecida como HumanizaSUS, essa política atua de forma transversal às demais políticas de saúde, a fim de promover a humanização no âmbito da atenção e da gestão da saúde no Brasil. Humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo

de produção de saúde, quais sejam, usuários, trabalhadores e gestores, o que importa em oportunizar a autonomia, o protagonismo e a capacidade de transformarem sua realidade, mediante responsabilidade compartilhada, criação de vínculos solidários, construção de redes de cooperação e participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (Brasil, 2024c).

A política em questão estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para “construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si” (Brasil, 2024c). Para tanto, articula equipes regionais e secretarias estaduais e municipais de saúde, promove rodas de conversa, realiza cursos e oficinas de formação/intervenção e discussão dos processos de trabalho, incentiva redes e movimentos sociais, indica uma gestão dos conflitos pela inclusão das diferenças e dissemina inovações no cuidado e na gestão em saúde (Brasil, 2024c).

A Política Nacional de Humanização está pautada nos princípios da transversalidade; pois deve estar inserida em todas as políticas, programas e espaços do SUS, removendo isolamento de áreas e hierarquização das relações de poder e ampliando o grau de contato e comunicação entre as pessoas, grupos e setores; da indissociabilidade entre a atenção e a gestão da saúde, reconhecendo que as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde e, portanto, estimulando participação ativa de todos os sujeitos no processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva e posição protagonista do usuário e de sua rede sociofamiliar nos tratamentos, como corresponsáveis com a equipe de saúde; e do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, segundo o qual mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um, valorizando e incentivando sua atuação na produção de saúde e promovendo o compartilhamento de responsabilidades (Brasil, 2024c).

O Brasil apresenta extensão continental, com área territorial superior a 8.510.000 quilômetros quadrados, organizado em vinte e seis estados e Distrito Federal, que são compostos em cinco grandes regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), integrado por mais de 5.560 municípios, com população residente em 2022 de 203.080.756 pessoas, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>34</sup>, conjuntura que

---

<sup>34</sup> Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html> e em <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial.html>.

aponta ser extenso o desafio de efetivar as medidas apresentadas em um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito a toda a população.

A consideração da realidade brasileira demonstra que a legislação sanitária é muito mais avançada que a situação fática do País, porquanto o Sistema de saúde apresenta diversas carências e não efetivou a implementação das ações e serviços de saúde a todos de forma integral. Todavia, há que se reconhecer a valia positiva da cobertura prevista, de seus princípios e diretrizes e da compreensão ampliada da saúde, por um Sistema universal e integral, a todos os cidadãos e em todos os aspectos correlatos à saúde, parâmetro a ser perseguido para a efetiva e plena concretização do Sistema.

Trata-se, portanto, de Sistema extenso e complexo, integrado por diversos sujeitos, serviços e ações em assuntos múltiplos e âmbito nacional, a despeito de regionalizado e descentralizado em alcance do nível local. A efetivação do direito à saúde, notadamente sob a concepção do acesso à justiça pela via dos direitos, precisa ser integrada pela consideração dos atores e sujeitos envolvidos, o que se passa a analisar.

### **2.3 Panorama dos atores do SUS e especificação dos sujeitos em análise**

O SUS, de composição múltipla como descrita, é integrado por multiplicidade de atores, notadamente órgãos, instituições e entes colegiados, em sua maioria integrantes da Administração Pública, que devem ser considerados quando se estuda o Sistema.

A presente pesquisa, voltada à análise do acesso à justiça pela via dos direitos sobre a saúde nos serviços de ouvidoria, tem por foco os sujeitos – pessoas físicas – envolvidos no Sistema, agrupados em gestores, profissionais da saúde e usuários, em razão de sua pertinência direta e específica às ações e serviços de saúde que se analisa neste trabalho e à atuação da ouvidoria. São aqui denominados sujeitos para sua distinção em relação a órgãos, instituições e entes que integram o SUS como atores relevantes.

Nada obstante não sejam elemento central deste trabalho, oportuna e necessária a indicação ampliada de atores presentes e integrados ao SUS, em especial considerando serem diretamente definidores da atuação e participação desses sujeitos no Sistema.

Como exposto quando da consideração da diretriz de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, os órgãos que exercem referida direção configuram atores relevantes no SUS.

No âmbito da União, a direção do SUS é exercida pelo Ministério da Saúde, órgão do Poder Executivo Federal responsável por organizar e elaborar planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros. Destaca-se sua competência para dispor sobre critérios e diretrizes gerais, inclusive sobre a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) em âmbito nacional, sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e sobre os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional (Brasil, 2011a). Compete-lhe, ainda, a administração dos recursos financeiros do SUS na esfera federal e a definição sobre incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos no SUS, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Brasil, 1990a).

Importa assinalar que a Ouvidoria-Geral do SUS é órgão integrado ao Ministério da Saúde e será objeto de consideração posterior no capítulo quarto.

No âmbito dos estados e do Distrito Federal, a direção do Sistema é realizada pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. Oportuno destacar que cada Secretaria tem estrutura e organização próprias, composta segundo disposto na legislação estadual, muitas integradas por subsecretarias, diretorias, gerências, assessorias, superintendências e outros órgãos. Para ilustrar a questão quanto ao tema deste estudo, a Ouvidoria no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde (SES) em alguns casos é órgão subordinado diretamente ao gabinete do Secretário e, em outros, integra unidade interna à SES submetida a outro gestor.

No âmbito dos municípios, a direção do SUS se dá pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, contexto em que é da autonomia e definição municipal a instituição de serviço de ouvidoria especificamente integrado a esta Secretaria.

Na organização do SUS, segundo sua lei de regência, há atribuições comuns<sup>35</sup> desempenhadas pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em seu

---

<sup>35</sup> Lei Federal nº 8.080/1990 - Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde; V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador; VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente; VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde; IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde; XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública; XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal; XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a

âmbito administrativo, entre as quais se incluem definir as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde; administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados à saúde; acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e das condições ambientais; organizar e coordenar um sistema de informação em saúde; elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo promoção da saúde do trabalhador; promover a articulação entre política e saúde; e elaborar normas para regular as atividades de serviços privados de saúde (Brasil, 1990a).

Há, ainda, competências específicas atribuídas a cada ente, nos termos dos art. 16 a 19 da Lei Federal nº 8.080/1990. A título exemplificativo, à direção nacional do SUS compete atuar sobre políticas de alimentação e nutrição, políticas de saneamento básico, políticas concernentes a condições e ambientes de trabalho, elaboração de normas de regulação das relações entre SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde, promoção da descentralização dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual e municipal (Brasil, 1990a).

À direção estadual do Sistema compete, entre outros, coordenação e execução complementar de ações da competência federal, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS, identificação dos estabelecimentos hospitalares de referência e gestão dos sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional, bem como promoção da descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde, aos quais deve apoio técnico e financeiro, além de executar supletivamente a eles ações e serviços de saúde (Brasil, 1990a). A legislação salienta que o planejamento da saúde no âmbito estadual deve se dar de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos municípios (Brasil, 2011a).

Por sua vez, a direção municipal do SUS tem competência na execução, em âmbito municipal, das políticas estabelecidas pelas demais esferas em suas competências, e compete-lhe planejar, organizar, gerir, executar e avaliar os serviços públicos de saúde em seu âmbito de atuação, e participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e

---

autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização; XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente; XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde; XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde; XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde; XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária; XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial (Brasil, 1990a).

hierarquizada do Sistema, em articulação com sua direção estadual. Quanto ao Distrito Federal, competem-lhe as atribuições reservadas aos estados e aos municípios (Brasil, 1990a).

O apontamento ilustrativo das competências e atribuições dos entes federados intenta evidenciar a amplitude e a complexidade do Sistema, não apenas em relação às ações e serviços a ele integrados e seu alcance em diversas áreas, níveis e locais, mas também quanto à organização, gestão e operacionalização do SUS. Referida conjuntura reflete na efetivação do Sistema em seus diversos níveis e, ainda, nas ações e serviços cotidianos da saúde, inclusive no que toca diretamente aos sujeitos considerados no presente trabalho e à atuação dos serviços de ouvidoria na questão, como será tratado nos capítulos quarto e quinto.

Na consideração de atores integrantes do Sistema, oportuna a indicação de outros, especialmente por sua atuação na conformação das ações e serviços de saúde, na efetivação da participação da comunidade e no estabelecimento de diretrizes pertinentes ao SUS.

A Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, instâncias colegiadas antes citadas, reguladas na Lei Federal nº 8.142/1990, configuram atores no SUS, notadamente considerando sua atuação e competência (Brasil, 1990a), além de configurarem via para efetivar a participação da comunidade, integradas pela pluralidade de sujeitos do Sistema. A organização e as normas de funcionamento das citadas instâncias são definidas em regimento próprio, mas a legislação estabelece que a representação dos usuários em cada um deles “será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” (Brasil, 1990b, art. 1º, §1º).

Como já consignado, a Conferência de Saúde em cada esfera de governo tem função de avaliar o quadro de saúde e propor as diretrizes para orientar a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (municipal, estadual, federal).

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados permanentes e deliberativos compostos por “representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários” (§ 1º, art. 1º), que atuam “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (§ 2º, art. 1º), sem prejuízo das funções do Poder Legislativo (Brasil, 1990b).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>36</sup> atua na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, na definição de diretrizes para planejamento em saúde e de parâmetros assistenciais, na elaboração de

---

<sup>36</sup> Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde está disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/regimento-interno-cns>.

cronograma de transferências de recursos financeiros do SUS aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, na atuação complementar do setor privado e no acompanhamento do desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde.

Nesse âmbito, se destacam os já citados Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que além de indicarem representante para compor o CNS, compõe diretamente a organização do SUS. O art. 14-B da Lei Federal nº 8.080/1990 dispôs que os dois Conselhos indicados “são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social” (Brasil, 1990a).

O CONASS<sup>37</sup> é composto pelos Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais e conta com câmaras técnicas para auxiliarem nas funções de coordenação, regulação e avaliação do SUS no âmbito estadual e na cooperação técnica com municípios. Por sua vez, o CONASEMS<sup>38</sup> congrega as Secretarias Municipais de Saúde ou órgãos equivalentes e seus respectivos Secretários ou detentores de função equivalente no exercício de suas atribuições no desenvolvimento da saúde pública.

Importa, ainda, registrar a instituição de Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) no âmbito de cada estado, reconhecidos na alteração legislativa acima citada como “entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos” (Brasil, 1990a, art. 14-B, §2º).

Por sua vez, o art. 14-A à Lei Federal nº 8.080/1990 dispõe o reconhecimento das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como “foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS)”, órgãos que têm por objetivo “decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde”; “definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados” e “fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração

---

<sup>37</sup> Regimento Interno disponível em: <https://www.conass.org.br/transparencia/wp-content/uploads/2023/12/Regimento-Interno-Cartorio.pdf>.

<sup>38</sup> Estatuto disponível em: <https://portal.conasems.org.br/institucional/estatuto>.

de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados” (Brasil, 1990a).

O Decreto nº 7.508/2011, regulamentador da lei de regência do SUS, indica que as Comissões Intergestores são instâncias permanentes de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. Em suma, incumbe a elas pactuarem a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, definindo elementos operacionais, financeiros, administrativos, diretrizes responsabilidades dos entes e outros, segundo discriminado no art. 32<sup>39</sup> do diploma normativo (Brasil, 2011a).

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), compostas por gestores das três esferas de governo, é instituída no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais, destacando-se sua atuação em pactuar diretrizes para definição da RENASES. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada por gestores estaduais e de seus respectivos municípios, se estabelece no âmbito do estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, competindo-lhe, entre outros, pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional. Há, ainda, previsão legal da instituição de Comissão Intergestores Regional (CIR), no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais e que deve observar as diretrizes da CIB (Brasil, 2011a).

Em suma, as Comissões constituem foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores na construção de consensos federativos em cada nível da organização do Sistema, notadamente nacional, regional e estadual.

---

<sup>39</sup> Decreto nº 7.508/2011 - Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão: I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde; II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos; III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos; IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação: I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES; II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais (Brasil, 2011a).

Para ilustrar as atribuições indicadas, a RENASES, concernente à relação nacional que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde, é composta segundo disposição do Ministério da Saúde em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT, ao passo que União, estados, Distrito Federal e municípios pactuam – nas respectivas Comissões Intergestores – suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES. Nesse aspecto, estados, Distrito Federal e municípios podem, em consonância com a RENASES, adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, segundo pactuado nas Comissões Intergestores (Brasil, 2011a).

No mesmo sentido, a RENAME, referente à relação nacional que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS e por ele disponibilizados, e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional têm sua disposição sob competência do Ministério da Saúde segundo as diretrizes pactuadas pela CIT (Brasil, 2011a). A referida lista é objeto de atualizações conforme haja tecnologias incorporadas, excluídas e alteradas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, órgão colegiado do Ministério da Saúde, tudo mediante observância, entre outros, dos parâmetros normativos postos sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde nos art. 19-M a 19-U da Lei Federal nº 8.080/1990 (Brasil, 1990a). Estado, Distrito Federal e município podem, por sua vez, adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, segundo o pactuado nas Comissões Intergestores, ao passo que todas as relações – RENAME e complementares – somente podem conter produtos com registro na ANVISA.

Outrossim, pelas diretrizes que orientam o Sistema, as ações e serviços de saúde contam com atenção primária em base local, instituída em um município, uma região municipal ou um consórcio de municípios, que deve proporcionar atendimento contínuo, com a contribuição técnica e financeira dos estados e da União, referenciando serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados na rede regional ou interestadual para integralidade do atendimento. Os estabelecimentos hospitalares de referência e a gestão dos sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional, estão sob a responsabilidade do estado, incumbindo à União a competência da direção nacional do SUS para definir e coordenar o sistema de redes integradas de assistência de alta complexidade. Desse modo, a demanda de um

usuário por serviço pode ser referente a provimento de baixa, média ou alta complexidade, implicando os distintos entes pertinentes a cada medida.

Na definição dos valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, são considerados critérios entre os quais se inserem perfil demográfico da região, perfil epidemiológico da população a ser coberta, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior e níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais (Brasil, 1990a). Ressai, pois, a consideração das particularidades e distinções entre as regiões e localidades, além da resultante de repasses financeiros distintos entre elas, de modo que a rede de serviços do SUS é estruturalmente diversa conforme sua localização geográfica, realidade na qual áreas economicamente mais desenvolvidas apresentam maior capacidade instalada de serviços<sup>40</sup>.

Procedimentos e medicamentos previstos, não previstos, presentes, insuficientes e escassos no Sistema constituem elemento central e relevante na realidade das ações e serviços de saúde e que, com recorrência, compõem ponto conflituoso no cotidiano do sistema em face do usuário do serviço público, como será abordado em tópico deste estudo. Oportuno, portanto, esclarecer e considerar a composição do Sistema em sua integralidade e complexidade no estudo proposto.

O federalismo brasileiro refletiu na construção de um Sistema conformado pelos poderes que o integram em cada ente da Federação, contemplando, ainda, a necessária participação popular, inclusive nos órgãos de deliberação e fiscalização e na definição e organização dos serviços de saúde, bem como em seu controle e avaliação.

Como anteriormente assinalado, essa multiplicidade de atores é composta por sujeitos, que integram o objeto deste estudo e que aqui se organiza em três categorias, concernentes a gestores, profissionais da saúde e usuários do sistema. São denominados neste trabalho como sujeitos em razão de serem pessoas físicas integradas ao Sistema, cada uma em atuação correlata à categoria indicada com pertinência ao estudo realizado, e em razão da necessária distinção entre eles e os atores – pessoas jurídicas – do SUS acima expostos.

Por gestores, designa-se neste trabalho os agentes políticos que atuam na direção e gestão do SUS em cada esfera de governo, bem como os agentes públicos atuantes em funções e órgãos da administração e gestão do Sistema, incluindo gestão e administração de unidades

---

<sup>40</sup> Sítio eletrônico do CONASEMS disponibiliza Painel de Apoio à Gestão (<https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio>), como estratégia para o fortalecimento da gestão municipal e o processo de regionalização da saúde, contendo dados referentes à capacidade instalada do SUS, com consulta nacional e específica por região do país, macrorregião de saúde, região de saúde e município, disponível em: <https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/capacidade-instalada>.

de saúde. Profissionais da saúde designa a multiplicidade dos profissionais que atuam nas ações e serviços do SUS especificamente na assistência à saúde. Na categoria de usuário se designa todo cidadão que utiliza o SUS e seus serviços em qualquer nível de assistência.

Com efeito, gestores e profissionais da saúde – e o próprio ouvidor – eventualmente figuram também como usuários na medida em que se utilizam das ações e serviços que integram o Sistema.

Sobre gestores, oportuno salientar que figuram em todos os níveis de governo, havendo os que integram entes federais, estaduais e municipais. São sujeitos em posição estratégica no planejamento, estruturação e efetivação do Sistema, contexto em que alguns, seja por projeto de gestão, ideologia pessoal ou por pressão, se posicionam como defensores de maiores recursos e atenção ao SUS.

Não se pode olvidar que os gestores, notadamente os ocupantes de cargos políticos de atuação generalista – não restrita à saúde – e os próprios chefes de governo em cada esfera, detêm atribuições múltiplas a outras áreas e assuntos, pelo que seus esforços e atuação não são exclusivos à saúde. Eventual ampliação de recursos dedicados à saúde, reformas e melhorias vultosas, operacionalizações substanciais das ações em saúde e outras estratégias que privilegiem a saúde carregam consigo custo político e estrutural na gestão da diversidade de políticas públicas<sup>41</sup> e ações de governo, aspectos que não se restringem ao Poder Executivo, mas também Legislativo e Judiciário, além da implicação de entidades privadas.

Mesmo quando consideradas exclusivamente as políticas e medidas em saúde, o gestor lida com definições sobre prioridades a serem dadas, não apenas quanto às ações e serviços, mas especialidades, complexidades, regiões e localidades, à luz da amplitude do Sistema que agrega em si diversidade de medidas, ações, demandas e comunidades. O desafio inerente à realidade de alocação de recursos limitados e, ainda, escassos face à extensão da demanda.

Há pressão nacional, política e popular para que os gestores melhorem a saúde, pelo que há sobre eles expectativa de que não apenas promovam boa administração do serviço em termos de sua manutenção, mas que assegurem seu aperfeiçoamento, melhoria e solução de falhas.

Destaca-se, nessa consideração, os Secretários Municipais de Saúde e Secretários Estaduais de Saúde, por sua pertinência no planejamento, organização e execução da política de saúde, com realce ainda maior para os agentes municipais em razão da descentralização que

---

<sup>41</sup> No presente trabalho, a menção a política pública diz respeito a programas, projetos e atividades governamentais, desenvolvidos pela administração pública direta e indireta da União, estados e municípios e voltados a concretizar os direitos reconhecidos na Constituição e nas leis, por meio de ações e abstenções resultantes de escolhas vinculadas ou discricionárias do gestor público.

orienta o Sistema. Como descrito em tópico anterior deste trabalho, a política pública de saúde tem caráter federativo e intergovernamental, estabelecendo conjunto amplo de competências em saúde para serem estruturadas e executadas em âmbito municipal e, ainda, parâmetros locais como relevantes na construção da política de saúde em âmbito regional e nacional.

Especificamente sobre o gestor municipal, necessário realçar a relevância de sua atuação na efetivação da política relativa ao SUS, tanto na esfera de execução das ações, como de seu planejamento e organização:

[...] os gestores municipais têm que formular e implementar estratégias diferenciadas para conduzir esse complexo local de governança em saúde em um contexto dual de gestão, caracterizado tanto por avanços que abrangem a ampliação de níveis regionais de renda e de oferta de serviços, expansão e diversificação de políticas e programas e ganhos de institucionalidade e de melhoria das instâncias de governança regional, quanto pela persistência de disparidades regionais expressivas, baixa capacidade de coordenação e planejamento, conflitos distributivos, insuficiência de financiamento, judicialização e ausência da participação de atores relevantes do sistema político local e regional na construção das estratégias de regionalização  
Esse processo é extremamente dinâmico e, a cada ciclo de gestão de quatro anos, correspondente aos mandatos do Poder Executivo local, assumem novos gestores, com perfis que podem variar de forma significativa em relação aos anteriores, e percepções as mais diversas sobre o papel das secretarias municipais de saúde no SUS (Ouverney *et al.*, 2022, p. 79).

A gestão do SUS contam com diversos desafios, ao passo que o gestor em cada esfera e âmbito é confrontado com conjunto específico deles, afetado pelas particularidades locais. Estudo realizado com gestores municipais do SUS na gestão 2017-2020 salienta, entre os principais desafios ao agente municipal, a presença de limitações estruturais que compõem uma agenda estratégica nacional de aperfeiçoamento do SUS, destacando dificuldades da gestão local em saúde sobre a garantia de consultas e exames especializados, o fortalecimento de instâncias regionais de governança, a qualificação de quadros técnicos para o planejamento, a formação de conselheiros e a melhoria do padrão de alocação de recursos (Ouverney *et al.*, 2022).

Assim, os gestores, especialmente os que figuram como atores políticos, têm posição estratégica no funcionamento das diversas instâncias do SUS e na implementação, gestão e impactos de políticas e programas, pois consistem em referenciais relevantes para a definição de estratégias de aperfeiçoamento do SUS.

Os profissionais da saúde do SUS, por sua vez, integram vários níveis, tanto no aspecto da organização institucional como na assistência médica prestada, compondo médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogo, farmacêutico, biomédico, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e

outros. Além de referida multiplicidade, também ocorrem distinções entre os que são servidores públicos efetivos e os que são contratados ou colaboradores terceirizados, além de haver alguns em posição de chefia e distinção entre profissionais professores (preceptores), residentes e acadêmicos.

Os sujeitos integrados à categoria de profissional de saúde do SUS se distinguem quanto à instituição de exercício da assistência, estrutura de trabalho e natureza do atendimento prestado, havendo os que atuam em assistência generalista e outros em especializada, além de haver atendimento em unidades básicas de saúde (postos ou centros de saúde) referentes à atenção primária, em programas de saúde da família, em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), clínicas, hospitais – com atendimentos de média e alta complexidade e, alguns, com pronto atendimento – e, ainda, prestação de atendimento ambulatorial, hospitalar e domiciliar em certas hipóteses.

Somado ao exposto, as instituições de saúde figuram também como lugar de ensino e aprendizagem da prática em saúde, inserindo em suas áreas acadêmicas graduandos e residentes em formação, além de inserir ao profissional atuante funções e atividades pertinentes à educação em saúde, destacando-se haver hospitais escola, em que a assistência à saúde é conjugada com o espaço para a formação profissional em saúde.

A pertinência do usuário com o serviço de ouvidoria é manifesta, inclusive por constituir meio de sua participação e voz, como será analisado. Importa, contudo, destacar também a pertinência do profissional da saúde com a ouvidoria, tendo em vista que ele também figura como usuário do serviço de ouvidoria, podendo registrar manifestações. A atuação da ouvidoria se revela ferramenta na estruturação do trabalho ético-profissional, ao integrar a avaliação do comportamento funcional dos trabalhadores, tanto uns com os outros e com a instituição como em face do usuário do Sistema.

A despeito de haver ações em saúde realizadas pelo profissional da saúde em caráter individual, como uma consulta, um exame ou ministração de um medicamento, a assistência à saúde, notadamente em razão da integralidade, se estabelece em caráter multidisciplinar, de forma que o profissional se insere em uma atuação em equipe multiprofissional. A presença de heterogeneidade de métodos e de escopos nas equipes de saúde, especialmente considerando as distintas especialidades e âmbitos de atuação de cada profissional, proporciona o tratamento ampliado e integral do paciente, mas pode ser fonte de discordâncias e conflitos entre integrantes da equipe e entre esta e os pacientes e seus familiares, o que demandará uma abordagem adequada ao tratamento da questão e prosseguimento das relações.

O profissional de saúde deve, além de dominar os conhecimentos técnico-científicos pertinentes à sua função, estabelecer relações interpessoais com sua equipe de trabalho, com o usuário do serviço e com o gestor ao qual se vincula. Mesmo quando considerado o ato da assistência à saúde em si, para que o profissional da saúde tenha uma visão integral do paciente para agir, ele precisa compreender que os componentes psicológicos e socioculturais relacionados com o paciente, a família, o trabalho e o contexto em que ambos os sujeitos estão inseridos, são partes indissociáveis dos fenômenos biológicos, tanto sobre a saúde quanto sobre a doença.

A conjuntura de atuação do profissional influencia em sua estrutura de trabalho e, ainda, na relação que estabelece com gestores e com usuários, influência que precisa ser levada em conta. O profissional de saúde está, por evidente, inserido na efetivação do direito à saúde pela assistência e serviço que presta, inserção que, contudo, também se estabelece sobre outros aspectos, como a confiabilidade e referência do usuário em relação ao SUS, a definição de processos de trabalho e protocolos em saúde, orientação de medidas de gestão sobre a unidade de saúde em que atua.

Ressalte-se que o ouvidor, em alguns contextos e instituições, partilha da identificação com o gestor, notadamente nas unidades em que as funções pertinentes à ouvidoria são acumuladas em certo cargo de gestão, e da identificação como profissional da saúde, em especial considerando que o ocupante da função de ouvidor eventualmente é profissional da saúde em exercício até ser conduzido à atuação em ouvidoria. Nada obstante a possibilidade dessas identificações, a análise desenvolvida neste trabalho abordará o ouvidor de forma isolada, como apartado e distinto dos demais sujeitos, para consideração dos elementos que sejam específicos à sua condição de ouvidor, de modo a permitir um exame mais abrangente que seja pertinente às situações em que se enquadre ou não como gestor ou profissional.

Indo além, o usuário do SUS é sujeito múltiplo em seu perfil, contexto e características, bem como na forma ou amplitude como se relaciona com a saúde pública, de caráter universal.

Nesse ponto, importa repisar que o SUS assegura atendimento a todos, nacionais e estrangeiros residentes, ainda que contratem plano de saúde (ou seguro de saúde) privado de cobertura parcial ou integral. Em outras palavras, o usuário que contrata plano de saúde privado no âmbito da saúde suplementar conserva a garantia constitucional e legal de ser atendido junto ao serviço público de saúde.

Há, portanto, usuários cuja atenção à saúde é obtida exclusivamente no SUS, há aqueles que se utilizam do SUS complementado com o uso de serviços privados e há outros que se

colocam integralmente sob assistência à saúde em atendimento privado, utilizando o SUS apenas em serviços e ações específicos.

Considerando referida conjuntura e a multiplicidade de perfis dos usuários, que se desdobra em muitas variáveis<sup>42</sup>, inclusive quando se considera as diferentes regiões do país, passa-se à identificação do usuário em aspectos gerais.

Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com levantamento de dados nos anos de 2013 e 2019, indica que os indivíduos atendidos pelo SUS apresentam o predomínio de mulheres, predomínio de pretos e pardos, baixa escolaridade (ensino básico – fundamental e médio – incompleto ou ausente), maioria com renda familiar per capita inferior a um salário-mínimo, sem deter plano privado de saúde, com predominante das consultas ambulatoriais e motivadas por doença ou medidas de prevenção. O acesso a medicamentos e atendimentos de emergência também se destaca entre os serviços utilizados pelo usuário do SUS (IBGE, 2020).

No levantamento feito em 2019 sobre o serviço na atenção primária à saúde, 53,8% dos usuários desse serviço não tinham trabalho, sendo que 64,7% tinham renda domiciliar per capita inferior a um salário-mínimo e os 32,3% seguintes inseriam-se na faixa de 1 a 3 salários-mínimos. Lado outro, cerca de 94,4% dos usuários analisados não tinham plano de saúde privado (IBGE, 2020).

Em que pese o SUS tenha sido concebido em caráter universal como uma política para toda a população, independentemente de condição socioeconômica, e integral, a todos os níveis de complexidade da assistência, a existência de grandes desigualdades entre as localidades e entre os sistemas de saúde instalados em cada local e região são importante obstáculo à efetivação plena desses referenciais ao usuário.

As atribuições e competências de cada um desses sujeitos permeiam e definem a relação existente entre eles, tanto a presença efetiva de tal relação como a qualidade dela. As relações interpessoais entre profissionais da saúde e usuários compõem a operacionalização e realização das ações e serviços de saúde, porquanto o atendimento prestado ao usuário em qualquer instância da Federação ou nível de complexidade é integrado pelo contato interpessoal entre a equipe multiprofissional e o paciente.

---

<sup>42</sup> O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), atuante no controle e processamento de dados referentes à saúde, provendo os órgãos do SUS com sistemas de informação e suporte técnico para amparar o planejamento, operação e controle no Sistema, possui sítio eletrônico onde são disponibilizadas informações em saúde, com indicadores relativos aos serviços e recursos físicos, às redes assistenciais, às pactuações em saúde, aos recursos humanos e ao usuário, incluindo dados epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.

Ainda que o gestor não venha a ter relação e contato pessoal com usuários do SUS, pode vir a se colocar em contato com eles mediante canais de participação da comunidade, ao passo que o contato do gestor com profissionais pode existir diretamente ou mediante figuras de chefia, conformando diversos pontos relacionais envolvendo gestores.

O ouvidor e o serviço de ouvidoria do SUS figuram como sujeito e local que perpassa – em maior ou menor grau, segundo o local e a estrutura considerados – todos esses sujeitos e relações, como será apresentado nos capítulos quarto e quinto deste trabalho.

As citadas relações interpessoais, notadamente naquilo em que mobilizam a atuação dos serviços de ouvidoria do Sistema, e sua influência sobre a efetivação do direito à saúde no âmbito do SUS são o foco deste trabalho, sem descuidar da relevância das relações institucionais – inclusive intra e interinstitucionais – e de seus desdobramentos, razão pela qual passa-se a considerações e delimitações dos aspectos pertinentes ao presente estudo.

As relações interpessoais estabelecidas no âmbito das ações e serviços de saúde apresentam os aspectos próprios a toda interação humana, que engloba o reconhecimento do outro, os interesses pessoais em convívio com interesses coletivos e eventuais discórdias e descontentamentos em maior ou menor grau, destacando-se que as relações em saúde agregam, ainda, particularidades na questão, marcadas pelo adoecimento, sofrimento e risco de morte, como pela saúde, recuperação e reabilitação.

As relações interpessoais na saúde pública integram o usuário, muitas vezes debilitado pela enfermidade e assombrado pela incapacidade e pela morte, provocado a expor suas fragilidades à intervenção clínica e confiar na assistência recebida colaborando em sua efetivação; o profissional, que convive a expectativa de assegurar a efetivação da saúde e atua sob os desafios disso decorrentes, das exigências do serviço, da interação com outros profissionais, da estrutura da unidade de saúde; e o gestor, de quem é exigido agir sobre a dor e a doença, mas em grau ampliado a toda uma coletividade, lidando com as questões estruturais, orçamentárias, laborais, políticas e institucionais que afetam esse agir, fazendo-o de modo a atender aos parâmetros, diretrizes, competências e deveres referentes ao SUS. Soma-se a esses elementos listados de forma ilustrativa as particularidades de cada sujeito, com sua história, interesses, valores, concepções, crenças, cultura e grau de instrução.

É necessário, portanto, reconhecer que os fatores e elementos de estrutura, gestão e resolutividade do SUS interferem na qualidade das relações instituídas entre os sujeitos indicados, embora não sejam determinantes absolutos dela.

Os sujeitos influenciam a estruturação do SUS e serviços correlatos, em que se insere a ouvidoria nas competências que lhe foram postas no ordenamento jurídico. Diante da complexidade do SUS e dos múltiplas elementos que o integram, anteriormente descritos, o acesso à justiça no âmbito do direito à saúde envolve essa multiplicidade de fatores.

Assim, o acesso à justiça pela via dos direitos na saúde exige a análise dessa concepção de acesso e de seus parâmetros mediante a consideração da saúde pública em estudo.

### 3 ACESSO À JUSTIÇA PELA VIA DOS DIREITOS NA SAÚDE

O direito à saúde, sob a perspectiva do “acesso à justiça pela via dos direitos”, demanda a garantia de sua efetividade, que depende da informação acerca dos direitos, do recurso a uma instância ou entidade à qual se reconheça legitimidade para dirimir eventual litígio e da efetiva reparação da injustiça ou desigualdade proveniente da violação do direito, bem como a possibilidade de participação na conformação do próprio direito para o pleno acesso à justiça pela via dos direitos (Avritzer; Marona; Gomes, 2014).

A análise do acesso à justiça, por sua própria natureza e elementos que envolve, é permeada pela existência de conflitos relativos ao direito à saúde em si e às questões relacionados à sua efetivação, como sujeitos, serviços, relações e instituições, de modo que a abordagem de conflitos relativos ao direito é fator central no estudo do acesso à justiça.

O acesso à justiça pela via dos direitos na saúde importa, portanto, várias dimensões para sua concretude, especialmente quando se considera referido direito no âmbito da saúde pública, realidade em que se insere o serviço de ouvidoria do SUS. E, ainda, o desenvolvimento do acesso à justiça sob essa perspectiva toca a consideração do tratamento de conflitos verificados nesse âmbito.

Entre as atribuições da ouvidoria e, ainda, como meio para cumprimento de suas atribuições, a legislação nacional prevê que o referido serviço deve promover a adoção de mediação entre o usuário e o órgão (Brasil, 2017a) e, especificamente no SUS, realizar a mediação administrativa acerca das demandas apresentadas pelos cidadãos e utilizar a mediação de conflitos (Brasil, 2017b), elementos que corroboram a pertinência do tratamento de conflitos na atuação do serviço de ouvidoria.

A mediação apresenta, de fato, potencial para a promoção do acesso à justiça via direitos, inclusive em matéria de saúde pública, sendo um dos meios ou ferramentas para promoção desse acesso. O estudo desenvolvido aponta que a mediação adequada à efetivação do direito deve sobressair o conflito e se estabelecer na necessidade humana de constituir comunicação e vínculos, sejam eles interpessoais, intergrupais ou mesmo institucionais, de modo que figure como instrumento para tratar conflitos e vá além, para a melhoria das relações sociais.

Contudo, o uso efetivo da mediação sobre o direito à saúde no SUS exige a compreensão do método e a valoração sobre sua adequação e compatibilidade às situações em concreto.

Necessário, portanto, estabelecer os elementos e a concepção que compõe a mediação adequada nesse contexto.

### **3.1 Acesso à justiça pela via dos direitos no Brasil: aplicação à saúde e à ouvidoria**

Em sua concepção clássica, acesso à justiça é tido como efetivação do direito do cidadão notadamente pela atuação dos órgãos integrantes do sistema de justiça, o que se mostrou uma visão reduzida sobre a realidade do acesso. Os órgãos judiciais e seus processos são relevantes e necessários ao direito para conformar seu alcance, assegurar seu cumprimento e promover reparação e responsabilização quando violados, mas não esgotam a acessibilidade da justiça.

Ante o reconhecimento de que o âmbito do Poder Judiciário é apenas uma parcela do acesso à justiça, novas concepções surgiram apoiadas na compreensão alargada da questão.

Para a definição do acesso à justiça, é oportuno mencionar estudo realizado por Cappelletti e Garth, cuja análise foi sintetizada em obra denominada “Acesso à Justiça” (2002). Os citados estudiosos identificaram barreiras ao acesso à justiça e propuseram soluções ao seu enfrentamento organizadas no que denominaram três ondas renovatórias do acesso à justiça, visão que permeou muitas das perspectivas hoje construídas na temática. A primeira onda lidou com o obstáculo econômico, abordando a assistência judiciária aos hipossuficientes; a segunda tratou da representação judicial dos direitos e interesses difusos e de entraves organizacionais do acesso à justiça, que amparou o repensar procedimentos processuais e órgãos especializados adequados a essas demandas; e a terceira abordou reformas do sistema judiciário de natureza procedimentais e estruturais, incluindo o uso de canais privados ou informais de solução de conflitos, com mudanças no próprio conceito de acesso à justiça (Cappelletti; Garth, 2002).

Estudos, releituras e novas concepções surgiram, destacando-se que alguns fortaleceram e alargaram a relevância e a atuação de órgãos externos ao sistema de justiça na promoção do acesso à justiça, bem como de métodos diversos ao processo judicial formal.

A despeito da atualidade exigir e apresentar concepções mais ampliadas em relação ao que foi estruturado por Cappelletti e Garth (2002), oportuno salientar a compreensão dos autores de que a expressão “acesso à justiça” aponta duas finalidades básicas do sistema jurídico: que ele seja realmente acessível enquanto meio estatal pelo qual se pode reivindicar direitos e resolver litígios, e que produza resultados individual e socialmente justos.

Referido destaque se mostra oportuno, pois a consideração do acesso à justiça em novas esferas e novos sistemas é integrada por parâmetros finalísticos semelhantes, no sentido de

instituir vias realmente acessíveis para reivindicação de direitos e resolução de litígios que sejam hábeis à produção de resultados justos individual e coletivamente. Com efeito, conformação da ouvidoria do SUS como via de acesso à justiça, objeto deste trabalho, envolve que o referido serviço seja efetivamente acessível nas reivindicações de direitos e tratamento de conflitos e hábil a promover resultados justos ao indivíduo e à coletividade, em especial considerando sua posição relevante na gestão e na estruturação da política pública de saúde, como será exposto em capítulo próprio.

Mancuso (2011) sinaliza que o acesso à justiça, retirado do monopólio da justiça estatal, cede espaço a novas propostas de tratar os conflitos sob o viés da desjudicialização, com uma política pública de resolução de conflitos que sobressai a solução adjudicada estatal e é integrada de forma substancial por outros meios, inclusive autocompositivos. Para o autor, o acesso a uma ordem jurídica justa envolve meios adequados, tempestivos, garantidores do direito material e que proporcionem uma composição justa (Mancuso, 2011).

As novas concepções de acesso à justiça a extrapolar o Judiciário, além de instituírem novos espaços de acesso, também provocaram a inserção de órgãos e setores – formalmente não jurídicos – no movimento pela justiça.

Watanabe (1988) pontuou a relevância de organizar e estruturar o Judiciário em consideração às características sociais, políticas, econômicas e culturais da sociedade para a qual ele está voltado, a fim de se alcançar o correto tratamento de conflitos e a realização efetiva de direitos, por um acesso à justiça para não apenas possibilitar o acesso à instituição estatal, mas viabilizar o acesso a uma ordem jurídica justa.

Nessa concepção, a resolução dos conflitos – e correlata abordagem dos direitos – por solução adjudicada pela autoridade estatal é adequada a alguns casos, mas imprópria a outros. Logo, o direito de acesso à ordem jurídica justa compreende a acessibilidade envolvendo todos os instrumentos e meios aptos à efetiva realização do direito e um sistema judiciário – e, vale acrescentar, qualquer outro sistema pensado à efetivação de direitos – adequadamente organizado para corresponder, em quantidade e qualidade, às exigências apresentadas pela multiplicidade de conflitos de configurações variadas (Watanabe, 1988).

Assim, na atualidade, o acesso à justiça abrange, além dos órgãos judiciais e judiciários, a ação coordenada de diversos atores sociais, incluindo o Estado, que garanta aos indivíduos competência e conhecimento que os habilite a decidir sobre o modo mais adequado para gerir, prevenir e resolver seus conflitos e, dessa forma, definir o acesso à justiça que lhes pareça mais

apropriado e legítimo, sendo a mediação uma das possibilidades para tanto (Nicácio, 2011, p. 40).

Segundo análise de Avritzer, Marona e Gomes (2014), desde finais da década de 1980, a discussão sobre o acesso à justiça tem se estruturado sob um eixo organizador estabelecido em torno do conceito de reconhecimento, ensejando implicações sobre o modo de enfrentamento dos desafios de efetivação do pleno acesso à justiça. A compreensão do direito em acepção mais ampla demanda ressignificação do sistema de justiça que considere elementos de territorialidade, de identidade, diversidade de atores e interesses e aspectos afetos ao individual e ao coletivo ou social. Dessa forma, a igualdade de acesso ao sistema judicial é dimensão importante do acesso à justiça, mas ele vai além (Avritzer; Marona; Gomes, 2014, p. 16-17).

Os citados estudiosos pontuam, ainda, questões referentes ao contexto histórico e social dos anos 1980 em que se estruturou a concepção do acesso à justiça, indicando que “Genericamente, o debate estava atrelado a um contexto teórico que enfatizava a ampliação da cidadania participativa, a afirmação e garantia das liberdades negativas, e a emergência e o papel dos movimentos sociais”, o que estabeleceu as demandas sociais e os movimentos exigindo oferta e melhoria dos serviços públicos e defesa dos direitos humanos como referência importante na avaliação e orientação dos sistemas formais instituídos (Avritzer; Marona; Gomes, 2014, p. 22).

Os debates e as concepções sobre acesso à justiça no Brasil se relacionaram diretamente com a conformação do direito à saúde no país à época. Segundo pontuado por Avritzer, Marona e Gomes (2014, p. 22), “a luta por ampliação do acesso à justiça via direitos transcorria no âmbito do processo de redemocratização e se dirigia, de forma mais genérica, pelas demandas de ampliação da cidadania, via consagração constitucional de direitos fundamentais, especialmente de natureza social”, o que envolveu a exigência de uma nova concepção de participação inclusive sobre o direito à saúde. Esse movimento contribuiu para a instituição do SUS como universal, integral e igualitário, integrado por conjunto de mecanismos de participação, dos indivíduos e das coletividades enquanto sujeitos de direitos, na política pública em saúde.

Os confrontos decorrentes das situações de desrespeito e de falta de acesso ao direito à saúde geram conflitos que podem chegar ao sistema formal de justiça, a despeito do que “se referem não apenas à ampliação do conteúdo material do direito – pela consideração jurídica acerca das diferentes chances individuais de realização das liberdades socialmente garantidas –

, mas também ao alcance social do *status* de um sujeito (individual ou coletivo) de direitos” (Avritzer; Marona; Gomes, 2014, p. 23), que se dá mediante adjudicação do direito em questão àqueles até então excluídos ou desfavorecidos.

A ampliação do conteúdo material do direito à saúde e a universalização do sujeito de direitos na saúde a toda a coletividade da nação, incluindo grupos antes excluídos, sob prestação mediante política pública de dever estatal e orientada pela participação do usuário, como apresentado de forma ampla no capítulo dois, impôs a mobilização e a luta pela ampliação do acesso à justiça também sobre a saúde.

Avritzer, Marona e Gomes (2014) analisam o sistema de justiça sob nova perspectiva para compreender os problemas do acesso à justiça e as vias para sua obtenção, pela qual examinam os mecanismos de justiça e apresentam concepção ampliada e pertinente ao acesso à justiça em todos os âmbitos, não apenas judicial.

Os autores expõem concepção denominada “acesso à justiça pela via dos direitos”, adotada neste trabalho como referencial e que é composta por dimensões, assim descritas:

Em uma primeira dimensão, [o acesso à justiça via direitos deve ser compreendido] como a garantia de efetividade dos direitos, o que depende da informação acerca dos direitos, de uma socialização que permita o recurso a uma instância ou entidade à qual se reconheça legitimidade para dirimir eventual litígio, e da efetiva reparação da injustiça ou desigualdade proveniente da violação do direito. Em uma segunda dimensão, entretanto, o pleno acesso à justiça pela via dos direitos indica a possibilidade de participação na conformação do próprio direito. Trata-se, nesse caso, de perceber que o reconhecimento de identidades (individuais e coletivas) implica a própria criação de novas categorias de direito que passam, então, a ser reconhecidas pelo Judiciário (Avritzer; Marona; Gomes, 2014, p. 17).

O acesso à justiça pela via dos direitos envolve, portanto, a ampliação da efetivação do direito – em que se insere a informação sobre direitos, o acesso à instância resolutive e efetiva reparação do direito violado – e a ampliação da possibilidade de participação na conformação do direito (Avritzer; Marona; Gomes, 2014).

Em concreto, a efetivação dos direitos e do acesso à justiça requer o combate às barreiras sociais, econômicas e culturais a esse acesso. Aplicada ao direito à saúde, essa concepção lança luz à necessidade de que a prestação material relativa à saúde alcance todos os usuários em âmbito nacional e de forma igualitária e integral, rompendo as barreiras, especialmente socioeconômicas e políticas, para o que todos os atores do SUS antes apresentados são relevantes.

Os atores citados no capítulo dois, em suas funções, detêm atribuição instrumental e formal capaz de enrijecer ou enfraquecer essas barreiras conforme adotem medidas pela

efetividade da saúde e pela observância aos parâmetros do SUS, apresentando, ainda, atribuição sistêmica no enfrentamento da questão, em razão da estruturação da saúde pública em caráter descentralizado, regionalizado e hierarquizado, mas integral e de responsabilidade solidária a todos os entes. Sem descuidar dos elementos burocráticos e políticos que afetam a atuação desses atores, constata-se serem detentores de poderes na definição e orientação da saúde pública, com alcance para ampliar efetivação do direito ou manter e agravar exclusões e desigualdades.

A efetividade do SUS, por conseguinte, afeta especialmente a parcela da população historicamente excluída do acesso ao direito à saúde e dependente do sistema público para obter ações e serviços de saúde. Ademais, os indivíduos e as coletividades do estrato socioeconômico mais baixo da população, em geral, têm menor conhecimento de seus direitos, o que dificulta reconhecerem a amplitude do direito à saúde, os caminhos para sua efetivação e as eventuais violações, razão pela qual são especialmente impactados pelas barreiras à efetivação do direito à saúde na saúde pública.

Não bastasse, a efetividade do SUS e do direito à saúde por meio dele não se restringem à presença de uma unidade de saúde ou de um programa público de cuidados com a saúde local, mas envolvem a qualidade do serviço prestado nesse âmbito e a qualidade sob o viés da integralidade da assistência. Por certo, uma unidade de saúde instalada em certa localidade desprovida de equipe multiprofissional completa ou carente de exames laboratoriais ou não referenciada a serviço de média e alta complexidade pode vir a ser contabilizada como localidade com presença formal de serviço público de saúde, mas não configura presença qualitativa na efetivação plena do direito à saúde.

O reconhecimento de novas medidas e garantias no plano do direito à saúde também se insere na análise do acesso à justiça via direitos na saúde, seja no aspecto exemplificado por medicamento ou insumo relativo à atenção primária à saúde ou em aspectos de incorporação de maior complexidade, estruturação das unidades de saúde ou ampliações na política de saúde.

Sob a acepção do direito individual à saúde, o SUS e sua regulação permitem diversas liberdades ao sujeito para definir seus hábitos e comportamentos, seu local de residência, trabalho, aspectos do ambiente em que se insere e, em caso de doença, o recurso médico-sanitário que vai adotar, tratamento ao qual vai se submeter, entre outros. O mesmo aspecto se verifica sobre o profissional da saúde para estabelecer sua especialização, local de trabalho e liberdade a profissional na definição do tratamento que entende adequado, por exemplo.

Por outro lado, em sua acepção social e coletiva, o direito à saúde e o sistema correspondente estabelecem limitações aos comportamentos e liberdades, a fim de preservar e

promover a saúde de todos, contexto em que ressaem normas que prescrevem a vacinação, a notificação de doenças, o tratamento e isolamento em contextos pandêmicos e contagiosos, o controle ambiental e de condições de trabalho, a regulação do saneamento e a vedação de venda e imposição de destruição de alimentos deteriorados. Essa sistematização intenta que seja preservada a liberdade de maneira que se equilibre com a garantia da igualdade do direito à saúde.

As considerações sobre facetas individuais e coletivas do direito à saúde não objetivam fragmentação do direito ou apontamento de aspectos estanques, mas trazer à evidência alguns dos elementos que integram a composição múltipla do direito à saúde e dos serviços e ações a ele correspondentes.

Esclarecida, no capítulo dois, a organização e execução das ações e dos serviços de saúde e diante da relevância e essencialidade da área e do direito em questão para cumprimento das garantias sociais e, em última instância, do direito à vida, ressaí a pertinência do direito à saúde na dimensão individual de cada sujeito de direito, mas também na dimensão coletiva. Para ilustrar o caráter multifacetado do direito à saúde e das ações e serviços a ele referentes, têm-se demandas individuais no âmbito do SUS pela obtenção de leito em relação a um usuário específico, ao passo que a definição sobre quantidade de leitos em UTI em um determinado hospital público concerne à mobilização de âmbito coletivo pelos órgãos e autoridades legitimadas a organizar e assegurar o serviço indicado, incluindo organização institucional e destinação de recursos.

A saúde pública, pois, engloba elementos de facetas individuais e coletivas, de aspectos pertinentes à atenção básica ou à média e alta complexidades, ações generalistas ou concernentes à assistência especializada, contexto no qual os sujeitos em exame estarem informados sobre o direito à saúde, o Sistema público correlato e as realidades – especialmente socioeconômicas e políticas –, permeadas por diversas necessidades e recursos, é relevante para as decisões adotadas, sejam elas políticas, sociais, institucionais, comunitárias, individuais, eminentemente sanitárias ou não. Nessa conjuntura de decisão e de relevância da informação, notadamente por ser a política pública de saúde orientada pela participação da comunidade, a construção de consensos ganha importância. Como consignado por Moscovici e Doise quanto a uma decisão entre projetos e opções de viés científico:

Mesmo supondo que se dispõe de critérios que permitam determinar qual deles tem maior valor científico e quais os benefícios que daí advêm, continua a ser necessário optar. Avaliar as diversas propostas decorrentes das várias ciências e estabelecer as

prioridades entre elas passa por um debate que terá como conclusão um acordo entre as partes envolvidas (Moscovici; Doise, 1991, p. 08).

Os autores complementam que a necessidade e a busca do consenso ressaem, entre outros motivos, pelo entendimento social de que “O único modo de abordar as escolhas difíceis da vida em comum conforme à razão é o de se informar, reconhecer a realidade dos conflitos de opiniões e de interesses para conduzir as partes a procurar uma solução esclarecida no meio das suas posições antagonistas” (Moscovici; Doise, 1991, p. 10). A formação do consenso é mais qualificada quanto mais presentes informações exatas sobre o objeto em consideração e quanto maior o número de sujeitos que o discutem, de modo que maior conhecimento e informação fortalece o reconhecimento da autoridade – ainda que de ordem moral – do grupo, a participação democrática e a decisão tomada como produto de colaboração, tornando mais propício que esta se torne regra de conduta aceita e adotada por todos (Moscovici; Doise, 1991).

O ordenamento pátrio e, especialmente, os princípios, valores e força normativa da Constituição denotam a necessidade de formas de efetivação de direitos e de tratamento dos conflitos em matéria de direito à saúde e de prestações positivas estatais. Com efeito, a identificação de sujeitos, processos e procedimentos aptos a esse propósito se relaciona à própria ordem constitucional e à garantia dos fundamentos da República, como a dignidade da pessoa humana, em sua estreita ligação com o direito à vida e à saúde.

Por certo, a previsão constitucional e legal do direito à saúde a todos e do SUS como garantidor das ações e serviços de saúde de forma universal e integral não assegura, por si só, a efetivação plena desses direitos e garantias. Nesse sentido, pertinente o alerta de Avritzer, Marona e Gomes lançado sobre todos os direitos no sentido de que “para a garantia do pleno acesso à justiça pela via dos direitos não basta a sua previsão constitucional como direito fundamental de todo cidadão, independentemente de sexo, gênero, cor de pele, raça, etnia, classe social, grupo de origem”, fazendo-se necessário medidas institucionais e estruturais que viabilizem a efetivação desses direitos “considerando que, na realidade, um conjunto mais ou menos extenso de condicionantes de ordens socioeconômicas ou identitárias fundam estruturas de exclusão e desigualdade social, que impactam na efetiva igualdade de acesso à justiça pela via dos direitos” (2014, p. 21), desigualdades e exclusões também presentes na distribuição, organização e acesso dos serviços e ações de saúde pública.

Por todo o exposto, o acesso à justiça via direitos na saúde é integrado por elementos relativos à extensão da saúde e aos aspectos jurídicos correlatos ao direito à saúde tratados no

capítulo dois, além daqueles pertinentes ao SUS, seus atores, suas estruturas e particularidades da respectiva política pública.

Em razão do problema que orienta a pesquisa e sua delimitação, toma-se em consideração o acesso à justiça via direitos especialmente nos elementos relativos à informação acerca dos direitos e ao recurso a uma instância ou entidade à qual se reconheça legitimidade para dirimir eventual litígio, que estão inseridos na dimensão da garantia de efetividade dos direitos. Volta-se à análise da realização do acesso à justiça via direitos na saúde pela ouvidoria no que tange à informação em direito e via para conhecer e acionar instância legítima para dirimir litígios.

Na ampliação da efetivação dos direitos, é necessário que os sujeitos e as comunidades estejam capacitados a reconhecer eventual violação de seus direitos. Isso estabelece a necessidade de políticas de informação e divulgação sobre direitos para capacitar os cidadãos e as comunidades a reconhecerem uma situação de desrespeito, violação, degradação, exclusão, ofensa ou privação de direitos quando se depararem com ela (Avritzer; Marona; Gomes, 2014, p. 20).

O presente estudo analisa, pois, a pertinência do serviço de ouvidoria do SUS na referida informação e capacitação dos usuários sobre o direito à saúde, considerado não apenas em sua acepção individual, como também coletiva, ao informar sobre os elementos que integram o direito à saúde no SUS.

Lado outro, perante eventual desrespeito sofrido, o cidadão e os grupos terão que buscar reparação, para o quê “terão que saber como, quando e perante quem reclamar tal reparação”. Nesse aspecto se insere novamente a informação e divulgação sobre direitos, mas também a importância da orientação sobre direitos, no sentido de auxílio técnico ou qualificado ao cidadão que o capacite a avaliar a melhor forma de reparação, sendo informados, inclusive, sobre a potencial insuficiência da esfera jurídica na reparação da injustiça (Avritzer; Marona; Gomes, 2014, p. 20).

No que toca ao direito à saúde pública, a informação efetiva ganha relevo, ainda, na participação da comunidade que integra o SUS como uma de suas diretrizes, sendo oportuno salientar que participação denomina a condição de deixar um estado de passividade tomar um estado de atividade, em que o indivíduo não figura como mero espectador e se move dentro de regras previamente fixadas para atuar de maneira hábil a modificar essas regras (Moscovici; Doise, 1991). Assim, a participação abre lugar para o agir efetivo dos sujeitos no âmbito da saúde com possibilidade de moldar novas normatividades.

Em face desses elementos, a participação promove empoderamento e emancipação dos sujeitos incitados a repensar o seu contexto e a promover mudanças em seu entorno. Lado outro, a abstenção de participar pode ser movida por vários fatores, entre eles a desigualdade social e a falta de habilidade necessária para realizar essa participação (Moscovici; Doise, 1991). Consoante consigna Silva (2017, p. 42), “Essa falta de habilidade pode se revelar de diversos modos, como a falta de recursos financeiros, psicológicos, sociais e culturais, o que acaba por afastar parcela significativa da população do exercício de sua autonomia e da efetiva participação na sociedade”, o que se verifica no aspecto individual e no coletivo.

A ouvidoria apresenta relevância nesse sentido, enquanto local formalmente instituído para registro e processamento de manifestações, especialmente nas categorias de reclamação, solicitação, denúncia e pedido de informações, e em razão de prestar orientação ao usuário que a procura, informando-lhe sobre setores ou procedimentos adequados no SUS às demandas postas. Eventualmente, a ouvidoria será a competente para tratar e responder a demanda do usuário, enquanto em outras ela procederá ao encaminhamento da questão para o setor ou instituição devida, de modo que o serviço de ouvidoria constitui em si mesmo instância perante quem reclamar reparação ou a via do usuário para identificar e alcançar a instância pertinente nisso.

A concepção do acesso à justiça via direitos estabelece, além da informação sobre direito que habilite ao reconhecimento da violação e da orientação sobre vias para reclamar reparação, que seja, ainda, garantida a possibilidade de efetivo acesso à instância de reparação e a entrega de solução justa, eficiente e eficaz (Avritzer; Marona; Gomes, 2014, p. 20).

Trata-se de considerações essenciais quando se avalia a efetivação do direito à saúde no SUS, notadamente em razão da gravidade das repercussões, prejuízos e riscos advindos da violação e privação do direito relativo à saúde, inclusive sobre a integridade e a vida dos sujeitos envolvidos. Contudo, esses níveis (instância de reparação acessível e solução dada por ela), nas situações concretas envolvendo o serviço de ouvidoria, com recorrência dizem respeito a órgãos, instituições e autoridades distintos da ouvidoria e inseridos nas variadas esferas do SUS, razão pela qual não serão tratados em profundidade neste trabalho.

Assim, na consideração do serviço de ouvidoria do SUS, informação, divulgação e orientação jurídicas (acerca do direito) sobre a saúde são aspectos importantes em sua atuação no acesso à justiça via direitos, o que salienta a necessidade de a ouvidoria em si ser acessível a todos os usuários na totalidade dos casos enquanto serviço informativo e direcionador à

instância competente (não apenas quando porventura se configurar instância de reparação para o caso concreto).

A concepção do acesso à justiça pela via dos direitos na saúde afasta a tradicional redução da ideia de acesso à justiça ao domínio da resolução dos conflitos e, nesse âmbito, à seara das instituições do sistema de justiça estatal, conjuntura na qual se reconhecem outros caminhos e instituições como promotores do acesso, razão pela qual configura perspectiva adequada à análise da ouvidoria do SUS como promotora do acesso e da mediação como um dos possíveis instrumentos a ser agregado no acesso.

A atuação da ouvidoria do SUS na promoção do acesso à justiça pela via dos direitos, notadamente sob as dimensões acima delimitadas, será desenvolvida e analisada de forma ampliada posteriormente.

Na presente temática, importa salientar que a abordagem do acesso à justiça na saúde exige que se considere a conjuntura da judicialização da questão, em razão de seu alcance qualitativo e quantitativo sobre as medidas em saúde pública e organização do SUS.

A informação sobre direitos e o conhecimento – e respectivo acesso – da instância legítima para reparação das violações pode apontar o Poder Judiciário como instância mais adequada, no caso concreto, para intervir sobre a ofensa sofrida. Com efeito, o processo judicial é, de fato, um dos caminhos legítimos e relevantes à efetivação do acesso via direitos, inclusive na saúde. Nada obstante, ressalta-se que a ação judicial é via passível de ser utilizada para materialização do direito à saúde em todos os casos, mesmo que, porventura, existam outras vias mais adequadas para abordar uma conjuntura específica.

Em razão de sua importância e repercussão, a atuação do Judiciário na saúde pública merece considerações, ressalvando-se que o presente trabalho está centrado no acesso à justiça em âmbito extrajudicial, notadamente pela atuação da ouvidoria do SUS.

A judicialização em matéria de saúde cresceu substancialmente nas situações em que o usuário do SUS não consegue acesso a medicamentos ou a tratamentos, estejam eles em falta ou ainda não padronizados e abarcados pelo Sistema, como estratégia para obtenção judicial da assistência buscada. Outra categoria de situação conflituosa judicializada é a presença de erro ou negligência médicos ou de conjuntura interpretada como tal pelo paciente e seus familiares.

Em razão da natureza do direito à saúde no âmbito do SUS, com dimensão individual e coletiva, tem-se repercussões sobre os meios de sua proteção. A dificuldade de obtenção de leito por demora excessiva em relação a um usuário pode ensejar adoção de processo judicial para sua obtenção. Por sua vez, a ausência de quantidade mínima de leitos em unidade de

tratamento intensivo em determinado hospital público pode ensejar um processo judicial coletivo proposto pelos órgãos legitimados para obrigar a administração pública a assegurar o serviço indicado.

Pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) sobre o cenário da judicialização da saúde no Brasil constatou que as ações judiciais versam, de forma predominante, sobre aspectos curativos, envolvendo medicamentos, tratamentos, próteses e outros, e tratam em menor frequência sobre aspectos preventivos, como vacinas e exames (CNJ, 2015, p. 43), o que evidencia que referida judicialização aborda uma dimensão parcial de todas as ações e serviços de saúde que devem ser prestadas pelo Poder Público no âmbito da saúde pública.

Novo levantamento feito em 2018 destacou a recorrência, entre os processos judiciais, de assuntos concernentes a tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos, discriminando a recorrência, em ordem decrescente, de medicamentos; órteses, próteses e meios auxiliares; exames; procedimentos; leitos; insumos ou materiais e internação (CNJ, 2019). Os dados, ainda, apontam presença de demanda substancial por medicamentos selecionados (padronizados), mas também significativa demanda por medicamento importado, estratégico e componente especial (CNJ, 2019, p. 71).

Estudo do CNJ pontuou, ainda, a recorrência de tutela antecipada e liminares no âmbito das questões de saúde judicializadas, concernentes à concessão da tutela pretendida em caráter urgente e antecipado ao julgamento final da ação judicial (CNJ, 2019, p. 83-85).

A alta judicialização em matéria de medicamentos se confronta com a realidade recorrente de desabastecimento das listas de medicamentos, especialmente decorrente de problemas licitatórios e demora no fornecimento após autorização, resultando no fornecimento inadequado de medicamentos padronizados, a despeito de haver grande número de ações judiciais que solicitam medicamentos fora da lista do SUS (CNJ, 2021).

A heterogeneidade e, mais especificamente, a desigualdade social no Brasil enseja taxa de profissionais por habitantes heterogênea entre as unidades federativas, como já exposto em capítulo anterior, e reflete em desigualdade também dentro dos seus limites geográficos, entre os municípios. Assim, a estrutura heterogênea nas regiões do país para os diversos serviços públicos de saúde prestados se relaciona à dificuldade de um contingente de profissionais adequado nas diversas localidades do país, que gera a demanda de judicialização pelo cidadão que necessita de uma especialidade médica (CNJ, 2021).

Análise desenvolvida pelo CNJ sobre ações para acesso à saúde pública de qualidade indicou também a realidade de que grande parte das especialidades se concentra em polos regionais e capitais, de modo que as judicializações decorrentes desta situação agregam desafio para os municípios por se desdobrarem, com recorrência, em questões relacionadas à necessidade de transporte de pacientes, associado ao risco de agravamento das condições de saúde do demandante (CNJ, 2021).

Ortopedia e traumatologia, cardiologia, oftalmologia, oncologia, psiquiatria, urologia e neurologia estiveram entre as especialidades médicas mais judicializadas, apontando para a dificuldade da saúde pública relativa à falta de profissionais em certas especialidades médicas para o atendimento universal e integral (CNJ, 2021).

Sob quaisquer de suas dimensões (individual ou coletiva), o direito à saúde encontra proteção formal pela via do processo judicial, uma vez ser o Poder Judiciário órgão legítimo à garantia e defesa do direito. Posto o direito fundamental à saúde, fica outorgado ao indivíduo o direito a prestações positivas realizadas direta ou indiretamente pelo Estado, o que dá lugar a pretensões de caráter negativo à não interferência indevida sobre o direito e positivas de caráter prestacional (Thibau; Gazzola, 2014, p. 658-659). Essa conjuntura corrobora a busca ao Judiciário e a expectativa posta aos atores judiciais sobre a saúde:

Com base nesse entendimento, o Poder Judiciário apresenta-se como o ponto de comunicação entre Estado e sociedade, tornando-se um instrumento de mudança social. No que concerne ao direito à saúde e no âmbito de sua dupla dimensão individual e coletiva, não é difícil observar que os juízes, Tribunais e membros do Ministério Público têm adquirido crescente visibilidade social: é notório que eles não são a única via para a efetivação de interesses legítimos; contudo, a sociedade os enxerga como titulares da obrigação de colaborar com o restante do Estado na efetivação de políticas públicas e promoção da inclusão social. Suprindo as lacunas legislativas ou impondo a atuação positiva do Executivo quanto à promoção da saúde dos cidadãos, o Poder Judiciário e seus partícipes buscam equilibrar a ordem constitucional, sempre que necessário (Thibau; Gazzola, 2014, p. 659).

Em face da necessidade de se buscar meios racionais e efetivos para tutelar o direito à saúde, o processo judicial coletivo na saúde teve uso crescente como possibilidade concretizadora e ampliadora de garantias fundamentais ao cidadão (Thibau; Gazzola, 2014, p. 662). De fato, é importante desvincular a tutela do direito à saúde do viés estritamente individualista. Em que pese o direito individual seja relevante e deva ser considerado, é impositiva a consideração de sua dimensão coletiva, de modo que o tratamento judicial da saúde pública reconheça e atue em âmbito coletivo, promovendo a tutela de direitos e interesses da sociedade como um todo no que toca a saúde pública.

Em matéria de saúde, “as ações coletivas permitem uma discussão mais abrangente do contexto geral das políticas públicas, proporcionando uma ideia mais realista das dimensões da necessidade e da quantidade de recursos disponíveis” (Thibau; Gazzola, 2014, p. 663), além das vantagens relacionadas à economia processual, ao acesso à justiça e à efetividade do direito material da saúde e outros a ele associados, em abrangência coletiva e não apenas individual.

O processo judicial é meio legítimo à efetivação de direitos e reparação de danos quando porventura violados, mas sua intensa utilização na saúde pública tem repercussões controversas e, até mesmo, reflexos negativos. Gestores, profissionais médicos e jurídicos criticam que a obtenção de tratamento específico por um usuário por meio da atuação do Poder Judiciário impõe a destinação, para uma única assistência, de recursos que estavam antes destinados à assistência coletiva, considerando que o orçamento da saúde pública é utilizado para cumprir as decisões judiciais (Gebran Neto; Schulze, 2016).

Aponta-se, ainda, que a prestação de medida em saúde pública pela via judicial desvirtua e prejudica a organização e distribuição das medidas disponíveis e gera desigualdades em detrimento dos que não tomam o caminho da judicialização, ilustrado pelo caso de concessão judicial de vaga hospitalar ter o efeito de “furar a fila” de espera por leitos, potencialmente injusto com os demais pacientes que não procederam à judicialização e desorganizadora da regulação de vagas em geral (CNJ, 2019).

Essa conjuntura pode comprometer a gestão dos recursos de saúde pública de uma determinada localidade ou em relação a determinado recorte da política de saúde, além de envolver o próprio custo judicial, referente a gastos para acompanhar e processar a ação judicial.

As críticas e controvérsias postas à judicialização da saúde, especialmente sobre casos em que haja outras vias possíveis e adequadas, amparam o adequado e necessário esforço de encontrar processos e espaços alternativos para solução das demandas na saúde pública. Todavia, necessário salientar que a prestação jurisdicional permanece via devida e legítima, em especial para as violações e privações de direitos que exijam medidas coercitivas, até mesmo em razão da inafastabilidade do Poder Judiciário sobre lesão ou ameaça a direito estabelecida pela Constituição (Brasil, 1988), ainda que sua adoção em concreto se dê de forma subsidiária a outros espaços.

Quanto ao acesso à justiça na saúde, a dimensão individual e a coletiva – difusa, de coletividade específica ou individual homogênea – podem receber proteção do direito junto ao Poder Judiciário, como também em medida extrajudicial, destacando-se que a realização da

política pública e do SUS não pode nem deve se ater ao Judiciário, até mesmo por consistir em prestação relacionada diretamente às atribuições de outros Poderes.

Nas demandas em saúde, tem-se “a interdisciplinaridade do próprio objeto, que envolve aspectos atinentes aos direitos sociais e individuais, à atuação do Judiciário, do Legislativo e do Executivo, à gestão das políticas e da saúde coletiva”, bem como “sua complexidade em termos de atores envolvidos e impactos sobre a formulação, implementação e avaliação de uma das principais políticas sociais desenvolvidas pelos Estados contemporâneos, que é a política de saúde” (Oliveira, 2019, p. 177).

Mesmo na prestação de saúde correlata ao direito individual objeto da ação judicial, a atuação da autoridade judiciária também repercute no âmbito do direito coletivo e da estrutura e funcionamento do SUS em caráter ampliado. Há que se reconhecer, pois, o papel político do Judiciário quanto à conformação das ações e serviços de saúde e o planejamento e estruturação do SUS em suas múltiplas esferas e âmbitos. Ainda quando atua no controle negativo, de desfazimento dos atos inconstitucionais ou ilegais, a atuação do Judiciário é dotada de dimensão política, porquanto toma decisões que direcionam a ação administrativa e legislativa, conformando a ordem constitucional.

Análise feita pelo CNJ salientou:

Além de abrangente, [a judicialização da saúde] também é um tema que importa em frequentes conflitos políticos e judiciais. Considerando que a prestação de saúde envolve a distribuição de recursos escassos em uma sociedade complexa, com padrões epidemiológicos que aproximam o Brasil ao mesmo tempo de países desenvolvidos e subdesenvolvidos, determinar o que é prioritário e quem deve ser o foco dessas prioridades, é um tema que envolve necessariamente disputas. A chamada “judicialização da saúde”, assim, é uma expressão desta disputa estrutural por recursos, mas atinge níveis ainda mais expressivos do que seria de se esperar por sua relevância no mundo das relações socioeconômicas.

[...]

Pela sua escala, a judicialização da saúde tornou-se relevante não apenas para o sistema de assistência à saúde, mas para o próprio Judiciário, que tem de lidar com centenas de milhares de processos, vários dos quais sobre temas recorrentes e quase sempre contendo pedidos de antecipação de tutela ou liminares (CNJ, 2019, p. 13-14).

Levantamento, já citado, do CNJ integrou a análise de dados com entrevista de atores envolvidos na judicialização, consignando que os profissionais do Judiciário sinalizaram que “na judicialização da saúde o juiz tem que intermediar um conflito que não é jurídico, envolvendo a decisão política de fazer ou não fazer, a questão da gestão do sistema, as possibilidades de itinerário dentro do SUS e o conhecimento deste pela população etc”, o que desafia o magistrado a dialogar com a política pública (CNJ, 2019, p. 93).

O crescimento substancial de ações judiciais em matéria de saúde teve repercussão sobre a saúde pública como apontado, mas também repercutiu sobre o próprio sistema judicial, tanto com a provocação de atuação e intervenção judicial em prestações de saúde, que perpassa por toda a técnica-médica e sistematização do SUS, como em razão do volume processual, perfil de litigiosidade e tempo de duração dos processos<sup>43</sup>.

A reação do sistema judicial, além de processar e julgar essas ações, têm incluído a instituição de política judiciária para a saúde, reformas procedimentais, instituição de diligências e parâmetros a serem aplicados nessas demandas, aparelhamento dos tribunais (muitas vezes mediante parceria e convênio com instituições de saúde) com setores técnicos especializados para instrução de julgamentos com análise técnica, informatização de biblioteca de materiais técnicos em saúde pertinentes às matérias judicializadas e o estímulo de soluções alternativas ao modelo formal do Judiciário, visando a atuar sobre a demanda de tutela judicial, desviando-a dos tribunais e canalizando aos órgãos da administração pública pertinentes à saúde.

O Judiciário é provocado a uma perspectiva quantitativa, no sentido de ser exigido a lidar com o acesso à justiça na saúde pela expressiva quantidade de demandas na matéria, o que motiva a busca por soluções administrativas de ordem judicial. Todavia, referida provocação comporta e requer perspectivas mais amplas, notadamente considerando que a solução dada pelo Judiciário às demandas judiciais influencia na conformação das soluções administrativas pertinentes aos setores, órgãos e instituições atuantes na saúde pública.

Com efeito, medidas judiciárias sob o viés de desafogar o Judiciário do volume de ações judiciais na matéria não é hábil ao tratamento ampliado da prestação da saúde pública e, ainda, pode ser lesivo à sua efetividade. São necessárias medidas alinhadas ao direito à saúde em suas particularidades, em que se inclui a consideração do SUS em sua estrutura e realidade, buscando a adequação do meio de tratamento do litígio em saúde.

O sistema de tutela dos direitos coletivos na legislação brasileira atribuiu legitimação ativa para instituições públicas (Ministério Público, Defensoria Pública, União, estados, municípios, Distrito Federal e entidades da administração indireta) proporem ações coletivas, definição que faz frente à dificuldade recorrente de organização dos indivíduos ou grupos para

---

<sup>43</sup> O CNJ possui Painel da Judicialização da Saúde, que apresenta dados dos processos novos, pendentes, julgados e baixados desde 2020, com informações de indicadores de desempenho e produtividade processual em matéria de saúde, permitindo consultas estatísticas por classe e por assunto. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/datajud/painel-saude>.

defesa de interesses coletivos<sup>44</sup>. Mas a ação coletiva em face dos entes públicos apresenta particularidades dificultadoras da efetivação do direito, destacando-se as implicações das decisões judiciais sobre a separação dos Poderes da República e sobre os princípios da democracia representativa, a usual desconsideração – ou desconhecimento – judicial do ciclo das políticas públicas ou de atores nela relevantes e as dificuldades sobre a execução das sentenças que impõem obrigações de fazer de caráter coletivo ao Poder Público (Reis, 2018).

Diante da crescente judicialização da saúde e seu impacto para o processo de políticas públicas, tanto em termos financeiros quanto em termos de gestão político-administrativa, “torna-se fundamental analisar os possíveis impactos que as políticas públicas de saúde vêm sofrendo pelas decisões judiciais e entender os impactos que implicam às políticas judiciárias” (CNJ, 2021, p. 115) e, ainda, “os gestores públicos terão de lidar com sua sistematicidade e manejá-la, encontrando mecanismos institucionais de diálogo com vistas à adequada produção e implementação da política de saúde” (Oliveira, 2019, p. 196).

O processo judicial, em sua dinâmica dicotômica e adversarial e sua delimitação procedimental, é incapaz de contemplar a complexidade do conflito e do direito envolvido.

A execução da política pública de saúde é apenas uma das fases do seu ciclo de realização, sendo antecedida por fases de formulação, de elaboração e planejamento de projetos, de deliberação e sucedida de avaliação, controle e eventual ajuste da política. A ação judicial provoca tutela com recorte centrado no resultado da política pública, desconsiderando as demais fases que a compõem e, eventualmente, prejudicando o planejamento e a execução que a integram.

A mencionada configuração recorrente da incapacidade do processo judicial contemplar intervenções e tutelas hábeis a considerar a política de saúde de forma integral tem sido um dos motivadores para iniciativas de processo coletivo extrajudicial à proteção do direito – inclusive da saúde – assim descrito:

[...] sequência de atos e atividades praticados por pessoas físicas ou jurídicas, órgãos e agentes públicos, entes despersonalizados ou grupos de indivíduos cuja esfera jurídica é atingida por um conflito de interesses de natureza coletiva, e que se dispõem a, voluntária e procedimentalmente, participar da construção de uma solução

---

<sup>44</sup> Mobilizações, especialmente de ordem processual e judicial, vêm impulsionando o desenvolvimento do processo estrutural no Brasil, concernente à ação proposta sobre litígio estrutural, pautado em um problema estrutural, para abordar um estado de desconformidade estruturada e propiciar um estado de coisas ideal, conjuntura em que se inserem diversas realidades da saúde pública e da política pública correlata. Para maiores considerações sobre o processo estrutural, conferir: DIDIER JR., Fredie; ZANETI JR., Hermes; OLIVEIRA, Rafael Alexandria. Elementos para uma teoria do processo estrutural aplicada ao processo civil brasileiro. **Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro**, nº 75, p. 101-136, jan./mar. 2020.

consensual consentânea com o ordenamento jurídico e que atenda, de forma provisória ou definitiva, na maior medida possível, todos os interesses envolvidos (Reis, 2018, p. 32).

Estudo analítico do processo coletivo extrajudicial na realidade nacional e internacional, inclusive em perspectiva comparada e integrada por casos envolvendo o direito à saúde, constatou que “os resultados mais satisfatórios, sob o ponto de vista da efetiva realização dos direitos buscados por meio da via judicial, foram alcançados a partir de estratégias consensuais e dialógicas” e que “a partir de tratativas bem informadas, conduzidas de modo a promover a compreensão recíproca sobre toda a complexidade da política pública questionada, descortinaram-se soluções factíveis e aceitáveis por todos os envolvidos”, mesmo que adotadas antes ou após o ajuizamento de ações judiciais coletivas (Reis, 2018, p. 111).

Por oportuno, registre-se que essa perspectiva – de considerar o direito à saúde em sua extensão pertinente à dimensão pública e coletiva – deve orientar procedimentos e medidas adotadas em âmbito judicial e extrajudicial, o que se aplica à eventual adoção da mediação como procedimento inserido na ouvidoria do SUS.

O presente estudo, ao analisar os serviços de ouvidoria do SUS e a mediação enquanto procedimento de adoção possível entre outros procedimentos passíveis de uso, considera o acesso à justiça sob a concepção citada, especialmente no que concerne à informação acerca dos direitos e ao recurso a uma instância ou entidade à qual se reconheça legitimidade para dirimir eventual litígio, inseridos na dimensão da garantia de efetividade dos direitos e que encontram ressonância nas ouvidorias da saúde.

Como será analisado neste trabalho, as ouvidorias do SUS acabam por refletir e alcançar também a dimensão do acesso à justiça relativa à participação na conformação do direito quando se considera sua relevância e contribuição para o planejamento e a execução da política de saúde pública, além de configurarem, em situações específicas, local promotor da efetiva reparação da injustiça ou desigualdade proveniente da violação do direito.

Partindo das premissas expostas, a eventual adoção da mediação pelos serviços de ouvidoria não se coloca – e não pode se colocar – como mera solução administrativa automatizada ou aposta abstrata de melhoria, mas exige análise de sua adequação ao serviço e ao caso concreto para que seja hábil a figurar como promotora da efetivação de direitos e do acesso à justiça. Mediação é processo específico que, usado adequadamente, contribui para uma nova concepção sobre conflito, mudança de cultura e de regulação social.

O processo de mediação permite capacitar os sujeitos para uma compreensão ampliada de direitos, notadamente do direito à saúde e dos elementos que o integram, dando-lhes condições para o acesso à justiça pela via dos direitos, como será analisado a seguir.

### **3.2 Mediação: definição e pertinência ao acesso à justiça pela via dos direitos na saúde**

Na conjuntura da promoção do acesso à justiça, entre os desafios mencionados no tópico anterior, se inserem os desacordos e litígios – aparentes, instaurados, isolados, recorrentes, interpessoais, intergrupais, institucionais – que permeiam e afetam a efetivação do direito e as medidas pertinentes à sua promoção.

A existência de conflitos é inerente à vida em sociedade, decorrente da própria heterogeneidade dos sujeitos, e pertinente a interações e relações interpessoais, intra e intergrupais e institucionais.

Importa registrar o conflito não é intrinsecamente ruim, disfuncional ou negativo, a despeito de envolver desconfortos e desagradados, especialmente por seu potencial de evidenciar problemas, dissonâncias e desconexões, despertar sujeitos à ação e reação, prevenindo estagnações, e provocar mudanças pessoais, sociais e institucionais. As provocações decorrentes do conflito podem ocasionar reajuste de estruturas, conexões e regulações para nova – ou aperfeiçoada – organização e acomodação dos recursos e dos sujeitos.

Segundo Soler (2014), o conflito pode ser abordado para prevenção, pertinente à análise prévia de situações para evitar conflitos futuros; para gestão, adequada a conflitos imaturos ou insolúveis, gerindo elementos envolvidos e suas repercussões; e para solução, que pode se dar por dissolução, quando o conflito é eliminado pela perda do objeto, e por resolução, encerrando-se o conflito pelo alcance de um acordo entre os envolvidos ou imposição de solução por um terceiro.

Tendo isso em vista, o conflito pode conduzir a situações e resultados positivos e produtivos ou degradantes e nocivos, a depender de como são vistos e tratados pelos envolvidos.

Vários elementos influem na abordagem das desavenças, em que se pode citar os participantes do conflito e suas características individuais (personalidade, estado emocional, valores, objetivos, recursos físicos, intelectuais e sociais), a existência e a natureza da relação prévia entre eles e como ela afeta o desenvolvimento e o andamento da situação conflituosa, a questão ou o objeto envolvido no conflito, a motivação de cada participante e a maneira como ela é expressa, o ambiente social ou institucional em que se dá a desavença e as normas sociais

ou jurídicas que o regulamentam, a liberdade de escolha ou presença de coerção, as consequências do conflito para cada participante e a presença de terceiros, bem como seus interesses e suas características (Deutsch, 2004).

Os indivíduos, grupos e instituições em conflito se inserem em ambientes sociais e institucionais variados, com muita ou pouca tradição de tratamento cooperativo de conflitos e presença ou ausência de recursos e medidas desenvolvidos para contribuir com a condução cooperativa (Deutsch, 2004).

Referida ponderação se revela essencial e central a um estudo que propõe estratégias e mecanismos para efetivar o acesso à justiça pela via dos direitos, tendo em vista que o sujeito individualmente considerado muito influencia no tratamento que o conflito correlato ao direito receberá, mas a conduta ou conformação social e institucional em face do conflito tem influência com amplitude e repercussões ainda mais significativas, a afetar todos os sujeitos e situações nela inseridos. O tratamento de conflitos pode se dar por distintos procedimentos, com maior ou menor formalidade, de caráter participativo ou atuação unilateral, com envolvimento de terceiros para auxílio ou poder de definição na situação, entre outras variáveis.

Diante da pluralidade de ferramentas possíveis a serem adotadas, fica evidente a necessidade de examinar a ferramenta adequada em face do conflito concreto a ser tratado, o que envolve analisar e avaliar a condição do conflito, elementos e atores que o integram, sujeitos afetados e outros aspectos que possam instruir a identificação do método a ser utilizado e, ainda, eventual adaptação do método às particularidades da situação abordada. Assim, destaca-se a importância da análise das características do conflito, sua tipologia e desdobramentos durante todo procedimento de resolução de um conflito, permitindo aos envolvidos identificarem novas possibilidades de soluções ou de desfecho.

Especificamente no que tange às ferramentas e abordagens dialógicas e consensuais, ressaltou-se que um facilitador ou mediador pode contribuir significativamente na formação de novos pontos de vista por parte dos envolvidos, para o próprio redimensionamento do conflito e para a criação ou fortalecimento de espaços de diálogos, negociações e consensos.

Pelo exposto, constata-se que o acesso à justiça, inclusive quando considerado sob o aspecto de tratamento de litígios a ele relacionados, abrange a ação coordenada de diversos atores sociais, incluindo os estatais, que garanta aos indivíduos conhecimento que os habilite a decidir sobre o modo mais adequado para gerir, prevenir e resolver seus conflitos e, dessa forma, definir o acesso à justiça que lhes pareça mais apropriado e legítimo, quadro em que a mediação seria uma possibilidade dentre outras (Nicácio, 2011, p. 40).

A ampliação do uso e do alcance dos métodos denominados como alternativos de resolução de conflitos trouxe consigo maior visibilidade e recurso à mediação, assim como à arbitragem e à conciliação. Esse movimento foi promovido por – e promoveu – mudança paradigmática sobre o tratamento de conflitos, sob a compreensão de que o modelo estatal formal centrado no tratamento judicial, embora legítimo e necessário, não seria o meio mais adequado à abordagem da totalidade dos litígios da sociedade.

O Brasil vivenciou a implementação de projetos, organizados pelo Estado, por universidades e pela sociedade civil, voltados ao acesso à justiça com a utilização dos meios alternativos de resolução de conflitos, considerados alternativa ao processo judicial formal.

A mediação especificamente teve incentivo institucional e normativo impulsionado com a Resolução nº 125 do CNJ (CNJ, 2010), que instituiu a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses para assegurar o direito à solução de conflitos por meios adequados à sua natureza e peculiaridade no âmbito do Poder Judiciário. Sob essa política, o CNJ promoveu a adoção da conciliação e da mediação judiciais, orientou sobre a formação dos conciliadores e mediadores judiciais e sobre seus parâmetros éticos, bem como determinou a criação de Núcleos Permanentes de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos e de Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania pelos tribunais de justiça (CNJ, 2010).

Em que pese a previsão normativa citada diga respeito à instituição da mediação em sede judicial, a promoção do método não se restringiu aos limites do Judiciário, inspirando e fortalecendo sua utilização extrajudicial.

Na mobilização pela mudança de paradigma no tratamento de conflitos no âmbito do Poder Judiciário, sobreveio a Lei de Mediação, Lei Federal nº 13.140/2015, que dispõe sobre a mediação como meio de solução de controvérsias entre particulares e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública (Brasil, 2015a). A referida lei contém disposições pertinentes aos mediadores extrajudiciais e judiciais, seus requisitos e regras de atuação, e orientações sobre o procedimento da mediação extrajudicial e judicial, incluindo previsão para adoção de medidas de resolução consensual de conflito envolvendo a administração pública.

Especificamente no que toca ao presente estudo, acerca do acesso à justiça via direitos na saúde pública e pertinência da ouvidoria do SUS para tanto, a mediação também foi impulsionada aos órgãos e setores da administração pública, notadamente aqueles relacionados à prestação de serviços públicos, inclusive no SUS.

O Código de Processo Civil, instituído pela Lei Federal nº 13.105/2015 (Brasil, 2015a), estabelece, em seu art. 174, que os entes federados criem câmaras de mediação – e conciliação – com atribuições referentes à solução consensual de conflitos no âmbito administrativo, em que se inclui dirimir conflitos envolvendo órgãos e entidades da administração pública, disposição complementada pelo art. 175, segundo o qual a referida câmara não exclui outras formas de mediação extrajudicial vinculadas a órgãos institucionais ou promovida por profissionais independentes.

A Lei Federal nº 13.460/2017, regulamentadora da participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública, prevê, em seu art. 13, inciso VII, entre as atribuições precípua das ouvidorias nos serviços públicos da administração pública, “promover a adoção de mediação e conciliação entre o usuário e o órgão ou a entidade pública, sem prejuízo de outros órgãos competentes” (Brasil, 2017a).

A Portaria nº 581, de 9 de março de 2021, da Controladoria-Geral da União, que estabelece orientações para o exercício das competências das unidades do Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo Federal, contém seção específica de dispositivos no tema “Da resolução pacífica de conflitos” (Brasil, 2021). Em seu art. 47, a Portaria atribui às unidades de ouvidoria integrantes “disseminar boas práticas e métodos de resolução pacífica de conflitos entre o usuário e o órgão ou a entidade pública, dentre eles a mediação e a conciliação, como previsto no inciso VII do art. 13 da Lei nº 13.460, de 2017” e atender e orientar usuários sobre os citados instrumentos, observando os princípios de empatia, imparcialidade, isonomia entre as partes, autonomia da vontade das partes, busca do consenso, boa-fé, proporcionalidade entre meios e fins e respeito à ordem pública e às leis vigentes (Brasil, 2021). A regulamentação citada ressalva que as ações relacionadas à resolução pacífica de conflitos devem “ser executadas por agente público devidamente capacitado para a sua realização” e que referida incumbência não afasta as competências estabelecidas no Capítulo II da Lei de Mediação, no qual dispostas as normas da autocomposição de conflitos em que for parte pessoa jurídica de direito público (Brasil, 2021).

Oportuno o destaque à previsão legal no sentido de que práticas e métodos de resolução pacífica de conflitos – em que inserida a mediação – devem ser executados por profissional devidamente capacitado para isso<sup>45</sup>. A necessária capacitação em mediação para que o ouvidor

---

<sup>45</sup> Importa salientar que a Resolução nº 125 do CNJ (Brasil, 2010), instituidora da Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário, anteriormente citada, estabeleceu programa mínimo para a capacitação de mediadores com módulos teórico e prático, além de instituir que o mediador deve se submeter a aperfeiçoamento permanente, essencial para a qualidade dos serviços prestados.

possa utilizá-la de forma adequada consiste não apenas em exigência normativa, mas também exigência à adequação e qualificação da mediação utilizada na ouvidoria, como será reafirmado no capítulo cinco deste trabalho a partir da realidade das ouvidorias do SUS.

A Portaria consigna, ainda, parâmetros para orientar a utilização dos meios de resolução pacífica de conflitos. O disposto no art. 50 possibilita à unidade de ouvidoria propor seu uso “de ofício ou a pedido do usuário ou gestor”, e o art. 48 estabelece que sua utilização deve se dar “em especial para a solução de controvérsias nos quais seja importante a direta e voluntária ação de ambas as partes divergentes” e que não devem ser utilizados quando não houver consentimento das partes em conflito sobre seu uso, quando o objeto do conflito se refira a direito indisponível, quando for decorrente de denúncia e quando a resolução do conflito implicar transigência sobre “aplicação de ato normativo” ou “conduta passível de responsabilização de agente público” (Brasil, 2021).

Ao responsável pelo processo de resolução pacífica de conflitos, o art. 49 da Portaria incumbe assegurar às partes igualdade de tratamento e acesso às informações necessárias à tomada de decisão livre e informada, aproximar as partes para que negociem diretamente a solução desejada, zelar pela rápida solução, manter registros do processo de resolução, colhendo os compromissos das partes, quando cabível e adotar as medidas necessárias à formalização do acordo entre as partes, quando ocorrer (Brasil, 2021).

Especificamente no âmbito do SUS, a Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que compila as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS, dispõe, em seu art. 117, as competências dos serviços de ouvidoria do SUS no âmbito de cada ente federativo, em que se inclui “realizar a mediação administrativa junto às unidades administrativas do órgão com vistas à correta, objetiva e ágil instrução das demandas apresentadas pelos cidadãos, bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta ao demandante” (Brasil, 2017b). Registre-se que o texto normativo prevê, no art. 124, a mesma competência à Ouvidoria-Geral do SUS, que “na qualidade de mediador entre os usuários do SUS e os órgãos gestores de saúde, encaminhará as manifestações formuladas pelos cidadãos às áreas competentes para as providências necessárias” (Brasil, 2017b).

Além da mediação administrativa acima indicada, a Portaria do Ministério da Saúde estabelece, em seu art. 164, serem consideradas ações e serviços de promoção da saúde, para fins de certificação de entidade de saúde, as atividades voltadas para redução de risco à saúde concernentes a “iniciativas de mediação de conflitos, diálogos sobre respeito à diversidade e à

prática dos direitos humanos” (Brasil, 2017b). Referidas iniciativas são consideradas redutoras de risco à saúde sob a referência de prevenir a violência e promover a cultura de paz e os direitos humanos, com minimização de fatores de risco e reforço aos fatores de proteção individuais ou coletivos (Brasil, 2017b).

Por todo o exposto, a escolha da mediação como elemento examinado no presente estudo é justificada não apenas pelo potencial e pelas possibilidades a ela correlatas, mas especialmente pela existência de determinação normativa no sentido de sua utilização e promoção pelos serviços de ouvidoria do SUS, o que corrobora a relevância e necessidade de examinar as adequações dessa abordagem ao serviço.

O acesso à justiça está associado às medidas de prestação material correlata aos direitos, mas vai além, conforme a concepção do acesso pela via dos direitos adotada neste trabalho, abarcando escopos de pacificação<sup>46</sup>, de participação social, de empoderamento dos sujeitos e de melhoria das relações, instituições e serviços. Assim, a despeito de sua efetiva pertinência ao acesso à justiça via direitos na saúde, como esclarecido no tópico anterior, e sua pertinência normativa com os serviços de ouvidoria do SUS, a utilização da mediação nesse âmbito exige a consideração e a compreensão sobre sua definição e suas possibilidades.

Postas essas premissas, vale consignar que a mediação é meio de composição de conflitos antigo, tradicionalmente praticada por culturas entre as quais judaicas, cristãs, islâmicas, hinduístas, budistas, confucionistas e indígenas (Moore, 1998, p. 32-33), e desenvolvida aos moldes hoje utilizados principalmente nos Estados Unidos da América desde a década de 1970 e na França desde a década de 1980 (Bonafe-Schmitt, 2012). O uso do método se difundiu ainda na Ásia, Austrália, Nova Zelândia, Oriente Médio e comunidades africanas tradicionais e modernas (Moore, 1998), traçados históricos e culturais que se fazem relevantes em sua definição e delimitação.

Segundo Moore (1998, p. 34), o crescente uso da mediação é justificado, entre outros motivos, pelo crescimento da busca pela participação democrática, assunção da responsabilidade e da decisão pelo indivíduo sobre as questões referentes à própria vida, acompanhado da ampliação do reconhecimento dos direitos humanos e da dignidade da pessoa.

Na expansão de seu uso, foram desenvolvidas várias categorias de mediação, que Nicácio (2011, p. 15) indica poderem ser organizadas segundo os domínios de ação (familiar,

---

<sup>46</sup> Pacificação, na concepção aqui adotada, não significa a eliminação do conflito, porquanto este é inerente às relações humanas e não é passível de extinção. Refere-se à sua administração e tratamento, seja em nível de prevenção, gestão ou resolução, com seguimento e resultados satisfatórios aos envolvidos e promotores de desenvolvimento individual e coletivo.

civil, comercial, intercultural, escolar, cultural, habitacional, etc.); os graus de institucionalização (espontânea, cidadã, institucional, judiciária, híbrida); os objetivos intentados (resolução de conflitos, pacificação das relações, facilitação da comunicação, criação de laços sociais, etc.); os usuários (comunitárias ou coletivas e individuais); as maneiras de operar (facilitadora, avaliadora, exploradora, combinada, etc.); categorias não exaurientes e exemplificativas da diversidade de sua utilização.

São também diversos os modelos e práticas da mediação, em que se inserem modelos voltados a solucionar o conflito pelo alcance de um acordo satisfatório aos interesses das partes e permeados por técnicas negociais. Cada vertente ou modelo mediação enseja procedimento e atuação do mediador que lhe são próprios, consoantes ao objetivo e à estrutura relativa ao modelo específico.

Para ilustrar as possibilidades e estruturações variadas da mediação, sem o intento de exaurir os modelos de mediação existentes, cita-se alguns modelos de mediação segundo os objetivos propostos, em que se inclui o modelo de Harvard (também denominado modelo tradicional), o modelo transformativo e o modelo circular narrativo.

O modelo tradicional teve origem na Escola de Direito de Harvard, nos EUA, e tem por objetivo central solucionar o conflito pelo alcance de um acordo satisfatório aos interesses das partes, caracterizado como espécie de negociação facilitada por um terceiro, voltada à busca de soluções criativas ao conflito pelos próprios mediandos e conseqüente resolução de problemas por meio de acordo mutuamente aceitável. Trata-se de modelo pautado fundamentalmente pela técnica negocial, no qual o mediador segue uma agenda direcionada a alcançar o acordo dos interesses das partes. O escritor e mediador norte-americano Moore (1998) conceitua a mediação como prolongamento ou aperfeiçoamento do processo voluntário de negociação com atuação de uma terceira parte aceita pelos conflitantes e com poder decisório não autoritário, que vai interferir em uma negociação ou em um conflito para auxiliar os sujeitos no alcance de um acordo mutuamente aceitável. Em suma, figura como processo voluntário auxiliado por um terceiro neutro – mediador – para identificação de questões de interesse comum e resolução mutuamente aceitável de disputas.

O modelo transformativo objetiva a transformação da relação entre os envolvidos no conflito, visando seu empoderamento, pela capacitação para identificar suas próprias questões, apropriar-se dos próprios conhecimentos e impulsionar seu protagonismo e autonomia, e ao reconhecimento mútuo, propiciando conhecer e legitimar as necessidades e perspectivas do outro. Na mediação transformativa, o conflito não é visto como um algo negativo e pendente

de resolução, mas como elemento de transformação do relacionamento entre as partes, conjuntura em que eventual acordo será resultado secundário da transformação relacional (Luchiari, 2012). Assim, o foco está em, com auxílio do mediador, transformar o conflito e a interação conflituosa destrutiva em uma interação o mais positiva e construtiva possível, revertendo a espiral degenerativa da relação interpessoal ensejada pelo conflito, de modo que extrapola a busca do acordo e objetiva empoderamento e reconhecimento dos sujeitos, ao apoiar – sem suplantar ou forçar – o exercício de suas capacidades, a tomada de decisão por si próprios, a comunicação e a consideração da perspectiva do outro (Baruch; Folger, 2006, p. 122-123).

Por sua vez, o modelo circular narrativo entende o conflito como descompasso entre as narrativas das partes, que não contêm verdades ou mentiras, mas diferentes versões da questão envolvida, de modo que a mediação está centrada na comunicação entre os envolvidos e se volta a promover a construção conjunta de narrativas comuns, o que pode ensejar, ou não, a obtenção de um acordo, sendo o mediador um legitimador dos discursos dos mediandos, ouvindo-os individualmente para que exponham sua versão do conflito conforme seus valores e impressões e alcançando os reais interesses e objetivos (Luchiari, 2012).

Ainda no âmbito dos possíveis modelos ou procedimentos, é oportuno citar a classificação de Six (2001) sobre a mediação no aspecto de sua finalidade, segundo o qual existem duas vias, uma voltada à “resolução de conflitos” e outra denominada universalista.

Uma via é a mediação conformada para resolver conflitos entre as diferenças da forma mais rápida e eficaz possível, solucionando-os com agilidade pela assistência de um terceiro para possibilitar o restabelecimento da coexistência entre os envolvidos (Six, 2001, p. 257-258). É, portanto, voltado a construir solução aceita por todos para um conflito concebido como problema, que será solucionado mediante um acordo (Warat, 2001, p. 84).

A outra via consignada por Six (2001), denominada universalista, tem amparo na compreensão cultural, influenciada pela Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, de que as semelhanças são mais importantes que as diferenças, perspectiva na qual a mediação constitui meio de regulação das relações interpessoais e intergrupais, voltado ao constante estabelecimento de novas ligações entre os sujeitos, de reparação de laços danificados ou distendidos e de gestão de vínculos rompidos. Portanto, não está centralizada na solução de conflitos, ainda que possa envolver referida medida.

Expostas noções gerais concernentes às variadas perspectivas sobre a mediação, importa destacar que cada perspectiva ou vertente implica um procedimento, um conjunto de técnicas

pertinentes, uma caracterização do mediador e de sua atuação, tudo segundo o objetivo ou o parâmetro que tenha sido adotado à mediação.

Ressalte-se que várias são as vias e os instrumentos existentes para busca e promoção do acesso à justiça via direitos pela atuação do serviço de ouvidoria do SUS, sendo a mediação aquela que se destacou para análise neste trabalho. Em outras palavras, figurando a ouvidoria como promotora do acesso à justiça, as vias e os procedimentos adotados para alcançar esse acesso são – ou podem ser – múltiplos, cenário em que o recorte objeto de estudo diz respeito à análise da mediação como uma dessas vias ou procedimentos possíveis.

Tendo em vista o acesso à justiça pela via de direitos, notadamente nos aspectos e dimensão destacados como centrais a este estudo, mostra-se pertinente à promoção do acesso pela ouvidoria do SUS um instrumento que seja hábil a promover a efetivação de direitos na saúde pública, mediante abordagem adequada às relações existentes entre os sujeitos do SUS (notadamente usuário do SUS, profissionais da saúde e gestores) que não se limite à resolução de conflitos ou feitura de acordos, mas promova e fortaleça canais de diálogo e concretização da participação dos envolvidos para qualificar, criar e recriar os vínculos e as estruturas em que se inserem enquanto via para realização plena do SUS em suas diretrizes e amplitude.

Entre as várias concepções postas à mediação, diante das finalidades correlatas ao Sistema e à saúde pública, a mediação sob a perspectiva universalista apresenta maior congruência para o âmbito em estudo, orientada pela visão do conflito como oportunidade aos envolvidos de “uma melhora na qualidade de vida, para o encontro consigo mesmo e para a melhora na satisfação dos vínculos” (Warat, 2001, p. 84), de modo que não está centrada em alcançar o acordo. Com efeito, ainda que eventuais acordos resolutivos de desavenças sejam proveitosos a toda relação ou contexto, um instrumento que extrapole o acordo e busque finalidades mais amplas de melhorias apresenta maior pertinência ao acesso na dimensão da efetivação do direito à saúde pública.

Nessa concepção, a mediação constitui meio de regulação das relações interpessoais e intergrupais, voltado ao constante estabelecimento de novas ligações entre os sujeitos, de reparação de laços danificados ou distendidos e de gestão de vínculos rompidos (Six, 2001, p. 257-258). Six pontua que se trata de uma criatividade de ligações que inclui a eventual resolução da desavença, mas que se estabelece no âmbito da gestão ativa dos conflitos pela catálise do terceiro mediador (2001, p. 265).

Configura, assim, instrumento de caráter pedagógico ao provocar os sujeitos a ressignificarem suas situações conflituosas e suas relações, promovendo a transformação das

relações interpessoais e intergrupais em conflito e uma cultura de participação ativa e de promoção da paz social, marcada pela melhoria da qualidade de vida, pelo diálogo e pela alteridade nos vínculos. Observa-se serem esses parâmetros que se ajustam à previsão normativa que insere a mediação como método a ser adotado pelas ouvidorias do SUS.

Toma-se, portanto, neste trabalho, a mediação em vertente hábil a transformar conflitos e melhorar relações, que auxilie de modo pedagógico os conflitantes ao exercício da autonomia, da emancipação e da criatividade, além de estimular a humanização do sujeito por meio da realização dos vínculos com o outro e propiciar a humanização das relações em si (Warat, 2001). O mediador tem papel de ajudar as partes a reconstruírem simbolicamente a relação conflituosa, e a mediação ajuda os envolvidos a redimensionarem o conflito, relativo ao conjunto de condições psicológicas, culturais e sociais que ensejaram o choque de interesses que afeta a relação (Warat, 2001, p. 80).

Assim, embora a mediação seja técnica adequada e útil para a gestão dos conflitos, favorecendo eventual alcance de acordos entre os envolvidos, sua definição vai além e se constitui como um instrumento para impulsionar uma dinâmica social, promovendo e melhorando as relações interpessoais e intergrupais (Bonafe-Schmitt, 2012). Nessa perspectiva, a mediação representa um novo modelo de regulação social, uma nova forma de agir que implica em recomposição de relações (Bonafe-Schmitt, 2012, p. 200-201).

Enquanto meio de regulação social não restrito à resolução do conflito, a mediação estimula o acesso a – e eventualmente a instituição de – espaços de diálogos e oportunidades de reconhecimento mútuo, ampliando as possibilidades de participação dos envolvidos na administração de seus próprios conflitos e de melhoria da relação interpessoal, intergrupar e institucional por meio de uma comunicação mais efetiva e humana.

A mediação instituída como forma de regulação pautada pelo diálogo e pela abordagem construtiva dos conflitos no meio social (ou no meio institucional), voltada para a gestão e a prevenção de situações conflituosas, e não apenas para a sua resolução pelo acordo, conforma horizonte promissor para transformar abordagens violentas e adversariais dos conflitos, desenvolver e concretizar uma cultura de comportamentos e valores de paz e de efetivo diálogo (Sena; Silva, 2016).

Diante dos elementos expostos, ressalta-se que a mediação é instrumento apropriado para situações conflituosas que envolvam relações continuadas, prolongadas no tempo, presentes em grande medida na saúde pública, pela relação continuada dos sujeitos (usuários do SUS, profissionais de saúde e gestores) entre si e com o SUS (ou com a unidade de saúde

específica em que se inserem), especialmente em casos de acompanhamento contínuo (como em programas de saúde da família ou acompanhamento com profissional especialista), tratamento prolongado ou internação.

Em razão dos elementos apresentados e diante do papel desempenhado pelo serviço de ouvidoria do SUS – que será analisado no capítulo quarto –, a mediação sob a concepção descrita é propícia à ouvidoria para gestão de conflitos e eventual obtenção de acordos e, ainda e principalmente, para gerar transformação nos modos como os sujeitos do SUS se comunicam e se relacionam, constituindo-se modelo de regulação social. Sob essa perspectiva, ela configura instrumento de empoderamento dos envolvidos, promoção de uma cultura colaborativa, recomposição de relações, geração de novas perspectivas dos sujeitos sobre si, sobre o outro e sobre o SUS.

A Lei de Mediação a considera como “atividade técnica exercida por terceiro imparcial sem poder decisório, que, escolhido ou aceito pelas partes, as auxilia e estimula a identificar ou desenvolver soluções consensuais para a controvérsia” (Brasil, 2015a, art. 1º, p.u.), orientada pelos princípios da imparcialidade do mediador; isonomia entre as partes e sua autonomia da vontade; oralidade e informalidade do procedimento; busca do consenso; confidencialidade; e boa-fé (Brasil, 2015a, art. 2º). A despeito da centralidade que o conceito legal coloca na obtenção de soluções para a controvérsia mediante produção de acordos, centralidade esta que não se faz propícia na saúde pública pelas premissas anteriormente consignadas, importa destacar que os princípios postos no dispositivo legal são orientadores da mediação, inclusive em matéria de saúde.

A mediação é definida neste estudo como processo voluntário complementar de administração de conflitos e de regulação social pelo qual sujeitos buscam, pelo diálogo e participação ativa, a melhoria da qualidade de sua relação e/ou o tratamento mutuamente aceitável de uma situação conflituosa, criando ou fortalecendo laços relacionais, que podem estar deteriorados ou enfraquecidos pelo conflito, tudo isso auxiliados por uma terceira pessoa denominada mediador, independente, equidistante e não autoritária, que facilita a comunicação entre os envolvidos. Constitui instrumento de lógica participativa e dialógica com potencial de transformação não somente da eventual situação conflituosa estabelecida, mas também dos sujeitos envolvidos e do ambiente e relação em que se inserem, do modo de tratar os conflitos, dos direitos que os revestem e do processo de sua efetivação.

Trata-se, portanto, de processo informal – sem procedimento estabelecido com rigidez ou formalismo – integrado por vários procedimentos, ferramentas e abordagens voltados a essas

finalidades e medidas. Nessa conjuntura, a mediação pode incluir realização de sessões individuais ou privadas do mediador com os envolvidos para facilitar o diálogo e para identificação de interesses e necessidades; sessões conjuntas com os envolvidos dialogando entre si; validação de sentimentos e necessidades apresentados; acolhimento dos sujeitos envolvidos; foco nos interesses em vez de focar em posições ocupadas; comunicação não violenta (em que se insere seu uso pelo mediador e este estimular os envolvidos a adotá-la); escuta ativa; paráfrase – ou recontextualização – do que é dito entre os envolvidos para retirar algum aspecto negativo ou adversarial sem alteração do sentido; inversão de papéis, estimulando que cada envolvido considere a perspectiva do outro; resumo das declarações feitas pelos envolvidos para ajudar na identificação dos aspectos centrais e na compreensão das questões envolvidas na relação abordada; perguntas, especialmente perguntas abertas que fomentem esclarecimentos e compartilhamento de informações; entre outros.

Nessa conjuntura, é necessário considerar as complexidades e particularidades da realidade e necessidades envolvidas naquele contexto específico para efetiva e adequada utilização da mediação, para que constitua instrumento hábil ao acesso à justiça e, nesse âmbito, à cooperação, promoção da participação e do empoderamento dos sujeitos, abordagem dos conflitos, regulação social. É incabível, pois, adotar a mediação na saúde pública mediante a mera transposição de processos e modelos de mediação de espaços alheios para o serviço de ouvidoria do SUS, uma vez que, repisa-se, é necessário identificar a abordagem de mediação adequada ao contexto específico em que será adotada.

Portanto, eventual adoção da mediação sobre um caso concreto deve ser precedida do exame de sua efetiva adequação a determinada situação concreta, destacando-se que a mediação é um entre os instrumentos possíveis de utilização no âmbito do acesso à justiça e da abordagem de conflitos. O sujeito em posição de orientar ou sugerir o instrumento a ser adotado – que se vislumbra nas ouvidorias como sendo o ouvidor, que recebe e processa a manifestação e direciona seu tratamento – deve analisar, para o caso concreto, qual seria a abordagem mais adequada e se a mediação é via possível e apropriada naquela situação.

Inclusive, quando diante de situação conflituosa, o exame prévio a orientar abordagem e instrumento adequado consiste em realizar verdadeiro mapeamento de conflitos<sup>47</sup>, referente à investigação metodológica associada às teorias do conflito e às vias de resolução para mapeio

---

<sup>47</sup> Cf. SOLER, Raul Calvo. **Mapeo de conflictos: técnica para la exploración de los conflictos**. Barcelona: Editorial Gedisa, 2014; Silva, Lucas Jerônimo Ribeiro da. **Acesso à justiça juvenil e mapeamento de conflitos no direito da criança e do adolescente: diálogo internacional e novas designações à luz da política pública de justiça juvenil restaurativa do município de San Isidro – Argentina**. 2017. Dissertação (Mestrado em Direito). Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

dos elementos essenciais que compõem determinada conjuntura conflituosa, munindo o terceiro que intervém – no caso em estudo, o ouvidor – de uma atuação qualificada, frente à multiplicidade de conflitos e de abordagens possíveis e à natureza do acesso à justiça composta de múltiplas dimensões. Sobre a relevância e o proveito do mapeamento do conflito, oportuna a ponderação de Silva:

O mapeamento de conflitos é útil tanto aos sujeitos diretamente envolvidos na relação quanto aos terceiros que intervém. Aqueles são beneficiados ao se depararem com a pluralidade de questões e perspectivas que constituem a si mesmo e ao outro em um quadro de conexões fragilizadas, podendo identificar novas alternativas de convivência que potencialmente se desdobram com o processo avaliativo. Os terceiros que intervém, considerados aqui como os analistas, gestores ou profissionais que realizam o mapeamento, são beneficiados com um aporte essencial de informações primárias advindas das próprias partes, de quem o conflito emana e para quem serão elaboradas estratégias de solução.

Tendo em vista essa ferramenta de análise, o mapa das relações de desavenças propicia aos gestores pistas e prescrições fundamentais oriundas da exploração das estruturas subjacentes ao conflito (2017, p. 73).

Conhecendo técnicas e métodos para atuar sobre a situação conflituosa, a partir da análise e compreensão dos elementos que integram certo conflito, o sujeito pode identificar a forma mais adequada para intervir sobre a situação específica, processo pelo qual o ouvidor – e até mesmo os demais sujeitos em exame – pode constatar a efetiva adequação da mediação ao caso levado à sua atuação. Como sumarizado por Soler, “a virtude mais importante do mapeamento é que ele sugere uma resposta a uma pergunta crucial para aquele que pretende intervir: o que eu preciso saber para compreender melhor o conflito?” (2014, p. 19, tradução nossa)<sup>48</sup>.

Essa referência reforça a necessidade e a importância de que o terceiro que atua como mediador seja capacitado em aspectos da teoria do conflito, formas de tratamento de conflitos e estrutura e organização da instituição ou área em que se insere, de forma a estar habilitado para valorar o conflito, a relação presente e os caminhos possíveis de abordagem em seu contexto.

Observa-se que as atribuições e a organização da ouvidoria do SUS, seja em face da manifestação individual ou situações mais abrangentes de ordem coletiva ou institucional, exigem do ouvidor a valoração sobre o tratamento adequado à questão. Com efeito, essa valoração se faz exigível também na eventual adoção da mediação, de modo que seja orientada pela prévia análise do tratamento adequado dos conflitos em questão.

---

<sup>48</sup> No original: La virtud más importante del mapeo es que sugiere una respuesta a una pregunta crucial para aquél que pretende intervenir: ¿qué me falta conocer para comprender mejor este conflicto? (Soler, 2014, p. 19)

### 3.3 Mediação na saúde para um acesso à justiça pela via dos direitos

A efetivação do direito à saúde em sentido ampliado para o completo bem-estar físico, psíquico e social do ser humano é diretamente relacionada e dependente à existência e à qualidade das relações entre os sujeitos envolvidos na saúde pública, ponto em que a mediação figura como passível de promover uma conjuntura propícia à efetivação das garantias e diretrizes instituídas pela política de saúde. Configura, assim, não apenas meio de gestão, de prevenção e de solução de conflitos, permitindo favorecer o tratamento das desavenças, mas também meio para impulsionar uma dinâmica social, constituindo-se um novo modelo de regulação social no âmbito da saúde pública, contribuindo ao acesso à justiça via direitos.

#### 3.3.1 *Experiências de mediação na saúde*

Para aclarar e compor a aplicação da mediação no âmbito da saúde e embasar parâmetros para orientar sua utilização, este estudo toma em consideração o desenvolvimento e a aplicação da mediação à saúde na França. Isso porque o desenvolvimento francês contribuiu para a mediação como hoje é conhecida e adota o método na área da saúde há alguns anos, certamente desde a década de 1980, permitindo a maturação do tema. A escolha pela abordagem da experiência francesa também se justifica pelo acesso a materiais no tema e conhecimento da língua pela autora.

A partir de 1981, decreto francês estabeleceu a figura de “conciliadores médicos”<sup>49</sup> com a missão de “facilitar informação de pacientes ou, eventualmente, de seus direitos e de agilizar o regramento das discórdias relativas à responsabilidade resultante da atividade profissional de um médico, na ocasião ou em seguida à prestação de cuidados” (Six, 2001, p. 121), constituindo uma mediação institucional, estruturada pela própria instituição. À época, a posição de mediador era exercida por magistrados honorários designados para isso (Guillaume-Hofnung, 1999, p. 120).

O citado decreto foi anulado em 1988, mas experiências de mediação objetivando reforçar o diálogo entre hospital e paciente voltaram a ser estabelecidas em 1989.

---

<sup>49</sup> O desenvolvimento e a adoção da mediação na França foram marcados pela falta de rigor terminológico, ensejando a utilização indistinta dos termos mediação e conciliação, mesmo que para se referir ao primeiro (Guillaume-Hofnung, 2018). A referência à conciliação e ao conciliador neste tópico do trabalho refere-se a processos e práticas que constituem mediação e mediadores.

Nessa conjuntura, o conciliador médico passou a ser um “médico hospitalar” dotado de uma “missão de informação”, atuando quando houvesse “dificuldade na transmissão de informações médicas” ou “quando as queixas referem-se a questões de assistência ou de outros serviços fornecidos pelo hospital” (Six, 2001, p. 122). Tratava-se de médico incumbido de dialogar com os pacientes ou familiares quando estes encontravam dificuldades na relação com a equipe médica. Em Lyon, por exemplo, foi constituída a primeira comissão de conciliação, então denominada “comissão de informação do usuário”, com ações voltadas ao objetivo de informar e explicar questões médicas ao paciente (Guillaume-Hofnung, 1999, p. 121).

O conciliador médico figurava como intermediário entre paciente e médico quando o diálogo estava prejudicado, possibilitando levantar os verdadeiros problemas entre eles, facilitava a informação e a comunicação de questões médicas para o paciente e familiares e contribuía para reforçar o diálogo da administração com os usuários, aproximando-os (Six, 2001). Nesse âmbito, o paciente apresentava seu pedido ou reclamação ao diretor do hospital e este decidia sobre a oportunidade de recorrer ao conciliador médico, que seria indicado por intermédio da direção da instituição.

Six (2001, p. 124) ressalta que o conciliador não estava habilitado a lidar com todas as reclamações relativas ao funcionamento dos serviços hospitalares, respeitando-se a competência do diretor do estabelecimento, nem encarregado de resolver problemas em litígio judicial ou de assumir todas as comunicações médicas ao paciente e à família. Tratava-se de facilitador e auxiliar nessas ações, também utilizado com o objetivo de evitar o processo judicial, que podiam ser instaurados pelo descontentamento do paciente e de seus familiares e, especialmente quando numeroso, aviltava a imagem do hospital (Six, 2001, p. 125).

A utilização da mediação foi impulsionada aos diversos ramos, inclusive por atos governamentais. O primeiro-ministro francês enviou aos ministros e prefeitos, em 23 de fevereiro de 1995, uma nota intitulada “Melhoria das relações entre os serviços públicos e seus usuários”, indicando que a mediação deveria ser desenvolvida e adotada nos serviços públicos ou que envolviam acolhimento do público, como meio para “evitar que os contenciosos se desenvolvam por incompreensão entre o usuário e os serviços” e, assim, melhorar a relação com o usuário (Six, 2001, p. 26-27).

O citado mediador teria, portanto, função de evitar dificuldades entre usuários e serviços e apreender os “fatores de insatisfação” do público, evidenciando uma preocupação institucional de melhor atuar pela aproximação entre administrações e usuários. O primeiro-ministro indicou, em sua nota, a necessidade de saber acolher a demanda no serviço público e

de capacitar os agentes para exercerem referido acolhimento (Six, 2001, p. 38). O acolhimento apontado consiste na função de escuta do usuário, de reconhecimento e de consideração de suas questões, à semelhança da concepção adotada na diretriz dos serviços públicos integrantes do SUS brasileiro.

As experiências de mediação na saúde francesa se voltavam para a melhoria da relação entre serviço público e usuários e o aperfeiçoamento do serviço em si, mas agregavam a finalidade de renovar o diálogo, caso este estivesse rompido, entre uma equipe de saúde e um paciente ou uma família, ou entre um médico e um paciente.

Guillaume-Hofnung (1999, p. 121) descreve que, apesar de suas limitações e insuficiências, os conciliadores médicos foram profícuos em diversos contextos para uma abordagem mais satisfatória de dificuldades nos serviços de saúde. Ao interpelar e questionar a instituição ou setores do hospital, o paciente encontraria um terceiro que seria um intermediário e poderia ajudar a resolver uma situação dramática (Guillaume-Hofnung, 1999, p. 123-124).

Alguns hospitais franceses instituíram comissões de conciliação, como espaço de informação, de humanização da instituição de saúde e de restabelecimento do diálogo, além de meio para atender à reivindicação dos pacientes insatisfeitos ou que entendessem ter sido vítimas de erros ou acidentes médicos, fornecendo a eles explicações técnicas, conforme necessárias, que mostrassem se houve a falta e quais seriam as possibilidades ao usuário. As comissões eram formadas majoritariamente por membros integrantes e remunerados pelo hospital, acrescidos de alguns representantes dos usuários (Guillaume-Hofnung, 1999, p. 122-123), e o mediador era nomeado pela própria instituição (Massing, 2017), elementos que foram alvo de críticas e questionamentos sobre a efetiva independência e da equidistância do mediador.

Em resposta aos questionamentos sobre a “neutralidade” do conciliador, médicos liberais ofereceram seus serviços aos hospitais, onde não atuavam, para neles serem conciliadores, além da adoção de medidas institucionais para a legitimação do médico conciliador vinculado à instituição, enfatizando-se que o fato de ele conhecer bem o hospital permitia, muitas vezes, restaurar mais facilmente o diálogo entre o usuário e a instituição (Guillaume-Hofnung, 1999). Surgiu também cooperação entre hospitais que permitiram ao médico de uma instituição exercer o papel de conciliador em outra (Guillaume-Hofnung, 1999, p. 122-123).

A prática francesa evidenciou que a formação médica ou semelhante conhecimento especializado em saúde não era necessária ao mediador, considerando a mediação voltada a trabalhar a dinâmica do conflito, a restauração do diálogo e a qualidade relacional (Massing, 2017). Massing (2017) relata sua atuação como mediadora não médica no âmbito hospitalar e indica que os casos variaram em complexidade das circunstâncias, havendo mediações praticadas em problemas simples de comunicação entre equipes de cuidado e famílias, em recusa de cuidados, ou outros casos que foram judicializados pela insatisfação do usuário com a resolução dada, contexto em que sua falta de formação médica não representou obstáculo à sua atuação, uma vez que a natureza de muitos conflitos está centrada no fator emocional, com a noção de perda de confiança pelo usuário, e não em aspectos da Medicina.

Six (2001) pontua que, na estruturação descrita, o conciliador, atuando como um intermediário, facilita o diálogo entre os que cuidam e os que são cuidados, sem impor decisões, e auxilia profissionais médicos e não médicos no acolhimento do paciente, na escuta e na compreensão de suas preocupações, e não somente em suas necessidades de ordem médica.

O uso da mediação na saúde francesa, além da adoção institucionalizada acima descrita, também foi marcada por práticas de mediação cidadã, suscitada nos grupos sociais em livre associação, de forma independente e privada (desvinculada de instituições públicas) (Six, 2001). Six descreve a coexistência de mediação institucional e mediação cidadã:

Em um primeiro plano, pode haver instâncias de mediação para o hospital, associações compostas de voluntários, antigos “usuários” dos hospitais, médicos, aposentados, magistrados etc., às quais todo doente e também todo médico, seja geral, seja especialista em consultório, em clínica ou em hospital, poderia recorrer livremente quando houvesse um problema entre eles. Estas instâncias ouviriam uns e outros, permitiriam a cada um colocar, na mesa, o problema que o preocupa, incitaria uns e outros a encontrar, por si mesmos, saída para suas dificuldades. Esta mediação cidadã não impediria, de forma alguma, o recurso ao conciliador médico do hospital; ao contrário, a associação sugeriria isto frequentemente (2001, p. 127).

A mediação segue utilizada no contexto francês em conflitos entre a instituição, os profissionais e o usuário nos diferentes âmbitos e formatos descritos, destacando-se, segundo Massing (2017), como meio promotor da intercompreensão dos envolvidos pela atuação de um profissional – o mediador – capacitado a restaurar o diálogo durante um conflito, enquanto se esforça para garantir a liberdade de expressão do usuário.

A experiência francesa ensejou aplicações e construções teóricas sobre a mediação, seus parâmetros e referenciais para utilização adequada que são adotados no presente trabalho, inclusive a perspectiva da mediação universalista já exposta, especialmente em razão de sua

pertinência à finalidade da mediação aqui proposta e à compatibilidade com o contexto brasileiro.

Todavia, inadmissível a importação de modelos estrangeiros de mediação em hospitais para o Brasil ou a mera transposição para o âmbito da saúde do modelo adotado em outras esferas sociais e institucionais, sob pena de inviabilizar o instrumento e seus resultados na saúde pública nacional. A apropriação de referenciais das experiências em outros âmbitos, inclusive estrangeiro, deve atentar para a necessária adequação e compatibilização com a realidade nacional ou da instituição específica em que é aplicada.

Voltando ao exame do Brasil, a mediação no serviço público de saúde e especificamente pela ouvidoria do SUS é definida normativamente, voltada à melhoria da relação entre usuários e instituição, escuta do usuário e sua participação ativa no serviço.

A organização de espaços e processos para construção de diálogos e consensos para solução de conflitos na saúde pública – especialmente os referentes à falta ou insuficiência da política de saúde – é crescente como esforço para garantia do direito correspondente nos termos consagrados na Constituição e nas leis, conjuntura em que algumas das iniciativas adotam a mediação como ferramenta nesse empreendimento.

O Brasil conta com iniciativas e experiências de promoção do acesso à justiça sobre o direito à saúde por vias extrajudiciais, inclusive com a adoção da mediação como ferramenta para sua concretização.

O estado da Bahia instituiu, na capital, em 2015, a Câmara de Conciliação de Saúde<sup>50</sup>, em atuação conjunta do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, o Tribunal de Justiça da Bahia, os Ministérios Públicos Estadual e Federal, a Defensoria Pública da União, a Defensoria Pública do Estado, a Secretaria de Saúde do Município de Salvador, a Procuradoria Geral do Município de Salvador, a Procuradoria Geral do Estado da Bahia e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (CNJ, 2019, p. 88-95).

Estabelecido no município de Salvador, dentro de um Serviço de Atendimento ao Cidadão em região central descrita pelo órgão como de fácil acesso, presta atendimento aos usuários do SUS municipal com o objetivo de encontrar soluções que minimizem a necessidade de acionarem o Judiciário para resolver alguns tipos de questões relacionadas à saúde, como a oferta de medicamentos e fornecimento de fórmulas alimentares especiais. O cidadão, ao buscar assistência no Ministério Público ou nas Defensorias Públicas do Estado e da União

---

<sup>50</sup> A Câmara de Conciliação de Saúde conta com página informativa de sua atuação no sítio eletrônico da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/sobre-a-sesab/ccs/>

demandando prestação de serviço de saúde, terá o caso avaliado pela Câmara, buscando solução administrativa para oferta de medicamentos (CNJ, 2019, p. 88-95).

Identificada solução administrativa, ela será tentada e, caso ausente, o caso é encaminhado para judicialização, procedimento que ensejou intermediação com a gestão da saúde local e tem promovido tutela extrajudicial de diversas medidas em saúde (CNJ, 2019, p. 88-95). Estudo sobre essa iniciativa apontou que “sistemas de mediação, como a Câmara de Conciliação da Saúde na Bahia, também aparece como um instrumento importante de diminuição da ‘judicialização desnecessária’, levando ao Judiciário apenas casos que os órgãos envolvidos não conseguem resolver extrajudicialmente” e remeteu à experiência do estado do Espírito Santo de implantação de “sistema de mediação em ambiente virtual, o que pode servir de modelo para outros estados” (CNJ, 2019, p. 115), referente a sistema virtual para diálogo e troca de informações entre Secretaria de Estado de Saúde e Defensoria Pública sobre elementos da saúde pública.

Outra experiência é a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde, criada em Brasília em 2013 por atuação conjunta da Secretaria de Estado de Saúde e da Defensoria Pública do Distrito Federal, que constituiu um espaço de mediação para resolução extrajudicial de conflitos em saúde, voltado à solução de demandas por serviços e produtos de saúde, com o intuito de evitar ações judiciais ou propor soluções para aquelas em trâmite (Paim; Marqueto; Lopes, 2015). Com ações integradas pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, a Câmara segue em atuação e institui canais de diálogo para intermediação entre os usuários do SUS e os órgãos jurídicos e administrativos pertinentes à garantia do direito à saúde para verificar soluções para as demandas dos usuários, no intuito de diminuir o ajuizamento de ações.

No estado de Minas Gerais, o Ministério Público do Estado de Minas Gerais, sob a coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, criou o instrumento da “Mediação Sanitária” sob o intento de gerar um espaço democrático, compartilhado pelos diversos atores, jurídicos e não jurídicos, públicos e privados, das esferas federal, estadual e municipal com atuação no direito à saúde em Minas Gerais. O objetivo é fazer com que os diferentes atores do sistema sejam colocados no mesmo espaço e em diálogo para proporcionar que encontrem soluções para os problemas existentes nas diversas regiões do estado e, ainda, reorganizar as ações e serviços de saúde, com responsabilização e solução coletiva dos problemas, evitando a recorrência individualizada das ações e superando tensões políticas que atrapalham a gestão (Curi, 2014).

A iniciativa verificada no município de Araguaína, localizado no estado do Tocantins e de referência macrorregional, foi destacada pelo CNJ e em jornadas de saúde, consubstanciada na criação de Núcleo de Apoio Técnico em 2011 pela Secretaria Municipal de Saúde, agregada a outras ações de gestão em saúde compartilhada entre o Executivo e o Judiciário, para atuar em parceria com a ouvidoria municipal do SUS na prevenção da judicialização da saúde e no estabelecimento de estratégias de efetivação do direito à saúde (CNJ, 2015). O objetivo é a mediação de conflitos, o alcance de soluções administrativas para as demandas em saúde e a democratização das informações e da gestão, que intensificou o diálogo institucional, incluindo Defensoria Pública e Ministério Público, e a compreensão de outras vias externas ao processo judicial possíveis para tratamento adequado aos problemas de saúde (Henrique; Brito; Mel, 2013).

Busca em mecanismos de pesquisa online sobre a realidade atual da experiência apresentaram resultados identificados ao Núcleo de Apoio Técnico vinculado ao Tribunal de Justiça do Tocantins para suporte técnico-científico nas decisões judiciais em saúde e, ainda, direcionados à Ouvidoria do SUS de Araguaína, estado do Tocantins, nas questões relativas às suas competências e atribuições.

No estado do Rio de Janeiro, em 2013, foi criada a Câmara de Resolução de Litígios da Saúde, consistente em uma cooperação entre Procuradoria Geral do Estado e do Município do Rio de Janeiro, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Defensoria Pública Estadual e Federal e Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, com o objetivo de buscar soluções administrativas para o atendimento das demandas, evitando a judicialização. Por essa iniciativa, no período de um ano de funcionamento, foram atendidos 8.882 cidadãos e realizadas 12.486 solicitações de medicamentos e insumos, das quais cerca de 40% foram atendidas por meio de expediente administrativo, evitando o ajuizamento de ações judiciais (Oliveira, 2019, p. 184-185). A Câmara segue em funcionamento e realizou 20 mil atendimentos em 2019, “dos quais, mais de 60%, conseguiram, por meio da mediação, resolver suas pendências com a rede pública de saúde”, sendo informado pelo órgão que houve o crescimento anual do índice de resolução administrativa extrajudicial dos casos (PGE/RJ, 2024).

Acordo de cooperação técnica em 2009 no estado do Rio Grande do Norte entre a Procuradoria da União, a Defensoria Pública da União, a Procuradoria Geral do Estado, a Procuradoria-Geral de Natal, a Secretaria de Estado da Saúde Pública e a Secretaria Municipal de Saúde, com inclusão da Defensoria Pública do Estado em 2010, criou o Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde, para atuar na solução

de conflitos pela via administrativa antes que cheguem ao Judiciário, em redução da judicialização, mas também em demandas já judicializadas em que se adota a conciliação. O convênio também tem atuação junto aos gestores na busca de melhoria das políticas realizadas para o aprimoramento do SUS, que são sugeridas em propostas pelo Comitê com base em suas experiências perante o cidadão (Oliveira, 2019, p. 181).

No município de Natal, estado do Rio Grande do Norte, foi criado o Programa SUS Mediado em 2012, reunindo a Defensoria Pública da União e a do Estado do Rio Grande do Norte, a Procuradoria Geral do Estado e a do Município de Natal, a Secretaria de Saúde do Estado e a Secretaria de Saúde do Município de Natal, para promover sessões de mediação para resolução das questões de saúde e estabelecer cooperação entre os referidos atores, com o intercâmbio de ações e a difusão de informações, além de garantir maior efetividade das políticas públicas de saúde no estado (Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Norte, 2022).

O estado de Rondônia conta com projeto de mesmo nome, SUS Mediado, criado em 2016 pela Defensoria Pública do Estado em articulação à sua função institucional de promover, de forma prioritária, a solução extrajudicial dos litígios e a conciliação entre as partes em conflito, e com o objetivo de atuar nas demandas de urgência e de emergência na área da saúde, evitando a judicialização e promovendo a resolução extrajudicial de conflitos por meio da mediação ou da conciliação. O projeto abrange a cidade de Porto Velho e inclui em suas ações a organização de mutirões de conciliação e a aproximação entre usuários do SUS, profissionais de saúde e órgãos envolvidos, de modo a solucionar consensualmente as demandas já ajuizadas, buscando efetividade e celeridade na concretização do direito à saúde (Defensoria Pública do Estado de Rondônia, 2024).

As experiências acima apresentadas foram listadas de forma exemplificativa, devendo-se consignar que não esgotam as iniciativas existentes de inserção da mediação na promoção do direito à saúde e da solução de conflitos na matéria, havendo outras práticas semelhantes em âmbitos estaduais, municipais e locais, e mediante iniciativas sociais e institucionais.

Importante estabelecer mecanismos de articulação e mediação interinstitucional, de modo a possibilitar o encaminhamento e resolução de casos, sem recurso primário ou exclusivo à via judicial. Os comitês, câmaras e projetos citados se estruturam com o fim de promover essa mediação em seus âmbitos de atuação, ao passo que o serviço de ouvidoria do SUS, em seu âmbito de atuação, pode se constituir via de articulação e mediação interinstitucional.

Trata-se da promoção da resolução administrativa – ou extrajudicial – de demandas relacionadas à saúde, sejam elas concernentes aos usuários, às instituições de saúde públicas e privadas ou aos órgãos gestores da política de saúde, corroborando a possibilidade e o potencial transformador da mediação em face do direito à saúde.

### ***3.3.2 Parâmetros para a mediação na saúde: mediação informativa no SUS***

Inicialmente, impositivo consignar que a mediação deve observar certos elementos que se constituem essenciais para sua integridade e viabilidade como instrumento sobre relações, conflitos e, de forma central, sujeitos.

A Lei de Mediação, em seu art. 2º, dispõe princípios orientadores da mediação, em que cita imparcialidade do mediador, isonomia entre as partes, oralidade, informalidade, autonomia da vontade das partes, busca do consenso, confidencialidade e boa-fé (Brasil, 2015a), sem, contudo, apresentar conceituação deles ou prescrever que sejam listagem taxativa. Trata-se, pois, de parâmetro normativo à análise desenvolvida, ampliado pela consideração da realidade à qual se volta a mediação em exame.

O processo da mediação é necessariamente voluntário, tanto na definição de utilizá-lo como sobre eventual resolução ou providência definida entre os envolvidos. Sob esse referencial, não é possível impor aos envolvidos que adotem a mediação, cabendo ao terceiro facilitador convidar, propor ou recomendar seu uso, cabendo aos envolvidos decidir sobre passar pela mediação, prosseguir nela depois de iniciada ou mesmo proceder à feitura de algum acordo na questão abordada.

Tem-se, pois, a autonomia da vontade dos envolvidos como elemento imprescindível à mediação, em que o procedimento é realizado de forma a assegurar a autonomia dos sujeitos no curso da mediação e nas eventuais medidas que possam dela resultar e, ainda, figura meio promotor da autonomia em sentido ampliado, empoderando os indivíduos à compreensão de sua realidade e dos meios de participação e de tomada de decisão nas questões pertinentes à sua vida e ao seu meio.

Especialmente quando a situação envolver relações e conflitos, não restrita à mediação informativa, a confidencialidade deve ser observada, de modo que toda informação ou consideração apresentada pelos envolvidos na mediação sobre sua situação seja sigilosa, mantida apenas sob conhecimento dos que dela participarem, salvo autorização expressa para

divulgação e violação à ordem pública. Esses elementos são essenciais para a proteção dos interesses dos envolvidos e para criação de um ambiente propício ao diálogo aberto e frutífero.

A mediação constitui meio para levar os envolvidos à intercompreensão e a, por si mesmos, estabelecerem providências em suas relações e em eventuais conflitos, processo no qual a figura do mediador é essencial, cuja atuação, aliada ao procedimento adotado, impulsiona os sujeitos ou grupos em posições distantes ou opostas a dialogarem e cooperarem por medidas reciprocamente aceitas.

Six (1990, p. 180-181) pontua o caráter catalisador da atuação do mediador para designar a presença que provoca uma real transformação da qual ela é a iniciadora ou o motor. A mediação é uma ação por catálise, em razão de se constituir pela presença de alguém que não tem poder inicial e que, ao final do processo, se retira sem ser alterado pela reação que provocou. Como a catálise, a mediação não consiste jamais em tomar o lugar dos protagonistas, absorver e anular suas diferenças ou fazê-los fundir por meio da pessoa do mediador.

Caracterizando o mediador, Six (2001, p. 223) o compara a um diretor de cinema e a um maestro “que não tomam o lugar dos atores ou dos músicos, a quem compreendem, infundem confiança, insuflam ritmo, trazem uma espécie de energia suplementar e impulsionam a dar todo seu talento”. Nada obstante, diretor e maestro também são responsáveis pela obra produzida, na atuação de catalisador.

Assim, é necessário também ao mediador um não-poder (Six, 1990), referente a não ser ele investido de autoridade para intervir de modo direto e decisivo em qualquer fase do processo da mediação, garantindo o protagonismo dos envolvidos. Esse terceiro não impõe decisão, não manipula nem pressiona a um resultado, mas facilita sem forçar mudanças ou impor tempos. O mediador ocupa posição de terceira pessoa que auxilia os envolvidos sem decidir por eles, verdadeiros detentores da autoridade e legitimidade para decidirem suas questões, relações e conflitos.

Deve-se ressaltar que o não poder de decisão do mediador não o conduz à inatividade ou passividade. Guillaume-Hofnung (2018, p. 23) aponta que é o “poder paradoxal da ausência de poder”, uma vez que seu não poder é que impulsiona avanço, estabelece ou restabelece uma relação e suscita a liberdade dos envolvidos, para que eles mesmos e por si mesmos alcancem uma definição e condução de suas próprias questões. Assim, o mediador detém poder de ativar o movimento das pessoas nesse processo em razão da confiança que elas depositam nele e da sua habilidade para melhorar as formas de abordagem do diálogo, da relação e de situações conflituosas.

Sob esse aspecto, oportuno destacar que o mediador não substitui autoridades, gestores, profissionais sanitários em suas competências legais ou mesmo o juiz, possuindo ação limitada e que não constitui um “juiz informal”.

Ao atuar em relação aos envolvidos, o mediador vai, a partir do contato com as partes, em espaços de encontro conjunto ou apartado e pelas técnicas de diálogo, de escuta e de cooperação, auxiliar os envolvidos na relação ou no eventual conflito abordado ao reconhecimento de seus recursos e possibilidades e ao reconhecimento do outro, mediante promoção de visão e abordagem colaborativa entre eles para o cuidado relacional por si mesmos, enquanto atores com participação ativa impulsionados pelo mediador.

Outrossim, é necessário que o mediador seja terceiro independente dos envolvidos na mediação, detentor de autonomia e de equidistância para não estar propenso a qualquer dos envolvidos e oferecer, a cada um, oportunidades equânimes de fala, escuta, discussão e orientação (Silva, 2013). Enquanto sujeito envolvido, o mediador não é imparcial, pois influencia o processo de mediação e tem sua atuação por ele influenciada, mas atua em equidistância que assegure que toda decisão e providência seja dos próprios envolvidos.

Nesse sentido, o mediador deve atuar em equidistância em relação aos envolvidos, “o que não importa dizer que ele não deva buscar o empoderamento das partes – já que tal empoderamento é uma função do mediador” (Silva, 2013, p. 62), devendo então promover o diálogo equânime e efetivo e a compreensão mútua entre os envolvidos.

A mediação implica necessariamente a presença de uma terceira pessoa que seja independente dos dois protagonistas ou antagonistas envolvidos, tratando-se de condição primeira da mediação (Six, 2001). Um terceiro independente não possui ou representa qualquer interesse pessoal ou externo à relação ou ao conflito abordados, nem um poder específico, qualidades que asseguram a integridade da metodologia (Silva, 2013).

Portanto, imprescindível à mediação no serviço de ouvidoria do SUS e a qualquer processo de mediação a independência do mediador, que não seja submisso ou apropriado por qualquer interesse ou autoridade quando atua em mediação. Nesse ponto, vale reafirmar que o processo é baseado na autonomia da vontade das pessoas implicadas, incluindo o mediador, e na responsabilidade de cada um (Guillaume-Hofnung, 2018), o que se torna possível em um contexto de real independência.

Outro elemento essencial ao mediador é que possua qualificação específica mediante formação ampla e continuada. Six (1990, p. 147) alerta que certas profissões favorecem a tendência de se pensar estarem, já de início, aptas à mediação, mas “A mediação pede uma

formação específica”, e o desejo ou a segurança que alguns profissionais tenham “não fazem delas, como por magia, mediadores”.

Nesse sentido, Guillaume-Hofnung (2018) critica a consideração de haver um “mediador natural”, pela qual o indivíduo pensa extrair de sua formação ou posição pessoal ou profissional uma postura de mediador inata. A autora esclarece não ser suficiente tomar a experiência e a formação adquirida em uma carreira anterior e combiná-la com qualidades que se acredita possuir naturalmente (Guillaume-Hofnung, 2018, p. 31), porquanto a mediação e sua aplicação exigem qualidades, abordagens e técnicas próprias.

Ainda que se reconheça uma postura mediadora em certos indivíduos, é imprescindível ao mediador ter formação específica, ampla e continuada para o exercício desse papel, pois “a identidade do mediador não é uma identidade inata, mas adquirida” (Six, 2001, p. 217). Essencial, pois, que aquele que intenta atuar como mediador adquira formação e capacitação específica em mediação, para habilitar-se ao uso adequado e efetivo do método.

A voluntariedade, autonomia dos envolvidos, confidencialidade sobre informações que compartilhem passíveis de sigilo, além de um mediador equidistante, independente, dotado de um não poder e de formação específica em mediação são elementos essenciais à mediação em qualquer de seus modelos ou abordagens, porquanto concernem à própria natureza do instrumento. Trata-se, pois, de aspectos necessários também na utilização da mediação no âmbito das ouvidorias do SUS.

Estabelecidos esses elementos essenciais à mediação, passa-se à exposição de parâmetros que orientem sua utilização na saúde pública. Por todas as considerações lançadas nos tópicos anteriores deste capítulo, constata-se que a mediação, embora com recorrência reduzida a uma de suas abordagens possíveis e sob o viés de meio alternativo para tratar conflitos, apresenta abordagem e alcance mais amplos, transformador de relações.

A mediação pode ser utilizada para prevenir conflitos, destacando-se a promoção do diálogo, que qualificado permite melhoria das relações e da tratativa das desavenças, e seu caráter pedagógico, por permitir que os envolvidos aprendam formas cooperativas e dialógicas para lidar com conflitos futuros. Ela também tem papel na gestão de conflitos instaurados, rompendo obstáculos que impedem a abordagem cooperativa e positiva e criando caminhos para sua realização em via compartilhada, para alcance de soluções diretamente pelos envolvidos e para a boa administração da situação conflituosa, evitando agravamento ou danos. E, ainda, se estabelece como meio de dissolução e resolução do conflito, por instituir canal dialógico para definições conjuntas pelos próprios envolvidos.

Em consonância com esse potencial descrito, Warat (2004) afirma que a mediação é método de resolução de conflitos e, ainda, pode ajudar os envolvidos a aprenderem a encontrar juntos caminhos para a prevenção ou gestão de conflitos futuros, para administrarem melhor os seus vínculos e evitar que o conflito se desdobre em maior gravidade.

A mediação é efetivo instrumento de tratamento de conflito, mas vai além, cumprindo uma função fundamental para estabelecer ou restaurar a comunicação, indicando a possibilidade de que se dê como mediação de diferenças, naturais ao vínculo social, em que a técnica pode criar laços até então inexistentes ou restaurar vínculos enfraquecidos sem atritos, e como mediação de conflitos, que pode ocorrer para prevenir o conflito ou, após sua ruptura, com objetivo curativo (Guillaume-Hofnung, 2018). No contexto em estudo, são laços interpessoais, intergrupais e institucionais, envolvendo usuários do SUS, profissionais de saúde, gestores e as próprias unidades e instituições de saúde.

Em que pesem os parâmetros organizacionais e legais citados sobre o contexto brasileiro, a utilização da mediação, para que se dê de forma adequada e hábil a resultados positivos, não pode se dar de maneira leviana, sob pena de não apenas frustrar o alcance dos objetivos intentados, como ainda prejudicar o alcance do direito à saúde, a relação interpessoal e institucional e o próprio serviço público.

Uma mediação, para ser adequada ao ambiente da saúde, deve levar em consideração suas características próprias, integradas por questões de saúde e doença, vida e morte, vulnerabilidades, expectativas, prognósticos e evoluções positivos ou negativos, somadas aos elementos afetos ao direito fundamental à saúde, à estrutura dos serviços de saúde, às políticas que orientam sua prestação e eventuais deficiências do sistema de saúde.

A ampliação do acesso à justiça na saúde requer a presença de um paradigma de acesso menos complexo e burocrático, mais adequado ao tempo e contexto social do cidadão, orientado pela simplificação dos procedimentos e pela integração entre os atores da saúde para as medidas pertinentes. E o serviço de ouvidoria se revela pertinente a esse paradigma, para o que a mediação constitui instrumento possível.

O processo da mediação permite estabelecer entre os envolvidos uma comunicação efetiva – não no modo adversarial, mas no modo dialógico – em presença de uma terceira pessoa que ajuda a melhor instituir o diálogo entre eles; estabelecer – ou restabelecer – a comunicação é objetivo da mediação. Quando tomada em seu sentido de modo de gestão de conflitos e de criação – ou restauração – do vínculo social, a mediação é meio de instauração de um diálogo efetivo e ético entre todos os participantes da relação de tratamento.

A mediação conduzida de forma adequada é aquela que produz comunicação verdadeira entre os envolvidos, uma comunicação que trará realmente frutos na vida de cada uma das duas pessoas ou de cada um dos dois grupos (Six, 2001). E assim se dará como processo caracterizado pela participação do terceiro, mediador, que deve combinar qualidades específicas, destacando-se a formação, o não poder, a independência e a equidistância.

Nesse sentido, pode-se explorar a mediação sob abordagem e metodologia voltada a regular as relações sociais sob uma ótica renovada e consensual, que conte com um mediador atento às necessidades dos sujeitos envolvidos e “comprometido em estimular e proporcionar a participação consciente de todos no processo de construção de soluções para as situações vivenciadas” (Silva, 2017, p. 110). Promover a compreensão, consciência das realidades – dos sujeitos e da circunstância concreta – e dos interesses e possibilidades, quebra de preconceitos ou desinformações e a participação ativa, dialógica e colaborativa para lidar com o que toca os sujeitos envolvidos na realidade em que se inserem.

A mediação nessa abordagem gera possibilidade de flexibilizar fronteiras, transformar preconceitos e padrões tradicionais que pautam as relações e provocar a abertura para novos modos de pensar, atuando como ponte para o contágio de ideias e pensamentos (Warat, 2004).

Adota-se, portanto, a mediação que Six (1990) descreve operar sob quatro tipos, sendo dois destinados a fazer nascer ou renascer um vínculo ou relação e dois voltados a evitar ou lidar com um conflito. Nesse sentido:

- a mediação criativa: aquela que visa criar entre pessoas ou grupos vínculos que não existiam entre eles anteriormente, conexões que beneficiarão ambos;
- a mediação renovadora: aquela que permite melhorar, entre pessoas ou grupos, elos que existiam, mas que estavam distendidos ou se tornaram indiferentes;
- a mediação preventiva: aquela que precede um conflito em gestação entre pessoas ou grupos e consegue impedi-lo de irromper;
- a mediação curativa: aquela que responde a um conflito existente ajudando as pessoas ou os grupos envolvidos a encontrarem, eles mesmos, por eles mesmos, uma solução (Six, 1990, p. 164, tradução nossa)<sup>51</sup>.

Todos os tipos de mediação se voltam a constituir comunicação que inexistente ou está prejudicada entre pessoas ou grupos, mediante processo relacional acompanhado por uma

---

<sup>51</sup> No original: - la médiation créatrice: celle qui a pour but de susciter entre des personnes ou des groupes des liens qui n'existaient pas entre eux auparavant, liens qui leur seront bénéfiques aux uns et aux autres;  
 - la médiation rénovatrice: celle qui permet d'améliorer entre des personnes ou des groupes des liens qui existaient entre eux, mais qui étaient distendus ou devenus indifférents;  
 - la médiation préventive: celle qui devance un conflit en gestation entre des personnes ou des groupes et réussit à éviter qu'il n'éclate;  
 - la médiation curative: celle qui répond à un conflit existant en aidant les personnes ou les groupes qui y sont engagés à en trouver, eux-mêmes, par eux-mêmes, une solution (Six, 1990, p. 164).

terceira pessoa – o mediador – com consentimento livre dos envolvidos, que participarão e decidirão por si mesmos sobre eventuais vínculos, relações ou soluções a serem efetivados entre si (Six, 1990, p. 164-165).

Para uma adequada utilização da mediação no âmbito da saúde, necessária sua aplicação ampliada, que sobressaia ao conflito e se estabeleça na necessidade humana de constituir comunicação e ligações. Ela se estabelece não limitada à resolução de conflitos, mas como instrumento de gestão deles e de regulação social, a impulsionar nos envolvidos a participação ativa e o empoderamento para, com auxílio do mediador, se apropriarem de seus conhecimentos e recursos e definirem cooperativamente ações sobre suas relações e eventuais questões conflituosas.

Nessa conjuntura, a compreensão dos sujeitos sobre a realidade pertinente à sua relação e ao eventual conflito torna necessária a presença da informação e seu compartilhamento mútuo, caracterizada, no recorte em estudo, como informação pertinente ao direito à saúde e aos seus desdobramentos.

Como já apontado, Avritzer, Marona e Gomes (2014) evidenciaram que o desconhecimento sobre direitos é realidade verificada em âmbito nacional e gera dificuldade e obstáculo que o sujeito reconheça eventual violação ou privação de direito e reaja ou acesse as vias para respectiva reparação. Com efeito, como exposto, esse desconhecimento é verificado entre os usuários do SUS, o que compromete o acesso à justiça e o fortalecimento, reparação ou criação de relações em sua inserção nos serviços de saúde.

Mostra-se essencial a divulgação ampla e contínua dos direitos, para que a totalidade dos sujeitos do SUS, especialmente os usuários, tome conhecimento deles. Para a defesa e efetivação de direitos, inserida na atribuição da ouvidoria do SUS, a informação de qualidade e compreensível e a conscientização dos sujeitos sobre os direitos e os caminhos para defendê-los são cruciais no pleno acesso à justiça.

Como alerta Silva (2017, p. 134), há situações “entre os indivíduos ou grupos em face do Estado e de suas instituições, que precisam de compartilhamento adequado de informação e conhecimento para auxiliar em sua solução, o que pode ser feito pela via da mediação, desde que haja adequação em sua metodologia”.

Sob esse entendimento, a mediação pertinente à saúde pública se coloca também como mediação informativa, configurada por práticas que conectem o sujeito ao conhecimento e ao reconhecimento de seu direito e, ainda, a caminhos para sua efetivação, por metodologia que institui espaços de participação ativa e consciente junto aos demais sujeitos integrados à relação

em saúde pública, seja o profissional da saúde individualmente considerado, a equipe médica, a unidade de saúde, o gestor ou o órgão da administração pública.

Na mediação informativa, o compartilhamento e a problematização da informação junto aos envolvidos são feitos pelo próprio mediador, como medida necessária à mediação sobre a relação e, também, sobre eventual conflito se for o caso. Ao mediador, em contato com os sujeitos, incumbe obter as questões, demandas e controvérsias existentes naquela relação de forma integral, com elementos pertinentes ao contexto que esclareçam mais amplamente o compartilhamento de informações necessárias àquela situação específica.

Tomadas as particularidades da situação levada ao mediador, o processo de mediação nessa concepção enseja espaço para informação em direito que seja hábil a empoderar e habilitar aqueles sujeitos naquela situação para conhecerem o direito, seus desdobramentos e caminhos de efetivação. O mediador deve auxiliar os envolvidos no esclarecimento sobre o conflito e sobre os direitos nele implicados, fornecendo informação qualificada e facilitando o processo deles na identificação de caminhos melhores e adequados para a efetivação de seus direitos e definição de soluções que se façam necessárias.

No que tange ao objeto desta pesquisa, isso se configura a todos os sujeitos, destacando-se que empodera o usuário do SUS para conhecer e alcançar o direito ou a reparação necessária, identificando os caminhos para acessá-los. Ela se realiza, ainda, ao profissional da saúde e ao gestor, no sentido da informação pertinente à atribuição e atuação de cada um, permitindo a compreensão da realidade relativa à sua ação, ao serviço ou à instituição que ampare mecanismos de ampliação da promoção de direitos.

Na escuta do outro, seja ele o usuário ou o profissional, pode-se conhecer a realidade da relação e do serviço, incluindo necessidades, interesses, satisfações e insatisfações, carências configuradas, desvios ou inadequações, que provoquem possibilidades de melhorias, reparações ou renovações. Enquanto processo que permite aos sujeitos envolvidos um novo olhar sobre o outro e sobre os vínculos que com ele mantêm, a mediação possibilita a ampliação da perspectiva e do agir para a complexidade do outro e suas reais necessidades, favorecendo a ação conjunta e protagonista dos sujeitos implicados nas ações e serviços do SUS.

A informação nesse aspecto permite conhecer e reconhecer os próprios direitos, os direitos dos demais sujeitos e os caminhos para efetivá-los. Impositivo destacar que isso não se restringe aos direitos dos usuários. É relevante e necessária em relação e em favor do usuário, enquanto integrante dos vínculos estabelecidos para promoção e recuperação da saúde, mas alcança e diz respeito também ao profissional da saúde e ao gestor, cujas questões devem ser

levadas em consideração no âmbito do SUS e nas medidas de acesso a direitos, o que pode ser contemplado por meio da mediação.

Com efeito, profissionais de saúde e gestores devem conhecer e reconhecer os direitos dos usuários para estarem habilitados a agir sobre eles de maneira cooperativa para sua efetivação, ao passo que também devem fazê-lo em relação aos seus próprios direitos. Para ilustrar essa referência, destaca-se que o conhecimento dos direitos dos profissionais e de sua eventual violação no contexto de uma relação ou unidade de saúde provoca possibilidades de intervenção, permitindo ao próprio profissional, ao gestor e, inclusive, ao usuário identificar caminhos para efetivar esses direitos e adotar participação consciente e ativa nesse sentido.

Dessa forma, além de um modelo de mediação voltado para mediar os sujeitos e as relações, e não somente os conflitos, a mediação para o fim proposto deve envolver também a possibilidade de prestação de informações, de modo que os sujeitos envolvidos sejam de fato empoderados de condição à participação ativa em sua realidade e à solução conjunta de controvérsias.

A mediação de caráter informativo apresenta, então, particularidade:

O processo de mediação buscaria ultrapassar o objetivo imediato de chegada ao consenso pelos envolvidos para passar a abarcar, de modo central, a busca pela realização de direitos dos mediandos, com o auxílio do mediador.

Aqui se justifica a proposta de unir a mediação à prestação de informações sociojurídicas. A mediação, buscando ver o conflito de forma holística, pode ser capaz de identificar a origem e o agravamento desses conflitos, que, muitas vezes, estão ligados à ausência ou a violações de direitos. Assim, diversas situações conflituosas dependem da identificação de outra ordem de conflitos – como a falta de acesso a um direito ou a um serviço, ou mesmo o simples desconhecimento de direitos – para que possam ser solucionadas ou ressignificadas, o que, por vezes, as metodologias tradicionais de mediação não conseguem identificar, ou por estarem muito focadas na produção do acordo, ou por se centrarem excessivamente na transformação dos envolvidos no conflito e em suas narrativas, ou ainda por buscarem manter uma imparcialidade do mediador a qualquer custo (Silva, 2017, p. 135).

A informação e o conhecimento serem exclusivos ou restritos a grupos privilegiados conformam a monopolização do poder e manutenção de um *status quo* de evidente privação de direitos à totalidade dos cidadãos, realidade da qual ressaí que parcela da população não tenha seus direitos efetivados também no âmbito da saúde, que deveria ser universal, igualitária e integral. A acessibilidade e o fluxo de informações em favor dos sujeitos que compõem o Sistema de saúde são essenciais ao desenvolvimento do SUS em todas as suas diretrizes e princípios e à finalidade de garantia plena do direito à saúde.

Como bem destaca Silva (2017, p. 129), é necessário “pensar e construir metodologias de conexão entre indivíduos marginalizados e serviços garantidores de direitos, por meio da

imprescindível via da informação, que colabore de forma efetiva para os processos de empoderamento e emancipação da população socialmente excluída”, evidenciando que a informação tem papel essencial na realização do acesso à justiça pela via dos direitos na saúde. O acesso à justiça, portanto, demanda ações e políticas que reforcem o conhecimento jurídico dos usuários do serviço público e sua capacidade de identificar situações problemáticas e articular caminhos para a sua gestão, incrementando suas habilidades e suas opções para atuar nos conflitos e nas privações de direito, o que, por conseguinte, provoca atores e sujeitos do SUS à articulação das medidas de acesso, de gestão e de qualificação das relações.

Nessa conjuntura, na mediação como instrumento para assegurar esse acesso, o mediador figura como aquele que orienta e presta a informação, especialmente no que se refere ao conhecimento de direitos e informações relacionadas, a empoderar os sujeitos do conhecimento em direito, da compreensão sobre vias de efetivação e do reconhecimento sobre eventual violação e medidas de reparação. Nesse agir, “deve auxiliar os mediados a compreenderem seus direitos e os caminhos para assegurá-los, e assim redimensionarem sua situação conflituosa, fomentando a capacidade dos envolvidos de entenderem-se enquanto sujeitos de direito que podem buscar sua constante efetivação” (Silva, 2017, p. 139).

O mediador, então, informa os envolvidos sobre direitos, deveres e caminhos formais e institucionais possíveis à questão relacionada ao contexto específico, permitindo aos sujeitos em mediação que compreendam sua realidade e suas possibilidades de abordagem em direção ao acesso à justiça. Assim, conforma meio pelo qual o sujeito possua informação suficiente para tomada de decisão empoderada e consciente.

A realidade do Brasil, que afeta e transparece na política pública de saúde, é caracterizada em que “a população brasileira, notadamente a marginalizada, sofre com a falta de acesso à informação e ao conhecimento, o que limita ou mesmo impede que esses setores sociais tenham acesso a direitos e a formas participativas de abordar suas questões conflitivas”, a destacar a informação e o conhecimento em direito na saúde como necessários ao acesso, e “deve-se considerar que existe um distanciamento entre a estrutura burocrática do Estado e parcelas da sociedade, que desconhecem o pleno funcionamento das instituições, inclusive daquelas responsáveis por suprir suas demandas” (Silva, 2017, p. 131), ponto em que o serviço de ouvidoria do SUS presente em vários níveis e instituições na saúde pública detém clara pertinência em sua atribuição informativa e direcionadora do usuário às medidas e estruturas de efetivação da saúde.

Ademais, considerando a ouvidoria do SUS enquanto via para a participação da comunidade no âmbito do Sistema, aspecto que será aprofundado no capítulo quarto, a informação qualificada tem papel fundamental ao serviço analisado e pertinência ao consenso na conformação da política pública, ao passo que “o consenso explora os diversos pontos de vista e as diversas possibilidades que estão em discussão, congrega-os e dirige-os para um entendimento reconhecido por todos”, pelo que repousa em obra de todos, em que todos tomam parte e que é aceita por todos (Moscovici; Doise, 1991, p. 06), o que exige acesso à informação.

Desse modo, a mediação informativa se volta a “contribuir para o empoderamento de indivíduos alijados dos processos de aprendizado e construção do conhecimento, notadamente do jurídico, de modo a aparelhá-los na busca por melhores condições de vida, seja nas vias administrativas, seja por organização e associação popular ou mesmo pela busca da tutela judicial” (Silva, 2017, p. 147), o que se aplica à saúde pública.

Verifica-se, portanto, que a mediação voltada ao vínculo e à relação entre os sujeitos do SUS, não restrita ao tratamento de conflitos, e que se constitua também mediação de base informativa é o referencial mais adequado ao serviço de ouvidoria do SUS para a promoção do acesso à justiça via direitos na saúde pública.

Considerando que uma mediação no âmbito da saúde pública deva se voltar à finalidade de estabelecer novas ligações entre os sujeitos, de reparar laços danificados ou distendidos e de gerir vínculos rompidos, configurando meio de regulação das relações, que também é hábil ao tratamento de conflitos, conclui-se, no âmbito desta pesquisa, ser essa abordagem de mediação adequada a ser utilizada na ouvidoria do SUS. Saliente-se que outras análises sob perspectivas ou finalidades distintas podem, porventura, evidenciar outras abordagens de mediação oportunas a um serviço de ouvidoria do SUS, mas os parâmetros que orientam este estudo apontam a mediação orientada pela qualificação das relações como sendo a adequada.

E, sob essa abordagem, constata-se que o modelo da mediação informativa é o mais adequado e congruente à ouvidoria do SUS em suas atribuições e ações e ao acesso à justiça via direitos impulsionado nessa atuação.

A mediação adequada à ouvidoria do SUS para o acesso à justiça pela via dos direitos na saúde pública tem, portanto, como referencial voltar-se para a regulação das relações sociais ou institucionais pelo entendimento mútuo e participação pelo diálogo, e não à técnica de resolução de conflitos, e para a socialização da informação aos sujeitos. A qualificação do diálogo e da relação pela mediação tanto entre usuários, profissionais de saúde e gestores envolvidos na saúde pública e o empoderamento pela informação possibilitam decisões

compartilhadas e compromissadas com os direitos implicados e com a execução aprimorada do SUS.

Em que pese a importância e a efetiva necessidade de traçar os referenciais metodológicos para uma mediação adequada às ouvidorias do SUS, na amplitude adotada neste estudo, a multiplicidade de perfis, estruturas, contextos e particularidades verificados entre os serviços de ouvidoria do Sistema em âmbito nacional – a serem apresentadas em maior profundidade nos capítulos quarto e quinto – obsta o traçado de metodologia e de procedimento pormenorizados, específicos e delimitados.

Em outras palavras, a metodologia da mediação e o procedimento correlato, além de se orientarem pela finalidade e pela abordagem adotadas à mediação, são direcionados e conformados também pela realidade em que ela será adotada. Assim, pode-se traçar, na amplitude deste estudo, alguns elementos que integram a metodologia da mediação proposta, ao passo que outros elementos metodológicos e procedimentais somente poderão ser estabelecidos e delineados a partir da consideração do contexto específico do serviço de ouvidoria do SUS em que a mediação será inserida.

Considerando a delimitação desta pesquisa, portanto, pode-se consignar que a metodologia de mediação adequada à ouvidoria do SUS é orientada pela abordagem de relações e vínculos e pelo modelo da mediação informativa, notadamente acerca das informações concernentes ao direito à saúde pública e fatores a ele correlatos, em procedimento flexível ao contexto de aplicação que contemple os elementos essenciais anteriormente apresentados.

Estabelecidos os referenciais para a mediação na saúde pública, quanto aos parâmetros orientadores de sua utilização e às qualidades necessárias ao mediador, ressaí que ela deve ser adotada de forma adaptada a cada situação e circunstância de aplicação. Assim, necessário analisar e considerar a realidade da ouvidoria do SUS.

#### 4 OUVIDORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O serviço de ouvidoria no SUS se estabelece com a competência de receber, processar e tratar sugestões, denúncias, elogios e reclamações relativas às ações e aos serviços de saúde prestados pelo Sistema, por meio dos quais analisa as necessidades e os interesses dos usuários, ampara a avaliação das ações e dos serviços e realiza a mediação administrativa junto às unidades envolvidas nas demandas apresentadas pelos cidadãos. Nessa atuação, a ouvidoria também configura órgão competente para informar os direitos e deveres dos usuários do SUS, orientá-los para a participação e o controle social dos serviços públicos de saúde, e para colaborar com os gestores do SUS na solução, minimização e equacionamento das deficiências do sistema identificadas pelos serviços de ouvidoria (Brasil, 2017b).

A conjuntura dos serviços de ouvidoria do SUS é evidenciada pelas normas de regência e por recursos e estudos a eles concernentes disponíveis a público. Nada obstante, há realidades e particularidades não retratadas plenamente em estudos e normas, em especial pela sua pertinência à situação regional ou local afeta às vivências dos profissionais e agentes públicos inseridos no serviço instituído na localidade.

Para melhor compreensão da realidade dos serviços de ouvidoria, de sua estrutura, das manifestações recebidas e do processamento dado a elas, inclusive no que toca a conflitos interpessoais, e da efetiva utilização da mediação, adotou-se a coleta de dados primários mediante entrevistas com profissionais atuantes em ouvidorias do SUS.

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, orientadas por um roteiro com perguntas principais<sup>52</sup>, e complementadas por outras questões advindas de considerações ou circunstâncias momentâneas e específicas de cada entrevista, para melhor compreensão da resposta dada pelo entrevistado. O tipo de entrevista adotado permite a expressão de informações e de esclarecimentos de forma livre e propicia que sejam dadas respostas não condicionadas a uma padronização de alternativas (Manzini, 1991).

A escolha do público entrevistado foi orientada pela definição de grupo representativo no sistema de ouvidorias do SUS às questões em estudo, sem descurar da delimitação temporal a ser observada para a conclusão da pesquisa, pelo que definiu-se por realizar entrevista com Ouvidor-Geral do SUS junto ao Ministério da Saúde ou profissional por ele indicado, para esclarecimentos das questões estudadas no âmbito federal, e com ouvidor atuante em cada Ouvidoria da Secretaria de Estado de Saúde (SES) dos 26 estados e Distrito Federal, seja na

---

<sup>52</sup> O roteiro de perguntas das entrevistas semiestruturadas consta no Apêndice A.

pessoa do ouvidor responsável ou profissional atuante em ouvidoria por ele indicado, para esclarecimentos nos âmbitos estaduais e locais afetos a cada estado, conformando a proposta de 28 entrevistas.

Em observância à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG<sup>53</sup> e desenvolvido de forma a atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes às pesquisas envolvendo seres humanos.

A pesquisadora fez contato inicial direcionado ao e-mail institucional de cada uma das ouvidorias indicadas – Ouvidoria-Geral do SUS junto ao Ministério da Saúde e Ouvidorias das Secretarias de Estado de Saúde – contendo apresentação da pesquisadora e da pesquisa desenvolvida, esclarecimentos sobre a entrevista e convite para colaboração do respectivo ouvidor mediante concessão de entrevista. Os contatos prosseguiram segundo as respostas obtidas, com as diligências indicadas como necessárias no âmbito de cada órgão, incluindo protocolos, complementação de documentos e procedimentos necessários para obtenção do aceite ou da anuência institucional. Obtida a concordância institucional e o consentimento do ouvidor responsável ou profissional da ouvidoria indicado para a entrevista, houve o agendamento da entrevista segundo a disponibilidade do entrevistado.

Em contato com o profissional a ser entrevistado, foi proposta a realização da entrevista preferencialmente por videoconferência e oferecida a realização presencial, se fosse necessário para atendimento à disponibilidade do entrevistado, com definição do local pelo participante e deslocamento da pesquisadora até referido local às próprias expensas. Na eventualidade de restrições de disponibilidades do profissional, em especial indisponibilidade de agenda em face das demandas do serviço, foi proposta a realização em horário noturno, fim de semana ou, ainda, por escrito.

Os entrevistados foram informados e esclarecidos sobre a voluntariedade de participação e concederam o consentimento livre e esclarecido registrado em termo próprio<sup>54</sup>, incluindo o consentimento com a gravação da entrevista. O processo de consentimento incluiu, ainda, clareza sobre a ausência de qualquer benefício financeiro pela concessão da entrevista, possibilidade de retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo, ausência de obrigação de resposta a algum questionamento caso não quisessem responder e utilização dos resultados da pesquisa em trabalhos científicos a serem publicados e/ou apresentados em eventos acadêmicos ou científicos.

---

<sup>53</sup> A pesquisa apresentava o título “Acesso à Justiça pela Via dos Direitos no Âmbito da Saúde: Mediação nas Ouvidorias Públicas Hospitalares” quando aprovada, o qual foi alterado posteriormente.

<sup>54</sup> O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para realização das entrevistas consta no Apêndice B.

Foram realizadas 27 entrevistas, faltante apenas entrevista junto ao estado do Amazonas em razão da ausência de concessão do aceite institucional no período da pesquisa relativo à elaboração desta tese.

5 entrevistas foram realizadas mediante o envio das respostas por escrito via e-mail pelo entrevistado, seguido de e-mail da pesquisadora com perguntas complementares porventura necessárias para esclarecimento das respostas dadas e respectiva complementação das respostas pelo entrevistado por e-mail. As outras 22 entrevistas se deram por videoconferência, na plataforma Google Meet ou outra indicada pelo órgão do entrevistado, gravadas e posteriormente transcritas, com respectivo consentimento dos entrevistados.

Em razão das medidas necessárias para a preservação do sigilo e da confidencialidade em relação aos entrevistados, deixa-se de apresentar a transcrição integral das entrevistas em anexo ao trabalho. O conteúdo das entrevistas encontra-se em excertos apresentados e analisados ao longo deste estudo.

Na utilização da informação concedida em entrevista, todos os elementos identificadores do entrevistado foram omitidos e cada entrevista foi identificada por número (Entrevistado 1 a 27) em sequência aleatória entre as ouvidorias dos estados participantes e a Ouvidoria-Geral do SUS junto ao Ministério da Saúde. Houve a padronização dos termos no gênero masculino e qualquer informação prestada que pudesse propiciar a identificação do entrevistado foi suprimida ou, caso necessário, substituída por identificador genérico.

As entrevistas constituíram fonte de dado sobre a realidade dos serviços de ouvidoria, do ouvidor, da estruturação do SUS e sua relação com os sujeitos considerados nesta pesquisa, de modo a contribuir para análise qualitativa da questão. Diante variedade das localidades envolvidas, do porte e perfil dos serviços relacionados, do cargo do ouvidor entrevistado e do âmbito de sua atuação (federal, estadual, regional ou municipal), os dados obtidos não receberão análise quantitativa, nada obstante reflitam particularidades envolvidas na ouvidoria do SUS.

Considerando as normas e informativos públicos e, ainda, as informações e os dados obtidos com as entrevistas, passa-se à análise da ouvidoria inserida no SUS e sua configuração, para uma melhor caracterização da presença do acesso à justiça pela via dos direitos na saúde e do âmbito de aplicação da mediação, com os parâmetros para sua prática no referido serviço.

#### 4.1 Ouvidoria e sua implantação na saúde pública no Brasil

A ouvidoria é serviço de atendimento a usuários ou clientes acerca de seu relacionamento com a instituição de referência, configurando instrumento de participação do usuário, por meio do registro de demandas, no controle e no desenvolvimento do serviço prestado. Constitui, então, instrumento de controle, de gestão e de qualidade da instituição e do serviço por meio da participação democrática, permitindo via para que o usuário influa na tomada de decisões, além de constituir canal de comunicação do usuário com a instituição, inclusive para provocação sobre violações a direitos.

No âmbito brasileiro, a ouvidoria como hoje se conhece foi estabelecida no movimento pela redemocratização do Brasil na década de 1980, quando se estruturou enquanto órgão público responsável por acolher as expectativas sociais e tentar introduzi-las junto ao Estado. A primeira ouvidoria pública no Brasil foi criada no município de Curitiba, no estado do Paraná, em 1986 (Gomes, 1987) e, com a CR/1988, foi impulsionada a instalação e evolução de outras, permeadas pelas reivindicações populares por participação nas deliberações do Estado<sup>55</sup>.

A criação e evolução das ouvidorias no serviço público em seus diversos ramos foi crescente, inclusive impelida normativamente, com ampliação e consolidação das ouvidorias públicas em todos os níveis da Federação como uma instância de aprimoramento, de gestão pública, de controle e de participação social.

Redação originária do §3º do art. 37 da CR/1988 dispunha que as reclamações relativas à prestação de serviços públicos seriam disciplinadas em lei, ao passo que, em nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 19/1998, o texto normativo passou a dispor mais amplamente sobre formas de participação do usuário, não mais restritas a reclamações. Pela nova – e atual – redação do §3º do art. 37 da CR/1988<sup>56</sup>, as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta serão disciplinadas em lei, que regule, entre outros aspectos, reclamações sobre prestação dos serviços públicos em geral, assegurando a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica – externa e interna – da qualidade dos serviços (inciso I); acesso dos usuários a registros administrativos e a

---

<sup>55</sup> Para maiores considerações sobre a institucionalização do *ombudsman* no Brasil, a instituição da ouvidoria no país e a experiência pioneira em Curitiba, no estado do Paraná, vide Gomes (1987).

<sup>56</sup> CR/1988 – Art. 37. (...). § 3º A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente: I - as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços; II - o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII; III - a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública (Brasil, 1988).

informações sobre atos de governo (inciso II); e representação contra eventual exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública (inciso III) (Brasil, 1988).

Para regular o citado inciso I, a Lei Federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017, dispôs sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública, aplicando-se à administração pública direta e indireta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e, subsidiariamente, aos serviços públicos prestados por particular (Brasil, 2017a). Referida regulação e canais correspondentes são frequentemente adotados também para atendimento ao inciso III. Por sua vez, em atendimento ao inciso II, sobreveio a Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Brasil, 2011b), dispondo sobre os procedimentos a serem observados pela União, estados, Distrito Federal e municípios e por entidades privadas que realizam ações de interesse público com verba pública, para garantir o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º<sup>57</sup>, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216<sup>58</sup>, todos da CR/1988.

As duas citadas legislações federais regulamentadoras ganham relevo na ouvidoria, uma vez que o referido órgão tem função de receber e processar reclamação de usuários e de promover o acesso à informação e a participação social. Nesse aspecto, destaca-se que a atuação e as atribuições da ouvidoria têm também pertinência direta com a participação social (participação da comunidade) e o direito à informação estabelecidos nas diretrizes e princípios que orientam o SUS, tratados no capítulo segundo deste trabalho.

Regulando o acesso a informações, a Lei Federal nº 12.527/2011 (Brasil, 2011b), conhecida por Lei de Acesso à Informação (LAI), prevê procedimentos destinados a assegurar o direito fundamental de acesso à informação (art. 3º), instituídos em consonância com os princípios básicos da administração pública e sob diretrizes que incluem observância da publicidade como regra e do sigilo como exceção; divulgação de informações de interesse público independentemente de solicitações; utilização da tecnologia da informação para isso e fomento ao desenvolvimento da cultura de transparência na administração pública e desenvolvimento do controle social da administração pública. Sob esses elementos norteadores, a lei prescreve ser dever do Estado a garantia do direito de acesso à informação, “que será

---

<sup>57</sup> CR/1988 – Art. 5º. (...). XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado; (...) (Brasil, 1988).

<sup>58</sup> CR/1988 – Art. 216. (...). § 2º Cabem à administração pública, na forma da lei, a gestão da documentação governamental e as providências para franquear sua consulta a quantos dela necessitem (Brasil, 1988).

franqueada, mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão” (Brasil, 2011b, art. 5º).

A organização administrativa e norma correspondente se voltam, portanto, para assegurar a publicidade de informação – excepcionadas as informações sigilosas e protegidas as informações pessoais – que pode ser utilizada para produção e transmissão de conhecimento, a transparência e a participação social no âmbito dos serviços e das políticas públicas, bem como a disponibilização de informação que pode ser conhecida e utilizada por indivíduos, equipamentos ou sistemas autorizados.

Destaca-se da Lei Federal nº 12.527/2011 em exame que, no pertinente à saúde e ao sistema público de saúde, o acesso à informação compreende (art. 7º), entre outros, o direito de obter “orientação sobre os procedimentos para a consecução de acesso, bem como sobre o local onde poderá ser encontrada ou obtida a informação almejada”, “informação contida em registros ou documentos, produzidos ou acumulados por seus órgãos ou entidades”, “informação sobre atividades exercidas pelos órgãos e entidades, inclusive as relativas à sua política, organização e serviços”, informação pertinente à administração e utilização de recursos públicos e informação sobre “implementação, acompanhamento e resultados dos programas, projetos e ações dos órgãos e entidades públicas” (Brasil, 2011b). Nisso se insere, a título ilustrativo, o acesso à informação sobre política e programas de saúde, sobre a organização, distribuição e acesso a serviços de saúde específicos, sobre a utilização de recurso público no SUS e sobre informações pessoais do usuário acerca de sua saúde custodiadas pela administração pública no âmbito do Sistema.

Quanto ao acesso à informação, a lei de regência prevê, ainda, que o acesso a informações públicas seja assegurado mediante a criação, nos órgãos e entidades do Poder Público, de serviço de informações ao cidadão hábil a atender e orientar quanto ao acesso a informações e a protocolizar requerimentos de acesso a informações (Brasil, 2011a, art. 9º). Oportuno consignar que algumas ouvidorias do SUS, segundo sua particular estrutura e atribuições, exercem funções concernentes ao acesso à informação regulamentado na citada Lei Federal nº 12.527/2011 (LAI).

Por sua vez, na regulação sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos, ressaltou a indicação de direitos básicos e deveres do usuário e a previsão de que serviços públicos e atendimento do usuário sejam realizados de forma adequada, observados os princípios da regularidade, continuidade, efetividade, segurança, atualidade, generalidade, transparência e cortesia (Brasil, 2017a).

Entre as formas de efetivação da participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos estabelecidas pela Lei Federal nº 13.460/2017 estão as manifestações dos usuários do serviço público, a avaliação continuada do serviço e as ouvidorias (Brasil, 2017a). Na saúde, o serviço de ouvidoria integra em suas ações medidas de avaliação continuada do serviço de saúde e o recebimento e processamento das manifestações.

A norma indica que a avaliação continuada do serviço é realizada por meio de pesquisa de satisfação e avalia aspectos de satisfação do usuário com o serviço prestado, qualidade do atendimento dispensado a ele, cumprimento dos prazos e compromissos definidos para a prestação dos serviços, quantidade de manifestações de usuários e medidas adotadas para melhoria e aperfeiçoamento da prestação do serviço, sendo o resultado da avaliação publicado no sítio do órgão ou entidade. Compete a cada Poder e esfera de governo regulamentar a avaliação da efetividade e dos níveis de satisfação dos usuários (Brasil, 2017a).

Indo além, na participação social, a legislação prevê a possibilidade de o usuário, para garantia de seus direitos, apresentar manifestações perante a administração pública sobre a prestação de serviços públicos, que serão dirigidas à ouvidoria do órgão ou entidade responsável caso não haja ouvidoria (Brasil, 2017a).

Os procedimentos administrativos para análise das manifestações apresentadas devem observar os princípios da eficiência e da celeridade, visando sua efetiva resolução, o que compreende o recebimento da manifestação no canal de atendimento adequado, a emissão de comprovante desse recebimento, a análise e obtenção de informações quando necessário, a decisão administrativa final e a ciência ao usuário (Brasil, 2017a).

Ainda segundo a Lei Federal nº 13.460/2017, a manifestação poderá ser feita por meio eletrônico, correspondência convencional ou verbalmente, hipótese em que será reduzida a termo, devendo órgãos e entidades públicos, para esse fim, disponibilizar formulários simplificados e de fácil compreensão ao usuário. Embora a manifestação deva conter – salvo exceções legais – a identificação do requerente, essa identificação estará protegida nos termos da Lei Federal nº 12.527/2011 (LAI), além de não conter exigências que inviabilizem sua manifestação e se dar, quando por meio eletrônico, de forma respeitosa às normas de sigilo e proteção de dados (Brasil, 2017a).

Nesse ponto, destaca-se também o regramento estabelecido na Lei Federal nº 13.709/2018, denominada Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que institui normas para proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural. As prescrições da lei para o tratamento de

dados pessoais, em meio físico ou digital, feito por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, devem ser observadas para garantia dos direitos dos titulares de dados pessoais e são utilizadas no exercício das competências da ouvidoria (Brasil, 2018b).

Quanto às manifestações recebidas, o art. 16 da Lei Federal nº 13.460/2017 dispõe que a ouvidoria pode solicitar “informações e esclarecimentos diretamente a agentes públicos do órgão ou entidade a que se vincula”, solicitação que deve ser respondida em vinte dias, prorrogável de forma justificada por igual período uma única vez, além de encaminhar a decisão administrativa final ao usuário (Brasil, 2017a). Os parâmetros de recebimento, processamento e resposta das manifestações dos usuários serão abordados posteriormente.

À luz da Lei Federal nº 13.460/2017, de regulação da participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos, as ouvidorias têm como atribuições precípuas – sem prejuízo de outras estabelecidas em regulamento específico – (a) promover a participação do usuário na administração pública, o que se dará em cooperação com outras entidades de defesa do usuário; (b) propor a adoção de medidas para a defesa dos direitos do usuário; (c) acompanhar a prestação dos serviços para garantir a sua efetividade; (d) propor aperfeiçoamentos na prestação dos serviços, atuação reforçada por manifestações dos usuários nesse sentido (sugestões); (e) auxiliar na prevenção e correção dos atos e procedimentos incompatíveis com os princípios estabelecidos na referida lei; (f) receber, analisar e encaminhar às autoridades competentes as manifestações dos usuários, bem como acompanhar o tratamento e a efetiva conclusão dessas manifestações perante órgão ou entidade a que se vincula; (g) promover a adoção de mediação e conciliação entre o usuário e o órgão ou a entidade pública, sem prejuízo de outros órgãos competentes (Brasil, 2017a).

Para realizar os objetivos indicados, o art. 14 da Lei Federal nº 13.460/2017 estabelece o dever das ouvidorias de “receber, analisar e responder, por meio de mecanismos proativos e reativos, as manifestações encaminhadas por usuários de serviços públicos” e de elaborar relatório de gestão que consolide informações das manifestações referidas e inclua apontamento de falhas e sugestão de melhorias na prestação de serviços públicos (Brasil, 2017a).

Consonante art. 17 da Lei Federal nº 13.460/2017, cada Poder e esfera de governo estabelecerá os atos normativos específicos sobre a organização e o funcionamento de suas ouvidorias (Brasil, 2017a). Assim, as ouvidorias integradas ao SUS, embora regidas pela legislação geral citada, encontram normatização específica segundo a estrutura administrativa que integram.

O desenvolvimento da saúde e das estruturas postas para realizá-la impulsionaram a sistematização das ações e dos serviços em instituições organizadas em espaços para sua efetivação disciplinada – sujeita a disciplinas e a protocolos – e em parâmetros marcados pela organização racional e científica. Referido movimento foi impulsionado no contexto brasileiro, ainda, pela instituição de um sistema único e público de saúde, demandando estruturação e sistematização hábil a efetivar o Sistema nos moldes propostos, inclusive nos aspectos de gestão de custos, tomada de decisões no âmbito do planejamento e da administração dos serviços.

Essas transformações intensificaram a necessidade da administração racional da saúde pública e fortaleceram o desenvolvimento de atores e setores com atuação na promoção do gerenciamento adequado dos serviços, dos recursos humanos, das ações em saúde e do Sistema, em todos os elementos que o integram. Em que pese a racionalização administrativa já estivesse presente no desenvolvimento da saúde nas décadas anteriores, a instituição do SUS, com suas particularidades, diretrizes e parâmetros, impôs uma gestão que se adequasse ao novo Sistema, inclusive em razão do princípio e da diretriz concernente à participação da comunidade também sobre a gestão e da democratização.

Entrevistado 17 salientou que a ouvidoria no SUS é relativamente nova, cuja implantação não foi conjunta à implementação do SUS e, ainda, ocorreu com grande inspiração advinda do ouvidor referente ao mercado, para avaliar produtos e comércio. Essa conjuntura gerou o desafio de, em sua implantação no SUS, “construir uma ouvidoria que não seja um conglomerado de recursos utilizados anteriormente para falar com o consumidor, de ser um sistema de cidadania que você fala que o cidadão tem direito” (Entrevistado 17). E complementou:

É muito difícil você transformar esse monte de aglomerados [de mecanismos da ouvidoria voltada ao mercado] num sistema único de ambição da sociedade sobre os seus problemas vividos por acesso ao serviço de saúde, que é muito diferente de outras coisas, muito diferente. Então, esse conceito [de ouvidoria em saúde] já é uma dificuldade. A outra dificuldade é a construção mesma de uma ressignificação do que seja ouvidoria, em relação aos demais instrumentos usados pelo mercado para resolver as coisas, então é um conceito que merece muito aprofundamento (Entrevistado 17).

A implantação de ouvidorias na área da saúde no Brasil ocorreu associada às transformações verificadas na década de 1990, diante de circunstâncias propícias a propostas voltadas à participação do cidadão sobre as atividades de prestação de serviços de saúde, à reformulação das relações entre o Sistema de saúde e os hospitais, e à adoção de medidas de desburocratização e de formas de gestão, como os programas de qualidade e as ouvidorias (Pereira, 2000).

### Sobre a questão:

A opção dos hospitais em implantar ouvidorias, no Brasil, na década de noventa, foi originada por, pelo menos, três motivos. Primeiro, como forma de enfrentar a crise da área da saúde, que conduziu à reformulação nas relações entre o sistema de saúde então vigente e os hospitais públicos e privados. Segundo, de forma não claramente definida, como resposta às propostas liberais ou reformadoras, aos princípios constitucionais e àqueles indicados pela reforma do SUS, visando tornar a gestão mais flexível, menos formal e menos burocrática, voltada para a participação e o controle dos usuários sobre o sistema. E terceiro, devido à incorporação de novas ideologias e técnicas de gerenciamento, dentre as quais inclui-se a própria ouvidoria hospitalar (Pereira, 2000, p. 28).

Nessa questão, as Conferências Nacionais de Saúde realizadas na sequência foram promotoras da implantação da ouvidoria. A 10ª Conferência, realizada em 1996, ao debater o fortalecimento do controle social, consignou as ouvidorias como mecanismos de participação a serem implementados pelos gestores do SUS em todos os níveis do Sistema e pontuou a necessidade de agilizar a criação da carreira de ouvidor público hospitalar, ao passo que a 12ª Conferência, em 2003, deliberou pela definição e implementação da política nacional de ouvidorias do SUS para as três esferas de governo e, na 13ª Conferência, em 2007, foi reforçada a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde e previsto que o Ministério da Saúde implantasse uma Política Nacional de Ouvidoria no SUS, envolvendo as três esferas de governo, para criação de ouvidorias (Fiocruz, 2023).

No SUS, como apresentado anteriormente, o Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal competente para organizar e elaborar políticas públicas e ações voltadas para promoção, prevenção e assistência à saúde individual e coletiva em âmbito nacional. Em sua estrutura organizacional, figura a Ouvidoria-Geral do SUS, atualmente<sup>59</sup> vinculada de forma direta e imediata ao Ministro de Estado da Saúde, conforme estrutura regimental do Ministério da Saúde estabelecida pelo Decreto nº 11.798/2023 (Brasil, 2023b).

A Ouvidoria-Geral do SUS, criada em 2003, tem como objetivo central garantir e ampliar o acesso do cidadão a seus direitos, atuando como orientadora dos serviços de ouvidoria para propiciar a gestão e o fortalecimento da participação social. No Sistema nacional de saúde pública, a Ouvidoria-Geral do SUS está instituída como órgão central dos serviços de ouvidoria do SUS nas esferas federal, distrital, estadual e municipal, órgão pelo qual são estabelecidas orientações e diretrizes para sua estruturação, organização e funcionamento (Brasil, 2017b).

---

<sup>59</sup> Julho de 2024.

Entre as diretrizes para organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do SUS está a defesa dos direitos da saúde, de forma a contribuir para o fortalecimento da cidadania e da transparência, e a identificação das necessidades e das demandas da sociedade para o setor da saúde, na dimensão coletiva e individual, transformando as ouvidorias em suporte estratégico à tomada de decisões no campo da gestão. Os serviços de ouvidoria têm por objetivo aprimorar o acesso dos cidadãos às informações sobre o direito à saúde e ao seu exercício e possibilitar a avaliação permanente dos serviços de saúde para o aprimoramento da gestão do SUS (Brasil, 2017b).

As ouvidorias do SUS se estabeleceram como unidades de importância estratégica para a gestão do Sistema, contribuindo para a participação do cidadão na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde, ao possibilitar uma via de diálogo entre a sociedade e as diferentes instâncias de gestão, e auxiliando no aprimoramento da gestão pública e aperfeiçoamento gradual do SUS.

A manifestação do usuário na ouvidoria do SUS pode se dar como busca de informações e orientações em saúde ou como sugestão, elogio, solicitação, reclamação e denúncia, conforme será apresentado posteriormente neste estudo. A necessidade apresentada pelo usuário será recebida pela ouvidoria, que orienta, encaminha, acompanha a demanda e responde ao manifestante sobre as providências adotadas, segundo as referências do Sistema e as responsabilidades do gestor, conjuntura em que o serviço de ouvidoria se faz ferramenta estratégica de promoção da cidadania em saúde, organizando e interpretando as informações que recebe da sociedade. Costa (2006) pontua que o ato de acionar o *ombudsman* (ouvidor) se revela experiência impressionante sob o ângulo do usuário, que se recusa a ser um objeto do serviço ou um número estatístico e sai do anonimato para estabelecer com o ouvidor uma cumplicidade em apontar demandas a serem tratadas ou melhorias necessárias.

Segundo Pereira (2000, p. 30), uma das premissas que orientaram a instalação de ouvidorias hospitalares no Brasil “concebe as reclamações como resultantes das relações sociais” e busca compreender o significado dessas relações. A autora pontua que, na instituição dessas ouvidorias em saúde, se verificou “uma explicação sociológica capaz de juntar os sujeitos e suas histórias”, que evidenciou que “a realidade de um é a realidade de muitos e, neste sentido, o problema de uma reclamação, registrada em um serviço de ouvidoria hospitalar, deixa de ser um problema pessoal e passa a ser um problema social” (Pereira, 2000, p. 30). E, ao analisar a teia de relações sociais e institucionais que se estabeleceram a partir da ouvidoria

como instrumento de gestão, permeada pela adesão das instituições às políticas oficiais, constitucionais e de saúde, e pelos princípios de implantação do SUS, complementa:

Ao analisar as reclamações evidenciava-se que ali se instalava um processo peculiar de relacionamento entre instituição, profissionais da saúde e usuários de hospitais. Este relacionamento era conflitante e as formas que os conflitos assumiam remetiam ao tipo e à qualidade de atendimento das áreas e dos profissionais do hospital. Ao acolher as reclamações e ao encaminhá-las internamente as ouvidorias hospitalares desencadeavam estratégias que caracterizaram-se, neste trabalho, como sendo de envolvimento e de disciplinamento dos usuários e dos trabalhadores em saúde, das instituições (Pereira, 2000, p. 30).

Lado outro, além da escuta do usuário, a ouvidoria tem atribuição de sistematizar as manifestações recebidas, de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão na gestão da saúde. A informatização ocorrida ao longo do tempo promoveu facilitação dessa medida, uma vez que permite cruzamentos de dados, tipificação aprimorada das manifestações, identificação de principais reclamações, compreensão do perfil dos usuários e das demandas, inclusive no aspecto temático e geográfico, além de ampla informação estatística para a compreensão dos problemas.

A ouvidoria tem, em sua constituição formal e institucional, atuação voltada a medidas que visem garantir, na prática, a democratização das decisões em termos de planejamento, gestão, execução e avaliação dos programas e serviços de saúde. Propicia, assim, uma conjuntura hábil à avaliação e ao aprimoramento dos serviços de saúde em nível da instituição envolvida e em nível de todo o SUS, revertendo-se em melhoria social e sistêmica da prestação de serviços e da política de saúde. Por esse referencial, a ouvidoria é identificada como mecanismo de participação social e de promoção de direitos no âmbito da saúde pública.

## **4.2 Os serviços de ouvidoria do SUS**

As ouvidorias no serviço público em seus diversos ramos de existência e nas distintas esferas nacionais contam com a formação de sistemas ou redes de ouvidorias, conjuntura na qual o sistema de ouvidorias em saúde é um entre vários.

Nessa sistematização, o órgão central estabelece procedimentos e normativas, coordena informações e medidas sobre o serviço correspondente, monitora a atuação das unidades setoriais e promove capacitações necessárias, além de eventualmente executar atividades de ouvidoria propriamente ditas, enquanto às unidades setoriais, presentes nos demais níveis e esferas, compete executar as atividades de ouvidoria nos termos do ordenamento jurídico,

organizar e repassar ao órgão central informações sobre suas atividades e manifestações recebidas, além de produzir e analisar dados e informações para subsidiar propostas ao serviço público correlato. Essa organização orienta Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo Federal (Brasil, 2018a), coordenado pela Controladoria-Geral da União (CGU), por meio da Ouvidoria-Geral da União (OGU), e orienta a sistematização das ouvidorias na saúde em rede.

Conforme exposto no tópico anterior, os serviços de ouvidoria foram instituídos no SUS como meio para aprimoramento do acesso à informação em saúde, promoção do direito à saúde e avaliação permanente dos serviços de saúde nas esferas federal, distrital, estadual e municipal, com vistas ao aprimoramento da gestão do SUS, em que a Ouvidoria-Geral do SUS figura na condição de órgão central.

A ouvidoria no SUS é setor responsável por receber reclamações, denúncias, sugestões, elogios e demais manifestações dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos prestados pelo SUS, âmbito no qual tem como objetivo principal garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos, atuando enquanto ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social. Qualquer pessoa, física ou jurídica, pode ser atendida pela ouvidoria e seus procedimentos são todos gratuitos ao usuário.

Os canais de atendimento podem variar entre ouvidorias nos diferentes níveis da Federação e nas variadas instituições de saúde, mas, em geral, se estabelecem em atendimento presencial, contato telefônico e plataforma virtual (que pode variar entre as esferas e instituições), podendo incluir, ainda, carta, e-mail e urna. A manifestação recebida em meio físico ou telefônico é digitalizada pelo serviço de ouvidoria e inserida na plataforma virtual adotada, pela qual se dará o processamento da manifestação.

Para exposição dos meios de atendimento dispostos pelo serviço de ouvidoria do SUS e formas de tratamento relativas a cada meio, toma-se por exemplo ilustrativo a Ouvidoria-Geral do SUS, uma vez que é órgão central e reflete vias de atendimento comumente existentes nas estruturas dos demais serviços de ouvidoria do Sistema.

Os canais de atendimento disponibilizados pelo Ministério da Saúde para contato com a ouvidoria são telefone Disque Saúde 136 (serviço gratuito), contato por plataforma virtual e atendimento presencial, este último direcionado a endereço na Esplanada dos Ministérios em Brasília, no Distrito Federal, com indicação de horário de funcionamento para manifestações feitas presencialmente de segunda-feira a sexta-feira. Saliente-se que também é possível o envio de manifestações por e-mail ou por meio de cartas, que serão submetidas ao procedimento de registro na plataforma virtual.

A manifestação recebida em meio físico é digitalizada pela unidade do sistema de ouvidoria que a recebeu e inserida na plataforma virtual adotada, sistema por meio do qual se dará o processamento da manifestação, o mesmo ocorrendo com o registro feito por telefone (Brasil, 2018a).

O canal telefônico Disque Saúde 136, além de ser canal de registro de manifestações (reclamação, denúncia, solicitação, informação, elogio e sugestão), também constitui serviço de promoção da saúde, por meio da prestação de informações sobre doenças, programas e campanhas do Ministério da Saúde.

O Disque Saúde direciona o usuário para falar com um atendente depois de selecionada a opção que se adequa à sua demanda entre as ofertadas em gravação e pode ser utilizado de qualquer estado do Brasil, com atendimento humano de segunda-feira a sábado em horário específico e computadorizado nos demais períodos. No desenvolvimento desta pesquisa, houve transição da central de teleatendimento e reestruturação do serviço no final do ano de 2023, com integração de todos os canais de comunicação da Ouvidoria-Geral do SUS em uma única plataforma de atendimento (Brasil, 2024b).

O canal telefônico disponibiliza opções para informações sobre programas do Ministério da Saúde, sobre vacinas, orientações sobre doenças relacionadas ao *aedes aegypti*, orientações sobre como deixar de fumar, informações sobre o Fundo Nacional de Saúde, pesquisas e campanhas do Ministério da Saúde, suporte aos sistemas de informação do SUS, além de opção aberta a outras informações. Também disponibiliza a opção para o registro de manifestações, orientando que o usuário tenha em mãos dados pessoais e informações sobre sua demanda, como número do cartão SUS, pedido médico, nome do profissional de saúde e unidade de saúde vinculada. A opção de registro oferece a alternativa de requerimento de “orientação em saúde” e a alternativa de registro de manifestação propriamente dita, encaminhando para solicitação de assistência à saúde, elogio, solicitação de informação, reclamação, denúncia, inclusive denúncia específica por integrante de comunidade quilombola (em cumprimento a decisão judicial proferida pelo Supremo Tribunal Federal na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 742), concernente a medidas emergenciais de mitigação dos impactos do coronavírus em territórios quilombolas e assistência à saúde.

Em algumas situações de solicitação de orientação ou informação em saúde, o atendimento prestado direciona o demandante a consultar o programa de acesso digital aos serviços e informações do SUS anteriormente denominado “Conecte SUS”, atual “Meu SUS Digital”. Este programa é também acessível em aplicativo para dispositivo móvel e efetiva a

informatização e integração dos dados de saúde dos cidadãos entre estabelecimentos de saúde, permitindo o acesso ao histórico do paciente para continuidade do cuidado nos setores. Também fornece informações gerais do usuário, como histórico de vacinação, resultados de exames e via de emissão de documentos em saúde, informa medicamentos dispensados pelo programa Farmácia Popular e medidas sobre cuidados com a saúde, alimentação e atividade física, e identifica estabelecimentos de saúde próximos à localização do usuário, de acordo com o tipo de serviço desejado, além de medidas para obtenção de consultas.

No curso desta pesquisa, houve alteração nos canais virtuais disponíveis, extinguindo-se *chat* anteriormente existente para contato com a ouvidoria. O *chat* contava com um formulário disponibilizado via internet, pelo qual o usuário lançava informações sobre o atendimento do qual necessitava, com orientação sobre o registro da manifestação correspondente.

Outras mudanças ocorreram nos canais eletrônicos. Anteriormente, as manifestações em meio eletrônico se davam por meio do Sistema Informatizado de Ouvidorias do Poder Executivo Federal, denominado e-Ouv, de ampla utilização pelos órgãos e pelas entidades da administração pública. Alteração nos sistemas informatizados, adequação no processamento de denúncias à proteção legal do denunciante e movimento pela uniformização das plataformas estabeleceu o Fala.BR como referência no sistema de ouvidorias, não restrito à saúde.

Os canais virtuais promovidos pelo Ministério da Saúde e pela Ouvidoria-Geral do SUS sobre o serviço de ouvidoria na saúde pública foram então concentrados integralmente no Fala.BR e, em novembro de 2023, foi lançada nova versão do Sistema Informatizado OuvidorSUS, voltado para o atendimento aos usuários do SUS.

O OuvidorSUS constitui sistema desenvolvido especificamente para o serviço de ouvidoria relativo ao SUS. A versão lançada conta com medidas de modernização e ampliação das ferramentas de trabalho dos servidores e técnicos que compõem as redes de ouvidorias, destacando-se entre as novidades a Tipificação Aprimorada, com estrutura de tipificação que permite às ouvidorias incluírem suas próprias categorias para classificar as manifestações do público de forma mais personalizada e precisa; a possibilidade de livre tramitação de manifestações entre ouvidorias, simplificando o processo de registro, tratamento, encaminhamento e resposta; adoção de modelo de acessibilidade; possibilidade de envio de artigos em saúde ao usuário para disseminação de informações relevantes e combate às *fake news*; inclusão de controle de prazo com a possibilidade de prorrogação para tratamento dos processos nos prazos legais e, ainda, integração com a plataforma Fala.BR, a permitir melhoria

no tratamento das manifestações direcionadas ao Ministério da Saúde e o compartilhamento de infraestrutura, conhecimento e melhores práticas pelas ouvidorias e pelos órgãos governamentais (Brasil, 2023d).

A mencionada implantação do OuvidorSUS se deu em novembro de 2023, de modo que, no momento do levantamento de dados e informações para a presente pesquisa, o referido sistema já estava em funcionamento em diversas localidades e estados, mas com adesão gradativa segundo a realidade tecnológica de cada região ou setor e em fase de ajustes e adaptações, representando amplitude restrita e impossibilitando a obtenção de dados representativos para este estudo.

Diversos municípios, estados e órgãos específicos detinham sistemas próprios de ouvidoria usados para registro das manifestações de ouvidoria do SUS e não apresentaram imediata adesão ao novo sistema; outros entes não contavam com suporte tecnológico suficiente e necessário para essa adesão; e ainda outros passaram a utilizar multiplicidade de sistemas para fins de transição, mantendo sistema adotado até então e aderindo simultaneamente ao OuvidorSUS. Somado a isso, especialmente em razão do curto período de sua utilização, não havia disponibilização pública ampliada de dados referentes aos serviços de ouvidoria e respectivas manifestações efetivados por meio do novo sistema.

Segundo informações obtidas nos contatos realizados por esta pesquisadora com serviços de ouvidoria no desenvolvimento das entrevistas, corroboradas em consulta aos sítios eletrônicos de cada estado, o estado de São Paulo – a Ouvidoria Geral do SUS do Estado de São Paulo – é o único que tem sistema próprio e único de ouvidoria da saúde, denominado Ouvidor SES/SP<sup>60</sup>. O referido sistema segue em utilização pelo estado em razão de sua consolidação e do volume de dados nele reunidos, o que se indica como exemplo de localidade que não aderiu ao OuvidorSUS do Ministério da Saúde diante da já existência de sistema próprio consolidado. Oportuno salientar que o sítio eletrônico do Sistema Ouvidor SES/SP disponibiliza página contendo dados de transparência, em que informa número de acessos, número de atendimentos anuais, unidades cadastradas, número de manifestações por cada classificação, canal de recebimento e manifestações por departamento.

Os demais estados, na saúde, utilizam sistemas próprios de ouvidoria geral – não específicos à saúde – adotados pelos serviços de ouvidoria dos diversos âmbitos, muitos dos quais desenvolvidos e mantidos pelas respectivas Controladorias Gerais de Estado, ou sistema

---

<sup>60</sup> O acesso ao Sistema Ouvidor SES/SP, bem como a informações referentes ao seu desenvolvimento, recursos disponíveis e painéis de transparência estão disponíveis em: <https://ouvidoria.saude.sp.gov.br/sistema.php/>.

disponibilizado pela CGU (especialmente o Fala.BR), ou o sistema do Ministério da Saúde (atualmente, OuvidorSUS), ou, ainda, outra plataforma de disponibilização de formulários eletrônicos próprios.

Considerando o exposto e figurando a plataforma Fala.BR como sistema referenciado e amplamente utilizado no período do estudo, a análise aqui desenvolvida para caracterizar registros dos serviços de ouvidoria do SUS examina dados e informações constantes nessa plataforma específica.

Nada obstante, destaca-se que Fala.BR, OuvidorSUS e sistemas próprios de ouvidoria porventura adotados por entes específicos utilizam as mesmas categorias de manifestações, que decorrem de previsão em lei e parâmetros de regulação postos no ordenamento jurídico, apresentando distinções de ordem operacional, como forma de acesso, estrutura da plataforma correspondente, vias para extração de dados e relatórios, sistema de processamento, de tipificação e de resposta. Assim, o exame que segue sobre as manifestações e formas de seu tratamento, embora desenvolvidos a partir de elementos constantes na plataforma Fala.BR, apresenta pertinência também aos demais sistemas porventura utilizados.

A plataforma Fala.BR (<https://falabr.cgu.gov.br/web/>) consiste em Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação disponibilizada e mantida pela CGU, adotada por vários órgãos nas esferas da Federação e que funciona 24 horas. Conforme listagem constante no sítio eletrônico da plataforma<sup>61</sup>, entre os órgãos que aderiram ao Fala.BR estão o Ministério da Saúde, a ANVISA, a OGU – integrada à CGU – e diversos hospitais universitários federais geridos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, incluindo o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Ao acessar a plataforma Fala.BR<sup>62</sup>, são disponibilizados três tipos de acesso: (i) “Ouvidoria” é especificado como “Ajude a aprimorar os serviços públicos por meio de reclamações, elogios ou sugestões, ou ainda, registre uma denúncia”, (ii) “Acesso à informação – LAI” com especificação de “Faça um pedido de acesso à informação” e (iii) “Ouvidoria Interna” como “Canal destinado a servidores e trabalhadores das instituições federais para registro de manifestações”. Consta, ainda, um campo de “consulte seu protocolo”, que permite ao usuário consultar o andamento da manifestação registrada (Brasil, 2023a).

Necessário repisar que, além do usuário do SUS que registra manifestação, também figura como usuário do serviço de ouvidoria o profissional da saúde.

---

<sup>61</sup> Consulta realizada em 20/03/2024. Disponível em: <https://falabr.cgu.gov.br/publico/BuscadorOuvidorias/BuscadorOuvidorias.aspx>.

<sup>62</sup> Disponível em: <https://falabr.cgu.gov.br/web/>. Acesso em julho de 2024.

O pedido de acesso à informação é para aquele que quer ter acesso à informação pública, obter informações produzidas ou custodiadas pela administração pública.

No acesso específico de “Ouvidoria” são disponibilizadas seis opções de registros: Denúncia, Elogio, Reclamação, Simplifique, Solicitação e Sugestão (Brasil, 2023a). O sistema apresenta uma descrição de cada tipo de registro, segundo conceituação disposta no ordenamento jurídico, sendo essas as mesmas manifestações que podem ser feitas de forma presencial ou por telefone, e isso a todo e qualquer serviço público, já que a plataforma não é específica ao serviço de saúde.

Importa salientar que o OuvidorSUS<sup>63</sup> disponibiliza campos com as mesmas manifestações – Denúncia, Reclamação, Solicitação, Sugestão, Elogio e Informação (de domínio público, não referentes à LAI) – e, ainda, campo para consulta de manifestação já registrada, configurando plataforma para tais registros especificamente relacionados à saúde.

A Denúncia é indicada para aquele que quer comunicar a ocorrência de um ato ilícito, uma irregularidade ou uma violação de direitos na administração pública, provocando então a atuação dos órgãos apuratórios competentes, a exemplo de negligência médica no caso dos serviços de saúde, não cumprimento de carga horária pelo profissional de saúde e cobrança por procedimentos cobertos pelo SUS. A denúncia pode envolver casos de corrupção, fraude, assédio moral ou sexual, uso ilegal de bem público, descumprimento de normas, entre outras irregularidades. Em alguns casos, conforme o teor da manifestação, quando processada, não será classificada como uma denúncia e sim uma solicitação, como no exemplo de faltar remédios em um hospital público, em que o usuário pode fazer uma solicitação para que o órgão tome uma providência, não se tratando de uma denúncia propriamente dita.

O Elogio é para as hipóteses em que se deseja registrar reconhecimento ou satisfação sobre o atendimento recebido ou o serviço prestado.

A Reclamação é indicada para demonstrar insatisfação com um serviço público e com conduta de agentes públicos na prestação e na fiscalização desse serviço, destacando-se fazer críticas, relatar ineficiência e informar casos de omissão, como falta de material na unidade de saúde, falta de medicamento e quando se procura um atendimento ou serviço sem obtenção de resposta ou há demora no atendimento.

A opção denominada Simplifique é para sugerir alguma ideia para desburocratizar o serviço público ou apresentar solicitação de simplificação quando se deparar com uma prestação muito burocrática de um serviço público.

---

<sup>63</sup> Disponível em: <https://ouvidor.saude.gov.br/public/form-web/registrar>. Acesso em 01 jul. 2024.

A Solicitação é apontada para solicitar a adoção de providências por parte de um órgão público, voltando-se para obter um atendimento ou uma prestação de serviço, podendo ser algo material, como receber um medicamento ou uma consulta médica, ou a ação do órgão em uma situação específica, como solicitar fiscalização de órgão público em caso de venda de alimentos fora da validade.

A Sugestão é apontada para o usuário que tiver uma ideia ou proposta de melhoria e aprimoramento dos serviços públicos.

Selecionada a manifestação que se quer registrar, o sistema contém campo para descrição dos fatos relativos ao registro escolhido, indicação do órgão ao qual se refere a manifestação feita e opção de anexação de documentos pertinentes.

As manifestações do tipo Reclamação, Simplifique, Sugestão, Elogio, Solicitação e Acesso à Informação no Fala.BR necessariamente exigem o cadastro no sistema para serem feitas. O Decreto Federal nº 9.492/2018 prescreve que a certificação da identidade do usuário de serviços públicos somente será exigida quando a resposta à manifestação implicar o acesso a informação pessoal própria ou de terceiros (Brasil, 2018a, art. 15).

Por sua vez, as manifestações do tipo Denúncia podem ser feitas tanto mediante cadastro – com a identificação pelo lançamento de informações pessoais – como de forma anônima, sendo que o manifestante que optar pelo anonimato não obtém um número de protocolo e nem recebe envio de uma resposta da respectiva ouvidoria para sua manifestação.

O Decreto Federal nº 9.492/2018 regulatório da questão dispõe sobre o tratamento de pseudonimização, pelo qual “um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo, senão pelo uso de informação adicional mantida separadamente pelo controlador em ambiente controlado e seguro” (Brasil, 2018a, art. 3º, VIII). Nessa conjuntura, em regra, a denúncia somente pode ser encaminhada pela unidade após a sua pseudonimização, ao passo que o eventual encaminhamento de denúncia com elementos de identificação do denunciante será precedido de necessário consentimento do denunciante (Brasil, 2018a, art. 16, §4º).

Os dados informados pelo usuário em sua manifestação serão tratados em conformidade com o Marco Civil da Internet (Lei Federal nº 12.965/2014), que estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil, e com a LGPD (Brasil, 2018b), protegendo informações pessoais e restringindo o acesso a quaisquer dados relativos à intimidade, vida privada, honra e imagem, salvo se concedida autorização expressa de acesso a essas informações.

A ouvidoria recebe as manifestações dos usuários, analisa, classifica, orienta, encaminha às áreas responsáveis pela adoção das providências necessárias se for o caso, acompanha, envia resposta ao manifestante sobre providências adotadas e conclui a manifestação. É possível ao usuário, exceto na manifestação anônima, acompanhar o andamento da manifestação mediante protocolo e senha que lhe são encaminhados por e-mail ou entregues pessoalmente em caso de atendimento presencial.

Ao receber a manifestação, a ouvidoria analisa seu conteúdo para verificar se registrada na tipologia correta e, nas hipóteses em que o sistema informatizado não o faça de forma automatizada, realiza a tipificação do registro, pela identificação do assunto e eventuais subassuntos abordados, com a caracterização do tema da manifestação para efeito de classificação e operacionalização do fluxo de ouvidoria. Ressalte-se que referida identificação de assuntos, além de auxiliar no processamento dado à manifestação, auxilia também em posterior análise estatística e avaliação de falhas e melhorias dos serviços públicos relacionados, uma vez que a tipificação possibilita à ouvidoria o agrupamento das manifestações por categorias, permitindo a análise de dados e a elaboração de relatórios gerenciais sobre diversos assuntos e perspectivas.

Nesse trâmite, a ouvidoria pode solicitar complementação do usuário quando as informações apresentadas forem insuficientes para a análise da manifestação, pode prestar orientações, encaminhar para a unidade interna responsável por resolver a questão ou também encaminhar para outro órgão/entidade, dependendo do caso. A unidade de ouvidoria deve elaborar e apresentar, às manifestações, resposta conclusiva e em linguagem clara, objetiva, simples e compreensível, no prazo de trinta dias, contado da data de seu recebimento, prorrogável por igual período mediante justificativa expressa, notificando o usuário de serviço público sobre a decisão administrativa tomada (Brasil, 2018a).

Eventual solicitação de complementação de informações direcionada ao usuário suspende o prazo indicado, que será retomado quando da resposta do usuário, ao passo que a falta de complementação da informação pelo usuário no prazo de trinta dias ensejará o arquivamento da manifestação, sem a produção de resposta conclusiva. Caso a ouvidoria atuante solicite informações às áreas dos órgãos e das entidades da administração pública responsáveis pela tomada de providências, estas deverão responder no prazo de vinte dias, contado da data de recebimento do pedido na área competente, prorrogável uma vez por igual período mediante justificativa expressa (Brasil, 2018a).

Caso a unidade da ouvidoria receba manifestação sobre matéria alheia à sua competência, cabe-lhe encaminhar à ouvidoria responsável pelas providências requeridas, exceto quando se tratar de denúncia (Brasil, 2018a).

Quanto ao direcionamento dado a cada manifestação, a lei de regência prevê que o elogio é encaminhado ao agente público que prestou o atendimento ou ao responsável pela prestação do serviço público e à sua chefia imediata; a reclamação e a solicitação, à autoridade responsável pela prestação do atendimento ou do serviço público; a sugestão, à autoridade responsável pela prestação do atendimento ou do serviço público, à qual cabe manifestar sobre a possibilidade de adoção da providência sugerida; e a denúncia, que será conhecida na hipótese de conter elementos mínimos descritivos de irregularidade ou indícios que permitam a administração pública chegar a tais elementos, receberá encaminhamento aos órgãos apuratórios competentes, contexto em que a resposta conclusiva informará ao usuário manifestante sobre o processamento dado e sobre os procedimentos a serem adotados, ou sobre o seu arquivamento, na hipótese de a denúncia não ser conhecida (Brasil, 2018a).

A oitiva do usuário – de modo presencial ou virtual – ocorre individualmente e com o correspondente processamento de sua manifestação de forma individual para seu atendimento específico. Lado outro, além do tratamento individualizado, é atribuição da ouvidoria sistematizar as demandas recebidas, de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que possam servir de suporte estratégico para a tomada de decisão na gestão da saúde.

Apresentados os parâmetros gerais sobre o serviço de ouvidoria, oportuno apresentar elementos pertinentes à realidade das ouvidorias e das manifestações registradas.

#### ***4.2.1 Caracterização da ouvidoria do SUS***

A construção de estudo congruente com os serviços de ouvidoria do SUS requer a consideração das particularidades dessa ouvidoria. Ressalte-se que o presente estudo não se propõe ao exame individualizado de um serviço de ouvidoria específico, mas ao exame dos serviços de ouvidoria presentes no SUS em sua amplitude, analisando o acesso à justiça pela via dos direitos na saúde e a pertinência da mediação a isso no serviço de ouvidoria do SUS considerado em sua integralidade.

Para tanto, a análise desenvolvida toma por referência a conjuntura, parâmetros, dados e aspectos em nível nacional, lançando considerações do âmbito regional, estadual e municipal

em questões pontuais para o fim de ilustrar realidades ou apresentar distinções entre as realidades.

Ademais, em que pese a impossibilidade fática de um exame individualizado de cada ouvidoria do Sistema no Brasil dentro das limitações – inclusive temporais – deste trabalho, necessário ressaltar que há elementos abrangentes aos serviços de ouvidoria do SUS como um todo que possibilitam uma análise que, embora generalista ao tratar a esfera nacional, pode contribuir para a compreensão e valoração do tema à cada ouvidoria pública em saúde.

O art. 24-A do Decreto Federal nº 9.492/2018 (Brasil, 2018a) indica a instituição da Rede Nacional de Ouvidorias, coordenada pela OGU da CGU, com finalidade de integrar as ações de simplificação desenvolvidas pelas unidades de ouvidoria dos Poderes da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios<sup>64</sup>. A referida Rede compreende ramos diversos e é de adesão voluntária, que garante ao órgão ou entidade aderente o uso gratuito de sistema informatizado e integrado para recebimento de manifestações (Fala.BR) e acesso a capacitação para agentes públicos em matéria de ouvidoria e simplificação de serviços, desenvolvida com apoio da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) e por ela certificadas.

Há, também, rede nacional constituída no âmbito do SUS, denominada Rede ou Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS e composta por ouvidorias federais, estaduais e municipais, que atuam de forma descentralizada e colaborativa, respeitando a autonomia de cada ente da Federação e sob orientação estratégica e coordenação da Ouvidoria-Geral do SUS. Sobre esse aspecto do SUS também incide o princípio da descentralização, de modo que a responsabilidade do provimento da resposta ao usuário é atribuída às três esferas de governos, autônomas e soberanas em suas decisões, contexto em que as manifestações cadastradas nos citados canais de atendimento da Ouvidoria-Geral do SUS junto ao Ministério da Saúde podem ser encaminhadas à Rede Interna do Ministério da Saúde (Secretarias, Departamentos e Áreas Técnicas) ou à Rede Externa (ouvidorias do SUS em nível estadual ou municipal). Manifestações já direcionadas aos outros níveis pelo manifestante ou cadastradas nos sistemas próprios dos serviços estaduais e municipais são por eles processadas e atendidas.

Em âmbito estadual e municipal também se verifica a presença de sistemas – ou redes – de ouvidoria, havendo estados que estruturaram um sistema estadual na saúde composto por ouvidorias das unidades de saúde estaduais e por ouvidorias de saúde municipal e institucionais instaladas sob a coordenação da Ouvidoria da respectiva Secretaria de Estado de Saúde.

---

<sup>64</sup> A Controladoria-Geral da União (CGU) criou o “Painel Resolveu?”, ferramenta que reúne informações sobre manifestações de ouvidoria que a administração pública recebe diariamente pelo sistema federal e que está disponível em: <https://centralpaineis.cgu.gov.br/visualizar/resolveu>.

Oportuno salientar a composição recorrente, em âmbito estadual, de rede integrada e coordenada pela Ouvidoria (ou Controladoria) Geral do respectivo estado, que estabelece inclusive normativas gerais para orientar os serviços de ouvidoria das diversas áreas, incluindo a saúde pública, compartilhamento de planos de trabalho ou de práticas e medidas de capacitação a ouvidores.

Para exemplificar a conjuntura descrita acima em abstrato, oportuna a descrição feita por um dos entrevistados, que não será individualizado para assegurar a impossibilidade de sua identificação:

Então, a gente tem o Ministério da Saúde, que cuida de todas as ouvidorias estaduais do SUS. Nós somos mais um estado que faz parte da rede deles. E a gente faz parte da rede da Ouvidoria Geral do Estado [do entrevistado], como uma Secretaria, que é a Secretaria da Saúde. [...], mas a nossa rede é grande. Então, ela é formada por uma gestão estadual e uma gestão municipal. Entre os entes federativos não existe hierarquia, você deve saber bem isso já, quando a gente fala de gestão. Mas quando a gente fala de SUS, existe hierarquia. É o município que começa com tudo, que faz o atendimento primário. É o estado que cuida da média e da alta complexidade. Acabou o tratamento, acabou os exames, volta para o município. Então, isso tem que ficar bem claro para que você entenda como a nossa rede está organizada. Então, a gente tem a gestão estadual e a gestão municipal. [...] [A Ouvidoria Geral do SUS do Estado em questão] faz a gestão, a orientação, a organização dessa rede estadual; em todos os hospitais que têm um vínculo com o estado e que seguem a legislação de SUS tem ouvidoria [...]. Dos municípios, [determinado número de] municípios que têm a ouvidoria da saúde, porque, por lei, fala-se de ouvidoria, e não especifica se é a ouvidoria geral ou ouvidoria da saúde. [...] (Entrevistado).

Sobre a formação de redes locais e regionais envolvendo serviços de ouvidoria em sentido amplo, agregando diversos setores e matérias e promovendo ações em rede, entrevistados indicaram:

[A rede estadual] tem instituído essas capacitações mensais, bimestrais, cada período é uma capacitação, porque se não você mistura tudo na cabeça. Uma capacitação é de sistema, outra de atendimento, outra de relatório, outro é um evento, que a gente realizou o ano passado. E a gente também busca na rede de parceiros que chama rede de ouvidores do estado [em que o entrevistado está inserido], que compõe Ministério Público, Tribunal de Contas, Ouvidoria Geral do Estado, Tribunal de Justiça, ou seja, esses grandes órgãos, Defensoria Pública, CGU, ou seja, esses órgãos, todos que também possuem serviço de ouvidoria, para que a gente padronize. Porque se o cidadão vai na Defensoria Pública pedir um serviço de saúde e eu ajudar de forma orientativa, melhorar o serviço de ouvidoria ou serviço prestado da unidade, eu estou diminuindo um trabalho, eu estou ajudando a resolver um problema. Então, a gente tem esses recursos de sistematização em rede, tanto estadual, como municipal, como integrada. [...] E se a gente fizer em conjunto, fortalece todo mundo. São estratégias de integração e melhoria e busca de otimização do resultado, coisa que a gente já tem feito no passado e está aprimorando cada vez mais (Entrevistado 02).

E outra dificuldade que nós tínhamos aqui também era que o usuário, ele percorria, quando ele saía de casa para abrir demandas para o SUS, ele percorria tudo. Ele

percorria o Ministério Público, ele percorria a ouvidoria aqui conosco, ele percorria o Conselho [local] de Saúde e ele percorria o Tribunal Estadual de Justiça do [estado do entrevistado], o TJ. Então, ele ia e abria as demandas e chegava aqui. Aí foi que numa reunião que me chamaram lá, eu disse: “Não, tá errado. Eu estou fazendo o retrabalho de várias situações”. Então, [refere-se à atuação do ouvidor geral do SUS na localidade] conseguiu reverter isso. Conseguiu que todas as demandas dos usuários, antes de abrir, eles questionam o usuário se já veio aqui [na ouvidoria do SUS do entrevistado]. Eles [demais órgãos demandados] questionam o usuário: “você já foi à Ouvidoria SUS? Tá aqui o endereço, tá aqui o telefone, tá aqui o...” [...].

Então, eu tinha várias demandas fazendo retrabalho. E assim, o retrabalho foi sanado a partir de uma reunião que nós tivemos lá. Então, hoje, eles primeiro verificam se foi a demanda aberta aqui. A partir do momento que não resolve, eles vão para lá, o usuário vai para o Ministério Público, pro TJ. Então, há uma consolidação muito forte, uma relação muito forte entre a ouvidoria SUS e os órgãos, Ministério Público, através da Promotoria de Saúde, do TJ da saúde, do Conselho [local] de Saúde. Então, se essas demandas que chegam lá antes, eles perguntam, se já passou por aqui, através de uma reunião que nós tivemos lá (Entrevistado 24).

Chegou aqui, a gente faz a demanda, a gente recebe, atende, mas a gente procura orientar a recepção [da unidade de saúde] que pelo menos veja, pegue o cartão do SUS da pessoa e veja se existe uma perspectiva de atendimento, como é que está classificado, se houve algum problema, se no sistema não foi incluído, para evitar que a pessoa também... fique sendo um jogo de empurra-empurra. Esse jogo de empurra-empurra em ouvidoria também. A ouvidoria [de uma esfera da localidade do entrevistado] mandava para cá questão que era solução deles, de atenção básica. Ou então mandava para a fundação hospitalar, que é o nosso hospital de terceiro nível aqui. Aí o hospital tem ouvidoria lá e mandava. Teve já caso da pessoa ir em 3 ouvidorias em um dia. O que a gente faz agora é colocar a demanda no sistema, porque você colocando a demanda no sistema, você já fez seu trabalho de ouvidoria, já deu voz ao cidadão. [...]. Mas se ele veio aqui, é um entendimento que a gente está procurando é que seja feita a demanda, porque a pessoa já veio aqui pra ela... “Volte amanhã” é uma coisa que a gente não faz, porque é triste. Às vezes a pessoa tem aquele dinheiro daquele ônibus [ênfase] que a pessoa gastou todo o dinheiro que tinha naquele deslocamento]. Então, eu pegar uma pessoa humilde, e não atender ela da forma adequada... (Entrevistado 26)

Entrevistado 22 descreveu rede em sua localidade composta por todas as ouvidorias de órgãos privados e públicos, com fórum onde discutem experiências de ouvidorias, “a gente discute isso e troca experiência, o que é que dá certo, o que não dá, o que é que a gente faz para melhorar a ouvidoria, qual o papel da ouvidoria”, pontuando que “para mim é muito positivo isto”.

As redes e os sistemas de ouvidorias instalados nos âmbitos regionais, estaduais e municipais são variados em suas características e configurações, variedade esta relevante na consideração sobre metodologias a serem adotadas no serviço prestado.

A Ouvidoria-Geral do SUS junto ao Ministério de Saúde, segundo assinalado nas normas de regência já citadas, tem entre suas ações o apoio à implantação, à modernização e à qualificação das ouvidorias do SUS e sua integração em rede, nas três esferas de governo, atuando mediante ações de consultoria técnica, capacitação, suporte tecnológico, dentre outras. O Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, de acordo com anúncios e divulgações de seu órgão

central, cria canais de contato e de orientação entre órgãos e serviços, sob a gestão da Ouvidoria-Geral, e integra o serviço de ouvidoria ao sistema tecnológico e informatizado, para disponibilizar dados e relatórios sobre a efetividade das políticas segundo os usuários e auxiliar o planejamento e melhoria da qualidade dos serviços públicos.

Segundo informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, todos os estados da Federação contam com ouvidorias do SUS implantadas e, atualmente, o esforço é expandir sua implantação no âmbito municipal (Brasil, 2023c). A informação aponta especificamente as ouvidorias implantadas no âmbito das Secretarias de Estado de Saúde dos estados, incluindo Distrito Federal, que coexistem com outras ouvidorias estaduais em saúde pública instaladas em instituições, hospitais e complexos hospitalares.

De acordo com a Ouvidoria-Geral do SUS, foram implantados 332 serviços de ouvidoria do SUS no Brasil de 2016 a 2019, sendo 54 em 2019. Em 2020, o órgão informa que, a despeito da pandemia de coronavírus, 50 novas ouvidorias foram implantadas no território nacional, de modo que o total de ouvidorias do SUS foi de 1.644, em 2015, para 2.026 em 2020, representando um crescimento da ordem de 23% no período (OUVSUS, 2022).

Relatório de Gestão da Ouvidoria-Geral do SUS de 2021 informa que o órgão apoiou, em 2021, a implantação de 51 ouvidorias e foram identificadas outras cujas implantações não tiveram seu acompanhamento direto, mas que compõem a rede nacional de ouvidorias do SUS, totalizando 2.284 ouvidorias do SUS registradas em 2021 (OUVSUS, 2022). Por sua vez, Relatório de Gestão sobre o ano de 2022 indicou que o esforço do órgão no referido ano foi para atividades de capacitação e aprimoramento, não apontando a implantação de novas ouvidorias no período (OUVSUS, 2023).

Embora os dados consignados sobre implantação de ouvidorias sejam específicos às instaladas com acompanhamento da Ouvidoria-Geral do SUS, eles refletem realidade verificada na questão, no sentido de inexistir ouvidoria do SUS em diversas localidades e de existir estímulo sistêmico das ouvidorias centrais à instalação das ouvidorias descentralizadas em razão de reconhecerem importância e contribuição do serviço de ouvidoria para a saúde pública.

Questionados sobre a atuação da Ouvidoria-Geral do SUS e da rede nacional de ouvidorias do SUS e sobre sua efetiva contribuição para os serviços de ouvidoria do SUS estaduais e locais, muitos entrevistados relataram que trocas recorrentes do respectivo Ouvidoria-Geral do SUS, trocas da gestão do Ministério da Saúde, mudança da Presidência do Brasil e descontinuidade de projetos fragilizam ou impedem que o órgão e a rede efetivamente contribuam com as ouvidorias nas outras esferas e níveis. Nesse sentido:

[Referindo-se à baixa colaboração da Ouvidoria-Geral do SUS] Eu acho que por questões externas, políticas, dentro do cenário político, principalmente. Nos últimos anos, a gente teve um imenso prejuízo dentro do serviço de ouvidoria do SUS. Eu acredito que hoje, com a mudança do cenário político, com a mudança do padrão de gestão, principalmente dos presidentes no que tange a investimentos na saúde, eu acho que a gente está retomando uma reconstrução do serviço de ouvidoria do SUS (Entrevistado 03).

O ano x foi um ano de mudanças na Ouvidoria Nacional, lá do governo federal. Então, em todo o ano que você não tem sequência, você acaba perdendo um pouco de ritmo; a instabilidade prejudica. Não é culpa da pessoa, e sim do sistema. O governo federal mudou de Presidente, que, por sua vez, muda de Ministério, de Ministro, que muda de Ouvidor, que muda, muda, muda. E aí quebrou esse ritmo que já havia. Mas, de toda a sorte, não é todo mundo que sai da ouvidoria. Sai os diretores, chefes, conforme cada instituição, mas quebra o ritmo. Então, eu vejo que o Ministério da Saúde, através da Ouvidoria Nacional do SUS, tem buscado melhorar o serviço, tem buscado até sistematizar novos recursos e a gente vê com bons olhos, que eles estão buscando melhorias. [...] tem sido melhorado gradativamente, mas essa mudança de governo fragmentou um pouco e prejudicou o resultado (Entrevistado 02).

Alguns entrevistados pontuaram fragilidade da rede e ausência de vínculos efetivos resultantes de uma atuação pouco contributiva da Ouvidoria-Geral do SUS, repercutindo nos níveis estaduais e municipais. Sob essa acepção:

[A relação com a Ouvidoria-Geral do SUS] já foi melhor. A gente passa hoje por uma fragilidade muito grande na Ouvidoria Geral do SUS. Sendo muito sincero. Já tivemos momentos muito promissores pra Ouvidoria Geral do SUS e eu falo muito isso com os meus colegas, que é um efeito em cascata. Quando você tem a nível federal um equipamento fortalecido, a tendência é que isso reverbere pros estados e municípios em alguma medida. E, infelizmente, [...] a gente vem enfrentando um declínio da ouvidoria. [...]. Temos aí indícios de que pra este ano as coisas melhorem, mas ainda... pra você ter uma ideia, a gente tá com a figura ainda de um ouvidor substituto [referindo-se à ausência, na data da entrevista, de Ouvidor-Geral efetivo e exercício da função por Ouvidor-Geral substituto]. Eles até usam um termo lá em Brasília, substituto eventual, enfim. É uma pessoa que tá transitariamente. Então, é uma coisa que traz alguma fragilidade, inclusive para esta rede e aí entra o componente rede que você pergunta. A rede hoje também é uma rede fragilizada. Quando a gente tinha uma Ouvidoria Geral do SUS fortalecida na época [descrita pelo entrevistado], por exemplo, você via uma rede mais pulsante, mais ativa, tinham muitos eventos em Brasília, onde esses ouvidores eram convidados. [...]. A rede hoje, ela existe através dos grupos de WhatsApp, mas é uma rede fragilizadíssima. A gente tem pessoas na rede recém-chegadas na ouvidoria, que não têm muito aprofundamento; as pessoas têm um pouco mais de experiência, são poucas e assim, falta liga, falando bem no popular, pra esta rede ganhar força. O que nos vincula com muita é formalidade mesmo, é o sistema informatizado que a gente utiliza, que, de fato, o sistema opera na lógica de redes. Então, do ponto de vista formal, a rede existe. Enquanto vínculos, proximidade, não (Entrevistado 19).

Entrevistado, que não será individualizado para preservar sua identidade, atua como ouvidor geral do SUS de estado da região Norte do Brasil e apontou:

A Ouvidoria Nacional, ela teve várias mudanças no decorrer dos anos. Então, a gente acabou não dando muita prioridade aqui no estado [não priorizaram acompanhar mobilizações da Ouvidoria-Geral do SUS]. [...] Então, eu não dei muita prioridade hoje... mas, assim, acompanho todas essas situações que está envolvendo [a Ouvidoria-Geral do SUS]. O sistema [referindo ao OuvidorSUS lançado em 2023], eu não sei nem como é que está hoje o sistema que eles... eu não sei como é que tá funcionando porque é troca de servidor, troca não sei o que, troca algumas situações e a gente continua. A gente nunca sabe como é que tá. Então, a gente não tem uma relação muito próxima, mas não é também tão distante, entendeu? Porque o que eles precisam é: se tem uma demanda muito... eles me ligam pessoalmente e a gente tenta resolver por aqui. [...] porque a gente [no estado do entrevistado] tá num outro processo [...]. Eu tenho pouca gente, eu tenho, nas situações aqui que demanda tempo... Então, eu tenho x funcionários aqui comigo só. E a demanda de implantação nos municípios, eu dei prioridade. [Menciona que o estado tem outro sistema informatizado de ouvidoria geral que é adotado, por onde recebem demandas relativas ao SUS, e menciona demandas enviadas pelo Ministério Público e pelo Conselho de Saúde.] Então, a gente tem uma demanda bem, bem grande para o número de pessoas [integrantes da equipe de sua ouvidoria]. E aí a gente deu um tempinho [nas medidas junto à Ouvidoria-Geral do SUS], até porque [...] quando ajustar tudo lá [referindo-se às medidas da Ouvidoria-Geral do SUS], quando eu ver que tá todo mundo funcionando, tá rodando direito, a gente vai por lá [...]. Não é uma questão de outra vertente, é questão mesmo de tempo e de pessoal mesmo. Mas, assim, o pessoal lá do Ministério da Saúde [...], acho que já mudou umas 3 ou 4 vezes os gestores lá e a gente fica. Aí o servidor [referindo-se ao OuvidorSUS] não funciona, aí o negócio não sei o quê... E aí eu falei pra minha equipe aqui “Bora dar um tempo”, o OuvidorSUS. A gente faz esse projeto de implantação aqui do estado de descentralização, que também é um processo lento. Também não é nem da noite pro dia que isso está acontecendo. Eu estou desde ano x aqui nessa labuta, nesse processo de descentralização. A primeira coisa que foi que eu identifiquei foi essa situação dessa necessidade da descentralização (Entrevistado).

Referindo a período em que a Ouvidoria-Geral do SUS não tinha respectivo Ouvidor efetivo designado, contando com a atuação de Ouvidor substituto, entrevistado, que não será identificado, narrou “só que o Ministério está sem comando, né? Eles estão com um ouvidor substituto e a gente está sentindo ausência dele, do Ministério nesse processo como um todo” (Entrevistado).

Entrevistado, também não individualizado para não identificação, corroborou prejuízos advindos de ausências decorrentes das trocas de governos e de gestores e de falta de apoio do âmbito federal:

A gente está sentindo muita falta do Ministério da Saúde. Eles estão num governo novo, eles estão se reorganizando, apesar de já ter passado [tal tempo], a gente ainda não tem um ouvidor [referindo-se à ausência de Ouvidor-Geral efetivo e presença de substituto na função]. Então, eu sinto falta sim desse apoio como rede nacional de saúde. Como saúde, como Ministério, hoje eu não tenho apoio. O que a gente busca? Apoio com os ouvidores dos outros estados. [...] Então, assim, os estados tais ainda estão ligados [suas ouvidorias mantêm contatos mútuos]. [...] Então, essa rede me fortalece, dos estados. [Entrevistado cita também auxílio e fortalecimento advindo do controlador/ouvidor geral da rede de ouvidorias do estado que integra] ele já fez muita mudança, muita parceria e alinhou muito o processo com a gente, muito projeto, muitas ações. Então, agora eu me sinto apoiado, mas aí aquele [apoio] geral [tendo em vista ser uma das muitas ouvidorias na rede geral do estado]. Então, assim, eu sou

uma das [ouvidorias] e eu sou específica [em saúde]. Eu tenho uma legislação específica de saúde, eu tenho o SUS por trás de mim, que é diferente do trabalho dele [controlador/ouvidor geral], porque eu tenho que seguir essa legislação e eu tenho que chegar num consenso [entre o geral e o específico], enquanto ouvidores dos estados que são do SUS. [Outros ouvidores de ouvidorias da saúde] como eu, eles falam mais a minha linguagem. Em compensação, a gente não tem um Ministério pra nos apoiar (Entrevistado).

Outros aspectos surgiram sobre o efetivo fortalecimento promovido pelo órgão central. A Ouvidoria-Geral do SUS integrava a Diretoria de Integridade do Ministério da Saúde até a alteração da estrutura regimental do Ministério da Saúde estabelecida pelo Decreto nº 11.798/2023 (Brasil, 2023b), quando passou a figurar como órgão de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado da Saúde.

Entrevistado 12 apresenta como avanço dos serviços de ouvidoria do SUS o fato de a Ouvidoria-Geral do SUS passar a ser diretamente ligada ao Ministério da Saúde e acrescenta:

Ela [Ouvidoria-Geral do SUS] não estava ligada diretamente ao Ministério da Saúde e agora, nesse novo governo, ela voltou a ser ligada ao Ministro da Saúde e aí eles... inclusive, nós estamos até com um novo sistema, o sistema está em andamento, o novo Ouvidor SUS e, assim, a gente tem recebido um apoio maior quanto a isso. Eu acredito que o fortalecimento da ouvidoria do SUS vai melhorar bastante agora nessa gestão (Entrevistado 12).

Certos entrevistados sinalizaram que a contribuição da Ouvidoria-Geral do SUS – ou do próprio Ministério da Saúde – não é significativa, alguns no sentido amplo, outros apontando período delimitado dessa falta de contribuições:

São colaborações, assim, pontuais, por exemplo, colabora quando disponibiliza o sistema. Aí lançou o sistema, fez algumas reuniões online, orientando sobre esse sistema. Então, há essa contribuição, ela é muito pontual. São questões que surgem urgentes, é algo que está repercutindo a nível nacional, então, eles têm que parar, chamar uma reunião, dar uma orientação, coisa muita específica, mas não tem uma sistemática assim. Esse apoio, esse suporte. [...]. E como é mais precário – eu acho que precário, seria essa palavra –, precário esse suporte da ouvidoria nacional com as ouvidorias do estado. Eu acho que eles deveriam dar mais suporte no sentido de estar sempre disponibilizando cursos ou marcando encontros, disponibilizando materiais. Eu acho que o material deles é bastante antigo, não tem nada atualizado, versão nova. É tudo versão 2010 para baixo. [Narra a existência de grupo de WhatsApp, comunicação em e-mail e comunicação por telefone que existe entre ouvidores dos estados, mas pontua que não há uma integração sistemática ali, de forma que o ouvidor do estado] às vezes tem meio que se “virar aqui nos trinta”, para dar suporte à rede do estado, às outras ouvidorias do SUS, do município e estado. Então, eu sinto falta muito disso. Eu não sei se foi troca de gestão, trocou muito gestão também, a ouvidoria nacional (Entrevistado 18).

[A atuação da Ouvidoria-Geral do SUS tem colaborado para o serviço de ouvidoria estadual e local?] Mais ou menos, não muito. Deixam muito a desejar nessa mediação da Ouvidoria Geral do SUS com os estados em relação a assistência permanente como... Contatamos eles e demoram muito para retornar, não sabem responder ou não

sabem resolver na hora que conseguimos entrar em contato. Realmente não dão a assistência necessária para todos os quesitos solicitados (Entrevistado 16).

Eu vou ser bem sincero com você. Assim, nos últimos anos, eu achei que a ouvidoria foi muito esquecida por parte do Ministério da Saúde, até o próprio Ministério assumiu isso na última reunião. Mas ultimamente a gente tá avançando muito. A gente teve uma reunião com o Ministério e o Ministério tem um recurso bom, inclusive pra eventos de sensibilização, eventos de seminários. Assim, inclusive a gente vai fazer x seminários [em certo período e localidade]. Um recurso que estava bloqueado, foi desbloqueado essa semana. Então, a gente já tá indo, já tá voltando a fazer os planos de ação e implementação. As coisas voltaram a andar. Ficou parado durante um ano e meio e, agora, retornou. [...]

Mas eu noto que nesta gestão da Ouvidoria-Geral tem melhorado bastante, inclusive, a gente já teve diversas reuniões. [Cita reuniões e tratativas referentes a liberação de recursos e a plano de ação.] Então, eu acredito assim que tem melhorado bastante a relação com a Ouvidoria-Geral do SUS (Entrevistado 05).

Porque eu acho que teve a questão de mudança, de diretriz, do Ministério [da Saúde] de estar mais participativo nesse momento agora, de ouvir quais são as demandas... [cita a liberação de recursos pelo Ministério da Saúde para as ouvidorias] eu acho que ter essa sinalização é importante. Então, isso reflete na gente. Reflete nos espaços, que a gente tá vendo que eles tão tendo esse respaldo porque eles estão respondendo rapidamente, eles tão mandando coisa, tão fazendo eventos, tão chamando a gente. Então, a gente sente essa diferença. Claro que, às vezes, a gente sente que, às vezes as ações, elas têm um tempo que poderia ser diferente. Por exemplo, ter um planejamento melhor antes de mudar o sistema, é uma questão que a gente coloca. Mas a gente entende que há um avanço, que se as coisas tão saindo do papel e cada vez sendo colocadas em prática, então, isso é um avanço (Entrevistado 04).

A ampliação do uso da tecnologia e das modalidades virtuais de trocas e conexões foi indicada como positiva, mas a conseqüente falta ou diminuição dos vínculos presenciais foi posta como negativa por alguns entrevistados, em razão de limitar as conexões possíveis, como exemplificado no seguinte relato:

Eu acho que a questão do EAD [mencionando cursos da rede nacional], que chegou nos últimos anos com mais força, tem um papel de avanço, mas tem um papel de desafio porque eu acho que a gente acaba perdendo um pouco os espaços de encontro às vezes, porque acaba se fazendo muita coisa EAD, até essa formação que a gente teve agora em relação ao sistema foi toda EAD. [...]

Eu acho que, quando a gente tem encontros presenciais, o encontro presencial seria mais proveitoso pra eles [ouvidores]. [...]

Teve a mudança do sistema, então esse curso [sobre o novo sistema] que a gente fez EAD, o que eu senti falta foi ter pelo menos um encontro, no presencial, que eu acho que é importante pra marcar uma mudança tão grande, porque é um sistema que tem muitas funcionalidades diferentes, eu acho que faltou isso (Entrevistado 04).

Entrevistado 26 indicou que a Ouvidoria-Geral do SUS contribuía mais com promoção de encontros regulares e capacitações presenciais, e hoje há apenas alguns encontros virtuais, que “acho que é falho, em relação a isso, porque é uma forma que a gente, como servidor, tem de estar aprendendo, de estar ganhando novos conhecimentos, são esses encontros”, especialmente por ser órgão que “dá o norte para a gente do nosso trabalho”.

Entrevistado 10, perguntado sobre avanços e destaques que identifica na atuação dos serviços de ouvidoria do SUS, respondeu que “em relação ao âmbito nacional, eu não senti tanta diferença porque a gente trabalha mais é nessa questão de sistemas mesmo, o que eles proporcionaram pra gente”. E acrescenta que houve a liberação de um recurso há cerca de cinco anos para as ouvidorias, que foi retido posteriormente e liberado novamente com a nova gestão, o qual afirma ser essencial para implantações de ouvidorias e para melhoria das já implantadas, mas salienta sentir falta de mais cursos presenciais e treinamentos promovidos pelo órgão central (Entrevistado 10).

Entrevistado 20 também apontou dificuldades e avanços relativos ao supracitado recurso de nível federal cuja liberação sofreu alterações, narrando que o estado em que se insere “conseguiu retomar esse valor para a implementação das ouvidorias, então, assim, eu acredito que a ouvidoria a nível nacional, ela está tendo uma outra visão do que é realmente o paciente, questão mesmo de ouvir o paciente”.

Entrevistado 04 citou como positivo o recurso disponibilizado para qualificar e ampliar as ouvidorias, consignando que “a gente vai ter esse suporte pra os municípios ampliarem, alguns vão ampliar porque não têm ouvidoria, outros vão qualificar o que têm”, e a valia do recurso para realização de encontros regionais, com o fortalecimento das relações na rede. Referindo-se a propostas de uso do recurso em seu estado, acrescentou que “a gente vai focar em participar em ações que possam qualificar tanto as ouvidorias e ampliar em questão de material de trabalho mesmo e material de divulgação [do serviço de ouvidoria]” (Entrevistado 04).

Entrevistado 18 também indicou a relevância do recurso que foi disponibilizado, salientando as incertezas decorrentes do movimento de oscilação entre liberação e bloqueio do valor até a confirmação recente de sua disponibilidade para uso pelos serviços de ouvidoria.

Entrevistado que figura como ouvidor geral do SUS em seu estado, não individualizado para obstar sua identificação, indicou que “por incrível que pareça, eu acho que a gestão anterior dava muito mais apoio do que essa agora, sabe? Mudou muito o ouvidor geral. Ele não tem um diálogo muito aberto com gente”, e prosseguiu narrando que há mais exigência do que efetiva prestação de auxílio. Citou exemplo de reunião convocada com todos os ouvidores que foi avisada no mesmo dia em que a reunião aconteceria e mencionou não identificar mobilização pelos problemas que as estatais relatam, mas apenas a exigência de cumprimento das ações propostas em nível federal:

É muito complicado essa relação, porque, na verdade, a gente coloca os problemas, e colocaram o sistema novo pra gente cheio de problemas. A gente não tem com quem discutir esses problemas. Assim, para mim, tá deixando muito a desejar essa gestão agora com relação ao apoio a nós dos estados. Inclusive, eu tenho, além das ouvidorias dos hospitais, todos os serviços de saúde do estado, a gente tem x municípios. Eles [Ouvidoria-Geral do SUS e Ministério da Saúde] querem que a gente discuta a implementação de ouvidoria no município, que é impossível, para mim, é impossível. [...]. Porque você, pra convencer o gestor, seja municipal, estadual, que a ouvidoria é importante para gestão dele, você demanda tempo, demanda muita coisa em jogo para fazer isso. E, para mim, eu não tenho apoio nenhum com relação a isso, eu tenho cobrança. Tipo assim, eles encaminham uma demanda de município, aí o município não tem ouvidoria, um ouvidor SUS, aí você tem que discutir com ele sobre investir mais. Eu tenho os hospitais, eu tenho o serviço de saúde do estado, tem o município que já tem ouvidoria.... mas eles [Ouvidoria-Geral do SUS e Ministério da Saúde] não querem saber, eles querem que a gente resolva e acabou-se. E não vai resolver, não vai. [...] realmente é uma coisa que eu vou precisar da ajuda deles e eles têm também que se movimentar para que esse problema seja resolvido. Porque eu entendo que se a gente tivesse ouvidoria em todos os municípios [do estado do entrevistado] seria ótimo, você tem ouvidor. Mas é aquela coisa também, os municípios colocam um ouvidor, aí com uma semana já tira o ouvidor e já coloca outro. É impossível você fazer um serviço bem coerente com relação a isso. É uma rotatividade muito grande de ouvidor. É complicado. E aí assim, o Ministério só quer saber de resolver, “resolva”. Aí não dá. É muito complicado, mas a gente está tentando. Mas também sem exigir o que a gente não pode dar (Entrevistado).

Entrevistado, que não será individualizado, ocupante de cargo de ouvidor geral do SUS na Secretaria de Saúde de seu estado, descreveu identificar que:

Eu vejo que a única iniciativa de integração com as ouvidorias estaduais é um grupo dentro do WhatsApp. É um grupo responsivo, onde se trocam informações. Volta e meia um ouvidor estadual me procura, pedindo ajuda por alguma coisa, para tirar alguma dúvida, pra trocar experiência. Mas eu acho que isso poderia ser melhor. E, retomando na lembrança aqui, ano passado ou ano retrasado, eu não me recordo, ocorreram oficinas com a participação da Fiocruz envolvendo todas as ouvidorias estaduais e algumas municipais, inclusive, para troca de experiências. É, eu lembro que isso ocorreu, é assim, eu não consegui participar de todas por causa da pandemia, mas eu participei de algumas que foi muito positivo (Entrevistado).

Por outro lado, houve, entre os entrevistados, apontamento de que a rede nacional contribui “fortalecendo o canal de ouvidoria como papel fundamental, demonstrando seu compromisso com a ética, a integridade e a qualidade dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde” (Entrevistado 06) e, ainda, “observo que a interligação dessas esferas [federal e estadual] possibilita a intercomunicação e o rastreamento das informações, conectando esses canais de forma eficiente” (Entrevistado 23).

A formação em rede foi reconhecida também quanto à promoção de formação continuada, sobre a indicação de que “sempre que possível, estão oferecendo cursos e capacitações” (Entrevistado 11) e que contribui “na medida em que são promovidos eventos,

capacitação e atualização referente às normativas e leis que possam viabilizar as ouvidorias” (Entrevistado 01).

Entrevistado 20 indicou que a rede nacional e a Ouvidoria-Geral do SUS “têm apoiado muito a gente. Existe um grupo de WhatsApp que elas estão sempre colocando informação, existem reuniões que elas estão sempre tirando nossas dúvidas, a rede, ela é bem... a gente tem um apoio muito bom”.

Assim, a despeito da variada percepção dos ouvidores entrevistados sobre contribuição efetiva da Ouvidoria-Geral do SUS e da rede nacional, permeada de relatos de deficiências e fragilidades referentes à atuação delas, há apontamento de fortalecimento e apoio delas advindos.

O sistema OuvidorSUS, lançado em 2023 nos termos antes consignados, foi apontado por alguns entrevistados como melhoria e contribuição positiva da Ouvidoria-Geral do SUS para os serviços de ouvidoria, a despeito das adaptações e ajustes que ainda demanda:

A gente tem um sistema nacional, que é o OuvidorSUS, que é uma ferramenta que foi criada por eles, pelo Ministério da Saúde, pelo Data SUS, pela Ouvidoria-Geral do SUS, que isso é o que dá mais robustez ao nosso trabalho, porque a gente tem um sistema integrado, um sistema onde a gente pode tratar todas as manifestações do usuário e se comunicar com outras... com o cidadão e com outras ouvidorias que a gente pode fazer esse trâmite também. Então, isso, de certa forma, fortalece o trabalho. [...]

Em termos de avanço, a gente percebe o próprio sistema de ouvidoria do SUS. Embora essa versão atual está dando muito trabalho; com a versão nova, que foi implantada em novembro e está dando muita dor de cabeça, porque o sistema não funciona como deveria, não funciona... não roda bem, muito instável, trava, algumas coisas falha, e alguns vêm reclamando disso. Mas isso é um avanço (Entrevistado 18).

Recentemente, eles criaram um novo sistema, o OuvidorSUS [referindo à nova versão lançada em 2023], e esse sistema, ele é mais moderno e ele permite o anexo de arquivos no corpo das manifestações que o sistema antigo não permitia e, fora isso, têm ocorrido umas iniciativas de fortalecimento ao controle social novamente no âmbito do SUS. Então, assim, eu estou falando empiricamente, enquanto a [ouvidoria em que o entrevistado atua], o que eu percebi nessa relação com a Ouvidoria Geral do SUS, tá? É que hoje tem melhorado, mas, assim, tem uma margem muito grande pra gente reconstruir. [...]. E hoje, a gente consegue mandar a demanda num prazo muito curto depois que ela chega do Ministério da Saúde. E aí, a gente consegue já fazer com que essa demanda em 2 dias, 3 dias, já esteja no destinatário. O que antigamente não ocorria e isso também faz parte dessa ajuda com esse sistema novo. [...]. Então, eu acho que a gente tem uma tendência a ter uma melhora nos serviços públicos de saúde no âmbito nacional e nessa relação da Ouvidoria Geral do SUS com as ouvidorias estaduais (Entrevistado 03).

O sistema já tá caminhando. Então, o novo sistema é um avanço porque a gente tem um sistema que dá pra colocar anexos, que dá pra deixar a demanda mais completa. Que dá ficar melhor, fazer relatórios mais qualificados. Mas a gente tem um desafio de que as capacitações e os encontros pra falar sobre as dúvidas, eles ainda tão começando acontecer, entendeu? Eles não vieram caminhando tão bem antes de o processo iniciar. [...].

Eles tão tomando essas iniciativas agora, mas que já tá meio que trocando pneu com o carro andando, sabe? Então, a gente tá com sistema novo, mas ainda muitas pessoas com dificuldade de usar. Então, essas ferramentas virtuais, às vezes ajudam, às vezes são desafios também. Mas eu acho que sim, esse avanço do sistema novo foi muito importante porque ele é um sistema que já tá sendo planejado, elaborado desde 2020, antes de 2020, ele era pra ter sido implementado em 2021. Então, gerou uma expectativa nas pessoas de ter esses novos sistemas. Foi feita uma mobilização pela equipe anterior das ouvidorias e não teve a implementação. E aí agora teve troca da gestão e agora tá acontecendo essa implementação, só que acontecendo de uma forma meio rápida, assim, começou no final do ano passado [referindo-se a 2023]. Então, um final de ano que sempre é mais corrido assim da saúde. A gente tem muitas entregas de relatórios e de coisas no final do ano. Então, acaba que teve essa questão, mas eu acho que é um avanço importante sim, a gente tem se mobilizado pra ajudar, a gente sabe que a gente trabalha também em conjunto. [Relata esforço de estado e municípios se ajudarem no uso do sistema.] Porque se não se deixar todas as dúvidas [referentes ao OuvidorSUS] pro Ministério [da Saúde], acho que seria mais difícil. Então, a gente agora que já tá usando bem assim, esse sistema. Ele é importante porque a gente consegue ter mais tipificações de classificar de uma forma melhor as ouvidorias, ter mais marcadores. Inclusive a gente colocou os marcadores agora já de acuidade da [parcela da administração pública em que está inserido]. Então, marcadores de população específica, pra gente fazer relatórios mais qualificados. Acho que ainda um desafio é a questão adequação do sistema a algumas legislações. Então, por exemplo, a questão do quesito raça, cor, identidade de gênero, eles são, por exemplo, do âmbito social, do âmbito social no sistema, ele ainda não aparece como um campo editável. Então, se a pessoa não fez a retificação, não vai constar lá o nome social... A gente sabe que não é obrigatório a pessoa fazer essa opção. Mas poderia ter um campo ali editável, pra gente botar o nome social que a pessoa se identifica. Mas, enfim, a gente tem essa limitação, entende que o sistema tá em momento de adequação ainda. Acho que ele tem essa abertura pra gente fazer essas discussões. Então, acho que isso é importante e a gente tá levantando tudo, tudo que a gente enxerga de questões importantes, acho que agora é a hora da gente colocar pro Ministério [da Saúde] essas questões, que podem qualificar o atendimento, o acolhimento, o acolhimento maior, com dignidade, respeito a todas essas questões. Por exemplo, mesmo que não tenha o campo, a gente de alguma forma tenta atender a pessoa de acordo com a sua especificidade. Por exemplo, se a pessoa usa um nome social e não se apresenta o social pra gente, ou se a gente pergunta como ela gostaria de ser chamada e ela tem nome social, a gente de alguma forma deixa isso na demanda. Eu tenho um espaço pra colocar o teor, então a gente coloca a forma como a pessoa gostaria de ser chamada, inclusive na resposta, a gente tem o cuidado de responder com o nome da pessoa, que gostaria de ser chamada, e a gente sempre busca fazer. [...] Então, isso é um exemplo. Mas existem outras coisas. Mas eu acho que essa questão ainda é um desafio assim pra rede, tanto em relação a educação permanente pra atender as pessoas com mais dignidade assim e tanto adequação das ferramentas que a gente tem pra atender (Entrevistado 04).

Perguntado sobre avanço na atuação dos serviços de ouvidoria, entrevistado indicou como fator mais relevante “a implementação de um sistema único e integrado para as Ouvidorias do SUS; o OuvidorSUS permite as disseminações e replicações eficazes de informações, disponibilizando-as em um único complexo” (Entrevistado 23).

Entrevistado 10 disse que “Eles [Ouvidoria-Geral do SUS] são de grande valia, a contribuição deles também, até agora, com esse novo sistema que veio a melhorar bastante. É um sistema que estava defasado há muito tempo”.

Entrevistado 25 narrou que seu serviço adotou o sistema OuvidorSUS e “ainda estamos em fase de adaptação, porque ele apresenta muita instabilidade, ainda estão corrigindo falhas que estão sendo visualizadas”, contexto em que a rede tem orientado “como tramitar a manifestação no sistema com ferramentas que ele tem, mas não estavam disponíveis porque a gente não teve treinamento, foi tudo muito rápido”, pontuando que houve reunião da rede “para alinhar isso tudo, mostrar o que estava acontecendo de erro, alinhar algumas questões, por causa dessa própria instabilidade, tinham ações que estavam sendo feitas para não ficar parada a manifestação e agora já pediram para a gente agir de outra forma”.

Os apontamentos em entrevistas salientaram a relevância do sistema informatizado no serviço prestado pela ouvidoria, destacando a importância de serem regulamentados, conformados às necessidades do serviço e aperfeiçoados de forma contínua.

Entrevistado 01 narra como avanços os sistemas – Sistema OuvidorSUS e sistema de ouvidoria estatal adotado – serem regulamentados. Outro, depois de ressaltar ainda estarem em andamento atualizações no sistema em uso, visando corrigir imprecisões e vulnerabilidades, pontua que “as melhorias no sistema têm impacto direto na otimização da comunicação entre os pontos de resposta e a ouvidoria, resultando em redução do tempo de conclusão e melhoria na qualidade das informações compartilhadas” (Entrevistado 23). Nesse mesmo ângulo:

[Quais avanços e destaques você identifica na atuação dos serviços de ouvidoria do SUS?]

Eu acho que a questão dos sistemas, que já vem de bastante tempo, acho que são avanços comparado com as outras ouvidorias. A gente tem um sistema que ele é bem intuitivo e pra gente, que está trabalhando no dia a dia, a gente já maneja essa ferramenta de uma forma adequada, e ajuda muito a gente. [...]. Quando eu entrei aqui ainda se usava o nosso protocolo, que ia, dava o recebido, ia com motoboy para deixar nas unidades. Hoje não, vai tudo de forma eletrônica. Isso ajudou muito também a gente (Entrevistado 26).

Sobre o sistema, entrevistado 27 criticou que “o que a gente sente dificuldade é que esse novo sistema do OuvidorSUS ainda não oferece a pesquisa de satisfação, então eu começo a criar separadamente, individualmente, mas aí às vezes não corresponde”, sinalizando que cada serviço faz de um modo e que, a nível da rede, não se tem uma coerência para analisar o dado relativo à pesquisa de satisfação.

Entrevistado 17 destaca o desafio atual de criação de um sistema que comunique as estatísticas corretas entre ouvidoria e rede de atenção à saúde, recurso do sistema nacional de ouvidorias que dialogue com o SUS e a rede dos serviços de saúde, para que a força de trabalho da ouvidoria compreenda a lógica de funcionamento do SUS para operar dentro da ouvidoria.

Explica ser comum ouvidores que não conhecem o SUS, o que gera falseamento dos recursos gerados pela ouvidoria e “inclusive coloca ouvidoria na mesma posição daquela do deputado conseguir atendimento, na mesma posição do vereador conseguir um atendimento, na mesma posição do prefeito conseguiu o atendimento”, destacando que “o mecanismo do gestor não é o mecanismo da ouvidoria”. Sumariza seus apontamentos sobre principais desafios da ouvidoria como sendo “processo educativo e processo de reconstrução dos fluxos e construção do sistema” (Entrevistado 17).

Face a todo o exposto, oportuno destacar apontamentos do órgão central na questão.

O ouvidor integrado à Ouvidoria-Geral do SUS junto ao Ministério da Saúde que contribuiu com a pesquisa mediante concessão de entrevista, não individualizado para obstar sua identificação, narrou a realização de parcerias com instituições como Fiocruz e Escola Nacional de Saúde Pública para estabelecimento de processos de educação permanente, citou projetos existentes para estruturação e inovação da ouvidoria, aproximação com os órgãos de controle social, institucionalização dos sistemas da ouvidoria, implantação e implementação de novas ouvidorias, organização de áreas de apoio técnico, investimento em novas tecnologias e comunicação ampliada sobre serviços do SUS e ouvidoria. Destacou a central de atendimento passar a ser fisicamente estabelecida no Distrito Federal, próxima à gestão da Ouvidoria-Geral, com nova licitação feita, e a adoção de novos canais tecnológicos de comunicação e de disseminação de informações qualificadas em saúde.

O referido entrevistado, atuante na Ouvidoria-Geral do SUS, narrou também a estruturação de encontros das ouvidorias – regionais e nacionais – para refletir sobre essas transformações necessárias “para podermos ter um diagnóstico nacional das ouvidorias que a gente tem alcance dentro do SUS, sejam elas de âmbito federal, todas as instituições federais incluídas [lista algumas], dos outros estados, enfim, nós estamos fazendo um diagnóstico das ouvidorias do SUS do país”. Pontuou reuniões com os ouvidores estaduais e trabalho que será feito com os ouvidores municipais, reconhecendo que “são ouvidorias diferentes com funções diferentes, uma ouvidoria municipal atende o dia a dia principalmente do cotidiano das UBS’s [unidades básicas de saúde] e pro fluxo da atenção especializada”, e, ainda, esforços para construir politicamente a ouvidoria, traçando os diálogos político, interfederativo, intersetorial (dentro do próprio Ministério da Saúde) e participativo, do ponto de vista do controle social.

Destacou que “qualquer instituição do SUS precisa conversar com o sistema nacional de ouvidoria”, o que está sendo buscado com o contato direcionado a cada seguimento de ouvidoria, retomando o diálogo com todas as ouvidorias, e com a instituição do sistema

OuvidorSUS como uma prioridade institucional, de correção de problemas e de estratégias para qualificação da resposta e do tempo de resposta, para que seja efetivamente um sistema único usado pelas ouvidorias do SUS, uma vez que compõe em si a possibilidade dessa integração no SUS e dialoga com as necessidades da saúde pública.

Por todos os relatos apresentados acerca da rede de ouvidorias em saúde, fica evidenciado o movimento de organização das ouvidorias em rede e indicada a relevância e o potencial de sua efetivação.

Outrossim, observa-se que as redes estabelecidas nos demais âmbitos – externos à saúde – e níveis, quando bem estruturadas e atuantes, também se revelaram via de contribuição e de fortalecimento aos serviços de ouvidorias do SUS.

Entrevistado 12 mencionou que a participação em eventos nacionais da Ouvidoria Geral, se referindo à OGU e à CGU, não específicos da saúde, colaboram por compartilhar aspectos comuns à saúde, de atendimento ao cidadão e medidas correspondentes. Nesse sentido, comenta que “sempre participamos de eventos de ouvidoria geral e, assim, os problemas são quase os mesmos, isso que eu já falei da demora das áreas em responder, isso é um caso que é geral” e narra evento que havia ocorrido sobre “a adequação da lei da ouvidoria geral, que vai servir pra todos, pra ouvidoria mesmo” (Entrevistado 12).

Relatos semelhantes foram colocados sobre a contribuição da Ouvidoria Geral ou Controladoria Geral dos estados na estruturação de vínculos para troca de experiências em ouvidoria e na promoção de palestras e capacitações em temas diversos, indicando que a atuação da OGU, da CGU e desses órgãos em nível estatal afeta positivamente o serviço de ouvidoria da saúde.

Ao considerar a organização do serviço de ouvidoria em rede, importa, ainda, tecer maiores ponderações sobre a estruturação e organização da rede de ouvidorias do SUS nos estados e da implementação de ouvidorias do SUS em nível estadual e municipal.

Ao descrever a organização da rede de ouvidorias do SUS em seu estado e a relação com os órgãos integrantes do SUS, outros entrevistados indicaram a valia da rede e desafios nela enfrentados:

A ouvidoria SUS [do estado do entrevistado], ela atua na concepção de rede, que toda política pública preconiza que deva ser. [Narra composição atual da rede, com ouvidorias de municípios, hospitais, centros de referência.] Então, atua dentro dessa vertente, de estimular a implantação, a descentralização do serviço, mas, ao mesmo tempo, tem uma preocupação com a formação desse ouvidor. Então, não é apenas de implantar por implantar. Acolhe esse ouvidor. Tem cursos ao longo do ano, ofertas de qualificação, tanto pra esse novo ouvidor que chega, como de formação e qualificação continuadas. Dentro da perspectiva da educação permanente no SUS, da educação

permanente em saúde, melhor dizendo. [Complementa com detalhes dos cursos, não restritos ao sistema informatizado, mas incluindo, por exemplo, questões éticas, como ser ouvidor e racismo estrutural.] Então, resumidamente, diante de tantos avanços que nós temos assim, o que fica muito latente pra mim é isso. Formação de rede e educação permanente (Entrevistado 19).

Aqui a Ouvidoria Geral do SUS [junto ao estado do entrevistado], que é uma gerência da Secretaria de Estado da Saúde, ela cuida das unidades do estado, ou seja, se você for reclamar do postinho de saúde do município lá do interior, aí é municipal. [...]. Então, a gente tem como buscar essa integração das nossas unidades, ou seja, a Ouvidoria Geral do SUS [do estado em questão] busca essa integração das ouvidorias vinculadas, dos hospitais, do estado, das unidades, das empresas contratadas, que são denominadas terceirizadas. Ou seja, dos hospitais filantrópicos, que prestam serviço, a gente [do serviço de ouvidoria] tem esse contato direto com as unidades, através das suas ouvidorias ou direções, conforme cada caso, que nem todo mundo precisa ter ouvidoria. Tem hospital que é a direção que trata disso, a direção geral, e aí a gente vai e busca essa informação, essa solução de melhoria (Entrevistado 02).

Entrevistado 02 descreve também o esforço da ouvidoria geral da saúde no estado no sentido de integração dos serviços de ouvidoria, incluindo contato direto mediante visita técnica às unidades de ouvidoria e tratativa de questões específicas, preventivas e de padronização de processos, além de auxílio específico a unidades de ouvidoria que apresentem registros recorrentes sobre determinados serviços de saúde.

Entrevistado 18 aponta, em seu estado, a criação de grupos de WhatsApp, com comunicação, orientação, convite para formação e capacitação, efetivados para a rede municipal e para a estadual, e reuniões regulares incluindo ouvidorias dos grandes hospitais, contexto em que conseguem ter “esse contato permanente, esse diálogo permanente, com as unidades de saúde”.

Entrevistado 17 salientou que, na realidade brasileira, as ouvidorias estão submersas em uma “pressão de funcionamentos diferentes” entre si. Citando período em que atuou como ouvidor geral em um estado do Brasil:

Se você me permite, por exemplo, quando eu fui ouvidor do estado x, a gente não podia ter influência na ouvidoria dos hospitais federais, por exemplo. A gente chegou a dialogar com essas ouvidorias, mas tinha sistemas diferentes, tinha tipificações diferentes, tinha uma atuação diferente, tinha compreensão muito diferente do sistema nacional de ouvidoria, mesmo aquele que existe desde o início das ouvidorias do SUS. Então, o SUS criou uma ouvidoria, os hospitais federais criaram outra ouvidoria e saiu cada um divorciado do Sistema Único de Saúde de um jeito. Então, eu não podia ter ingerência no hospital das clínicas como ouvidor do estado. Não era sistêmico o sistema nacional de ouvidoria, porque [referindo-se à ouvidoria do hospital das clínicas], mesmo sendo uma ouvidoria de um órgão dentro do órgão federal, se para o estado esta rede atende o SUS estadual, então ela precisa seguir a ouvidoria do estado. Ela precisa ser integrada à ouvidoria do estado, ela precisa ser uma ouvidoria institucional de um órgão federal dentro do estado, porque a rede que o hospital federal compõe no estado x do hospital das clínicas, ela é fundamental na rede SUS, mas ela [rede de ouvidoria do hospital federal] passa ao largo da avaliação do gestor sobre essa prestação. Tanto como ouvidoria, como a prestação do serviço hospitalar

do hospital das clínicas. Olha, ela está na rede, ela é a alma, é o hospital mais importante do estado x. Se me permita dizer isso, eu sei que [dá detalhes sobre a pertinência e relevância do referido hospital das clínicas para o estado indicado, tanto para o aspecto acadêmico, como de cuidado], mas é divorciado da rede enquanto fluxo de processo de trabalho e enquanto ouvidoria, que não conseguimos, na época, unificar sistemicamente. A ouvidoria é uma rede sistêmica que nós vamos construir. [Fala de projetos da rede nacional de ouvidorias do SUS], a intenção de construir um sistema nacional de ouvidoria universal, interinstitucional, interfederativo, sistêmico, com o mesmo sistema e com relatórios estatísticos para os gestores altamente precisos e qualificados. Pra que, ao ter um relatório sobre a ouvidoria, o gestor saiba exatamente onde ele tem que modificar o planejamento dele, onde que não está dando certo (Entrevistado 17).

Entrevistado 17 complementou indicando a ausência de unicidade, pontuando que a rede não é única e deixa de ser sistêmica, o que é agravado pela adoção de fluxos diferentes e sistemas informatizados diferentes desintegrados entre si, “então o nosso processo de rede é interrompido pelo jeito que a gente funciona”, referindo-se à existência de jeitos múltiplos e à ausência de diálogo entre eles. Aponta que, se o sistema não é único entre os órgãos do SUS e suas respectivas ouvidorias, fica prejudicada a extração de informações integradas entre todos, exigindo diligência extraordinária para obtenção de certos dados, afetando tempo e forma de obtenção de respostas ao cidadão relativas ao SUS.

De modo semelhante, entrevistado 26 narra conjuntura de sua localidade, em que existe uma fundação hospitalar vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, mas dotada de ouvidoria própria, que já rivalizou com a ouvidoria geral do SUS no estado. O entrevistado explica que hoje existe parceria, mas não há dados estatísticos compartilhados entre as unidades, inexistindo centralização dos dados sobre as demandas e relatórios correspondentes, “e isso, para a gente, é um pouco ruim, porque ajudaria no planejamento geral da saúde do estado como um todo” (Entrevistado 26).

Constata-se que a realidade de cada localidade sobre as ações e serviços de saúde, capacidade e realidade da prestação em saúde, unidades de saúde instaladas, perfil dos usuários e das demandas formuladas na ouvidoria, estrutura administrativa – tanto aquela disponível à prestação da saúde como aquela própria da ouvidoria e da gestão correlata – e particularidades organizacionais de cada estado, município ou órgão envolvido, são elementos diretamente influentes no serviço que é prestado pela ouvidoria individualmente considerada. Por certo, são influentes não apenas na forma como o serviço se organiza, mas nas possibilidades de atuação, nas demandas e conflitos registrados, nos recursos disponíveis e nas metodologias passíveis de adoção.

Como consignado anteriormente, as normas sanitárias concernentes à atuação do Ministério da Saúde pela Ouvidoria-Geral do SUS indica ser o órgão promotor da instalação de

ouvidorias do SUS em todos os entes da Federação e nos complexos de saúde para a concretização das atribuições conferidas ao serviço de ouvidoria no Sistema público. Todavia, não existe obrigatoriedade à implantação de ouvidoria especializada em saúde pelos municípios.

Nesse âmbito, abordagem recorrente entre os entrevistados foi a necessidade e a importância de implementação de ouvidorias do SUS nos municípios, a falta de incentivo a isso, a resistência dos gestores correlatos em fazê-lo e as dificuldades geradas por essa realidade:

O que eu sinto falta, que não tem, é a questão da obrigatoriedade de ter ouvidoria do SUS. Ele [Ministério da Saúde] recomenda. Por que eu digo isso? Porque a ideia é cada município, cada Secretaria Municipal de Saúde, ter essa ouvidoria do SUS. E isso não é a realidade hoje... olhando a nível nacional, [cita dados do seu estado, em que 20% dos municípios têm e isso decorrente de aumento entre os anos], porque [o estado do entrevistado] está com esse projeto de descentralizar as ouvidorias, de implantar as ouvidorias nos municípios, mas sempre esbarra com algum gestor que diz assim: “Existe alguma lei que me obrigue a ter essa ouvidoria?”, e a gente “não tem”, é uma recomendação. Então, ele pode querer implantar ou não. E aí vai muito da sensibilização, da conversa, de dizer que isso não vai gerar um custo a mais para o município, que ele já pode aproveitar alguém do quadro. Mas é sempre assim, questão de gestão pública, trabalha com quadro reduzido, que cada um faz 1001 coisas. Enfim, mas a gente não tem essa determinação, não tem um recurso para isso. Por exemplo, o SUS tem recurso para atenção básica, pra média e alta complexidade. Deveria ter um recurso para essa questão também. Assim, pra fortalecimento das ouvidorias. Um recurso nem que seja para pagar pessoal, alguma coisa que estimulasse os gestores municipais a criarem as suas ouvidorias. [Cita a existência de norma que obriga todo o órgão público de administração direta ou indireta do poder executivo a ter a sua ouvidoria, mas que isso implica apenas que o município tenha uma ouvidoria geral.] Mas específica do SUS não tem. [...]. Então, isso enfraquece um pouco, esse trabalho mesmo de querer descentralizar e ampliar o número de ouvidorias, por exemplo (Entrevistado 18).

Os desafios [que identifica na atuação do serviço de ouvidoria do SUS] é a adesão dos Secretários de Saúde à ouvidoria. Porque, assim, a gente tem um recurso, certo? Mas aquele recurso é pra equipar a ouvidoria tanto em mobiliário, quanto em eletrônico, computadores. Só que não vem a ajuda de custo pra manter o servidor na Secretaria de Saúde, aí, por isso, talvez eles não façam a adesão ainda porque é um custo de um servidor. E a gente sabe que a ouvidoria não é só computador, não é só mobiliário. Tem que ter o espaço, tem que ter o servidor e aí sempre fica mais difícil. A dificuldade maior é a relação das Secretarias Municipais de Saúde, a adesão delas [à implantação e manutenção de ouvidoria do SUS].

[Há alguma medida institucional pra tratamento desse desafio?]

A gente tenta sensibilizar os gestores. Mas, assim, é uma coisa que a gente não tem muito o que fazer, digamos assim. Porque eles veem o recurso e eles podem aplicar da maneira que quiserem. Não dá pra gente obrigar eles a contratarem servidores pra esse fim. Não existe essa obrigação. Existe a obrigação da participação dos usuários, que isso já acontece nos Conselhos [de Saúde]. Então, a gente não pode obrigar o gestor a contratar ninguém como ouvidor. A [ouvidoria geral do estado] orienta que, se não tem ouvidoria, tenha pelo menos um ponto focal pra Secretaria de Saúde [municipal] pra que possa responder às demandas de ouvidoria, mas geralmente o ponto focal da gente é o próprio Secretário. A [ouvidoria geral do estado] liga pro Secretário, fala das demandas e ele mesmo ajuda (Entrevistado 05).

Entrevistado 11, quando perguntado sobre os desafios e dificuldades que identifica na atuação dos serviços de ouvidorias do SUS, respondeu “Em nossa opinião, acreditamos que a inclusão na Lei do SUS da obrigatoriedade das ouvidorias nas Secretarias Municipais de Saúde como requisito de transferência de recurso seria um grande avanço. Acredito ser esse o grande desafio”.

Entrevistado 16 citou dificuldade gerada pela falta de Decreto ou Lei nas localidades estabelecendo a implantação da ouvidoria SUS, pela implantação de ouvidoria sem ato normativo correlato e pela “resistência na implantação de ouvidorias nas unidades dos municípios”, em que cita resistência dos hospitais regionais.

Mesmo nos locais em que existe alguma aderência dos gestores à implantação de ouvidorias municipais, há dificuldade para a plena observância dos procedimentos, como relata entrevistado em cargo de ouvidor geral do SUS do estado, não individualizado para assegurar a impossibilidade de sua identificação:

Atualmente, aqui no estado [de referência do entrevistado], nós temos os x hospitais municipais, todos têm ouvidoria... um ponto de apoio de ouvidoria dentro da rede hospitalar. E, dos y municípios, apenas [um quinto deles], até então, possuía esse ponto de ouvidoria dentro das Secretarias Municipais de Saúde. Porém, teve alteração do novo sistema OuvidorSUS [fazendo referência à versão lançada em 2023 pelo Ministério da Saúde]. A gente usava o sistema antigo. Em [data especificada], a gente aderiu ao novo sistema. Porém, desses municípios [quinto do total de municípios, dotado de ouvidoria], nem todos aderiram ao novo sistema de ouvidoria. Então, a gente tá trabalhando com eles, pra fazer essa adesão, principalmente aqueles que já tinham acesso ao sistema antigo. Aí, voltando aqui o que eu estava falando dos hospitais. A gente tem uma portaria que designa os ouvidores hospitalares pra atuarem, e eles têm as obrigações deles como ouvidores e o que pode ser tomado caso não siga as orientações [fazendo referência à demora na devolução da resposta de manifestações], mas não tem algo que possa vir puni-los. Mais o estado em si, através da Controladoria Geral do Estado [que pode atuar em alguma punição]. Que a gente, na verdade, nós usamos o sistema do Ministério da Saúde para trabalhar, que é o sistema do OuvidorSUS. Porém, nós estamos ligados também administrativamente à Ouvidoria Geral do Estado, que é CGE. Então, nós respondemos essa questão de sistema ao Ministério, mas hierarquicamente e também administrativamente, à Ouvidoria da CGE. Então, o estado tem sim portarias, que designa, que tudo, mas não uma medida de punição, é mais uma forma de trabalhar para tentar resolver (Entrevistado).

Entrevistado, que não será individualizado para obstar elemento identificador de sua identidade, descreve a realidade do sistema de ouvidorias do SUS no estado em que se encontra, situado na região Norte do Brasil, destacando a dificuldade de implantação de ouvidorias do SUS pelos municípios:

Quando eu entrei na ouvidoria, nós tínhamos uma ouvidoria muito centralizada. E a ouvidoria SUS, aqui no estado, nós temos x municípios dentro do estado. É pequeno,

é um estado com poucos municípios, mas o que é ruim aqui do estado é o processo de locomoção. Então, não é, por exemplo, que nem São Paulo, que eu estou em Ribeirão Preto rapidinho, tem estrada para isso. O que acontece? Então, eu tenho uma dificuldade de levar os meus assessores pra lá, pra alguns municípios, por conta de mobilidade. Mas, voltando, eu tinha uma ouvidoria centrada, centralizada e dificultava muito a conclusão de algumas demandas da assessoria. Então, desde ano x, quando eu entrei, a gente tá num processo de descentralização na ouvidoria. E o que é esse processo de descentralização? Que cada município saiba da importância da ouvidoria SUS e as unidades, que o estado representa nos municípios. Por exemplo, eu tenho unidade mista de saúde em determinados locais dos municípios e eu preciso dar suporte, como ouvidoria. E nós estamos fazendo um processo de capacitação, de atualização desses servidores. Então, hoje esses assessores vão pro município, ou esses ouvintes que já são direcionados pela unidade, pelo gestor principal, eles são, através de portaria, eles assumem, sem ônus nenhum, eles assumem a ouvidoria e são capacitados pela gente aqui. O que é a grande situação aqui é a questão da descentralização, que tem alguns gestores municipais que não atendem para a ouvidoria, não sabe da importância. E esse processo ele é muito devagar, porque ocorre muitas mudanças de gestores e na época que a gente está engrenando, aí muda e aí a gente tem que começar tudo de novo, porque enquanto não for implantada essa ouvidoria, eu não consigo rodar com alguns procedimentos, com algumas demandas municipais, principalmente. As demandas estaduais que é direcionado para as unidades mistas de saúde, a gente até consegue porque uma via muito próxima ao gestor. Mas o município já é mais diferente.

[O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?]

O que nós temos feito é fazer um corpo a corpo com gestores. Então, marcar reunião, os meus assessores, eles vão pras sedes dos municípios. Reúne com o secretário, reúne com o Prefeito, mostra importância, basicamente. Até porque qual é a importância maior? É que o gestor, ele vai ter na mão ferramentas, que ele vai poder ajustar, que às vezes ele não sabe, não é? Então, isso é explicado, isso é comentado, isso é organizado durante as falas dos nossos assessores. Então, antes de sair aqui da sede, nos reunimos, nós conversamos, nós verificamos quais são as principais dificuldades daquele município e vamos sempre no foco principal. Então, a gente tá fazendo reuniões e capacitações, os municípios que já estão ok, com as ouvidorias instaladas, mesmo de forma precária, nós trazemos aqui pra sede, reunimos e atualizamos eles da forma do nosso fluxo, pra seguir o nosso fluxo normal [...].

A partir do momento que muda governo, tem diferentes gestores. Então, do mais é mais assim, essa primeira impressão do gestor conosco, a importância, mostrar logo pro gestor. Então, o que é que eu faço? O que é que eu fiz? Nós fizemos uma reunião só com gestores daqui da capital. E, depois, nós fizemos uma reunião só com gestores dos municípios, gestor das unidades. Eu não tô falando de secretário, eu tô falando só de gestores das unidades de saúde. Então, por quê? Aqui, nós temos as UPAs [unidades de pronto atendimento], que é gerenciada pelo estado, unidade mista de saúde que é gerenciado, os hospitais, que são unidades de emergência, que são direcionados, são estaduais. E esses gestores, eles estão comprometidos. Só que eu barro na infraestrutura deles, né? Porque eles não conseguem me dar uma sala, eles não conseguem me dar um suporte legal. Mas eu já faço isso, eu já tento fazer isso pelas minhas ações aqui. Tipo, consegui 3 computadores na [Procuradoria do Estado] de doação, aí eu dou lá para eles, entendeu? Eu consegui uma mesa, eu já faço essa interação com eles, através de doação mesmo, entendeu? [Procuradoria do Estado] me ajuda, [Tribunal de Justiça respectivo] me ajuda, aquele povo que tem o computador, já vai doar... já mudou! Quando eu estou sabendo, eu já peço mesmo, e aí acaba vindo e eu acabo colocando [na unidade de saúde]. Então, a maioria das unidades eu já consegui fazer isso. Só que tem algumas unidades que têm um processo de reforma estrutural e eu estou aguardando, mas eles já têm a pessoa responsável para trabalhar (Entrevistado).

Entrevistado 24 aponta a importância da implantação de ouvidoria do SUS pelos municípios em razão da própria proximidade – necessária – do ouvidor com o usuário:

[Quais os avanços e destaques você identifica na atuação dos serviços de ouvidoria do SUS?]

Os avanços é o processo de implantação. Eu falo muito bem da implantação porque eu consigo perceber muita, muita mudança já acontecendo. Então, os municípios que já estão implantados, as demandas já são solucionadas por eles porque, é o seguinte, quem sabe é quem está lá na ponta, né? Quem sabe do principal, que consegue resolver, mediar, são as pessoas que estão na ponta mesmo. Então, esse Ouvidor que está na ponta conhece as pessoas, conhece o trabalho, conhece o serviço, eles são mais indicados para que isso aconteça. E aí a demanda se reflete no usuário satisfeito. Então, a gente já tem isso muito. Já tá acontecendo. Porque já está sendo implantado, já está sendo, já está organizado o serviço, já tem fluxo do serviço (Entrevistado 24).

Tomando informações em entrevistas que não serão individualizadas para assegurar não identificação, entrevistado ouvidor geral do SUS de estado da região Sudeste do Brasil descreveu rede composta por mais de 600 ouvidorias, número integrado por mais de 290 ouvidorias da gestão estadual e 340 ouvidorias de saúde em municípios, ao passo que ouvidor geral do SUS de estado da região Norte descreveu que o respectivo estado possui 14 ouvidorias ativas na rede, incluindo as existentes na capital e no interior. Fica ostensiva a variedade existente entre as localidades no que tange à estruturação e caracterização das ouvidorias do SUS.

Com efeito, mesmo um território considerado em suas especificidades não é homogêneo, pelo que a própria estruturação de uma ouvidoria específica precisa levar em conta as assimetrias e diversidades ali presentes. Considerando, ainda, as características do Brasil, como um país de dimensões continentais, de diferentes níveis socioeconômicos e culturais, e uma população bastante heterogênea, ressaí que a ouvidoria do SUS, presente em todo o território nacional e nos diversos níveis da Federação, também apresenta grande diversidade, tanto do ponto de vista da sua organização e funcionamento quanto em relação a questões objeto de manifestações e usuários alcançados.

A maior ou menor presença de ouvidorias instaladas nas localidades e nas unidades de saúde reflete na amplitude de conhecimento – ou desconhecimento – acerca da ouvidoria pelos usuários e nas consequentes dificuldades de acessar o referido serviço.

Entrevistado 02, narrando especificidades de sua localidade, indicou que a cultura de ouvidoria não é muito difundida onde atua, contexto em que ilustra particularidades locais que refletem em características particulares àquele serviço de ouvidoria:

E essa questão de ouvidoria aqui, o pessoal busca muito resolver falando e não manifestando, não registrando. E aí, por isso, que os nossos números [de manifestações registradas na ouvidoria] ainda não são tão expressivos. Se você for olhar para o ano passado, a gente teve x manifestações na [localidade onde atua]. E

aí, de alguma forma, você fala “x manifestações [sinalizando ser número reduzido]?” É porque o povo tenta resolver de forma verbalizada, indo atrás, e não registrando. E, de alguma forma, a gente tem trabalhado para melhorar o serviço, uma vez que não existe só um tipo de manifestação, são denúncias, são reclamações, são elogios, são solicitações, são sugestões, e aí com isso tudo é que você consegue melhorar ou padronizar um serviço público com maior qualidade. Com o objetivo de que o cidadão saia satisfeito ou custando o menor custo possível. [...]. Então, acaba ficando, o foco é melhorar e otimizar o resultado.

[...]

A cultura aqui ainda é pouca, porque as pessoas tentam resolver e registram menos do que o necessário. Por mais que a gente induza, “Olha, registra lá, faz a sua manifestação”, alguns não registram, mas a gente não deixa de atender (Entrevistado 02).

Entrevistado 20 descreve iniciativa de sua localidade no sentido de conscientização sobre a ouvidoria do SUS:

Aqui na ouvidoria, nós começamos com atuação em todas as unidades de saúde. [...] Só que nós começamos a fazer blitz nas unidades. Nós vamos lá, a gente panfleta lá. A gente fez essa ação ano passado. Esse [entrevistado mostra panfleto na câmera] é o panfleto com todas as informações que o cidadão precisa saber e os canais de comunicação pra entrar em contato com a gente. E, assim, a gente está andando em hospitais fazendo panfletagem, levando realmente a informação que o público ele pode entrar em contato com a saúde e ele pode estar tendo uma resposta da sua dúvida, da sua manifestação, e isso está sendo bem, como é que eu posso falar, bem produtivo, bem produtivo. Nossa demanda do ano passado para esse ano aumentou quase uns 30 ou 40% (Entrevistado 20).

Entrevistado 16 aponta que “Muitos usuários do SUS desconhecem a existência dos serviços de ouvidoria ou não sabem como acessá-los, resultando em subnotificação de problemas e demandas insatisfeitas”, o que pode ser enfrentado com divulgação, em campanhas de conscientização sobre a importância da ouvidoria do SUS e como os cidadãos podem utilizá-la para fazer suas manifestações.

Indo além, ficou evidenciado que a instalação formal da ouvidoria, por si só, não assegura a plena condição de funcionamento e de atuação do serviço, notadamente considerando demandar estrutura, pessoal qualificado e condições de funcionamento e de atendimento.

Entrevistado 16 indicou, entre as maiores dificuldades na atuação do ouvidor e das ouvidorias, a falta de estrutura e de recursos humanos, financeiros e tecnológicos em várias ouvidorias para lidar efetivamente com o volume de demandas recebidas, o que pode resultar em atrasos no atendimento e na resolução de problemas. Na sequência, apontou o esforço feito no sentido de solicitação de apoio institucional e administrativo para obtenção de recursos humanos, por se tratar de questão relativa à gestão de pessoal do ente público, e obtenção de recursos para melhoria de infraestrutura (Entrevistado 16).

O entrevistado citou medidas para enfrentar essas dificuldades e melhorar a qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS, incluindo “garantir transparência no processo de tratamento das demandas recebidas pela ouvidoria, fornecendo feedback aos usuários sobre as medidas tomadas em relação às suas questões” e “implementar sistemas de monitoramento e avaliação para acompanhar o desempenho da ouvidoria do SUS, identificar áreas de melhoria e garantir que as metas e padrões de qualidade sejam alcançados” (Entrevistado 16).

A repercussão da carência de recursos ao serviço de ouvidoria é assinalada por outros entrevistados, com destaque recorrente sobre a escassez de recursos humanos no serviço:

Quando a gente fala escassez de recurso, isso se desdobra também na questão de recursos humanos. A gente nunca tem a força de trabalho que a gente entende como necessária para a gente fazer o trabalho que precisa ser feito. Então, nisso a gente precisa se reinventar o tempo todo, pra gente não deixar que a peteca cair, o serviço tem que ser continuado. Aí a gente faz uso dos recursos tecnológicos, do que temos, para facilitar o trabalho e racionalizar os recursos, para a gente conseguir prestar um melhor serviço possível à população. [...]

A gente sempre faz os apontamentos sempre que a gente percebe uma fragilidade, a gente procura formalizar isso para o setor responsável. Se a gente precisa de melhoria do parque computacional, a gente solicita. A gente, recentemente, pediu um incremento da força de trabalho, incluindo alguns especialistas [menciona questões operacionais da ouvidoria] pra que a gente melhorasse a gestão, como, por exemplo, o profissional estatístico, o profissional técnico em comunicação social e o profissional administrador. Porque as características dessas formações nos permitiriam avançar um pouco mais. Então, já formalizamos isso, por exemplo, quando [o setor] de gestão de pessoas e eles aderiram à nossa ideia e a gente aguarda, dentro das possibilidades orçamentárias, a contratação desses profissionais para comporem a rede de ouvidorias (Entrevistado 03).

[Referindo-se à ouvidoria em âmbito estadual.] Acho que várias dificuldades assim... aqui hoje na ouvidoria, a gente tem uma equipe, que até em número é grande, mas a gente atende muito. Então, ano passado, por exemplo, a gente atendeu x mil pessoas, esse ano, no ano retrasado, no último agora, a gente atendeu mais de y mil [superior ao ano anterior]. Então, essa demanda, ela vai aumentando e acho que isso tem a ver com a divulgação da ouvidoria. Que a gente [estado em que inserido o entrevistado] tem ampliado o acesso à ouvidoria assim nas ouvidorias regionais também, mas isso demanda mais. E acaba que às vezes o aumento da demanda não é acompanhado pelo aumento de profissionais. Então, acho que tanto nas ouvidorias regionais, que têm maior número de municípios envolvidos, têm essas dificuldades. Todas as regionais têm um ouvidor. [Descreve a estrutura da ouvidoria geral/central do SUS no estado e a divisão em regionais de saúde, em que cada regional conta com ouvidoria do SUS.] Porém, algumas regionais, elas têm mais demandas do que outras, então [menciona detalhe da insuficiência de pessoal], a gente acredita que seja importante ter mais pelo menos uma pessoa, mas é algo que a gente já vem construindo junto com a direção e tem tido essa abertura de levar isso. Já teve momentos que teve uma pessoa mais e acabou saindo. Então, acaba sendo um dilema bastante do serviço público principalmente na saúde a questão dos recursos humanos. Eu acho que a gente tem sempre esse desafio, mas acho que esse é um desafio dos maiores como ouvidor. Então, até pra gente ter uma equipe que possa parar mais pra fazer esses planejamentos das ações, às vezes a gente trabalha muito com base nas demandas do dia. Então, isso é um desafio. Mas acho que a gente vê, unindo com essa ampliação também [refere-se à ampliação das manifestações e do número de atendimentos ao longo do tempo], a gente vai, consegue, tem coisas boas nisso também. Consegue atender mais pessoas, consegue criar uma rede mais forte [menciona detalhe da localidade] e uma rede de

interlocutores internos que ajudam a responder as demandas, não sei se fazer um processo de mediação também. Então, acho que isso é legal porque a ouvidoria vem se fortalecendo, mas é um desafio. É um desafio porque, à medida que vai se fortalecendo, vai ampliando e vai aumentando muito a demanda (Entrevistado 04).

[Quais avanços e destaques você identifica na atuação dos serviços de ouvidoria do SUS?]

O serviço de ouvidoria, a melhora que teve, que eu posso dizer, pra gente aqui, melhorias assim de reforma de sala, de ampliação, porque isso é uma melhoria, espaço físico também. Precisa melhorar ainda mais. Mas, assim, eu falo da questão mesmo do serviço da ouvidoria, do serviço em si, da gente trabalhar, de melhorar até o número, o índice das demandas que a gente recebia de reclamações, das solicitações ou pra elogios (Entrevistado 10).

Hoje, a minha maior dificuldade é o quadro de pessoal, porque na ouvidoria da [localidade em que atua], sou eu e mais um funcionário, mais um servidor, que é técnico em ouvidoria. Só que a ouvidoria [onde atua, agrega funções de coordenar outros serviços de ouvidoria em razão da organização da localidade, ponto em que cita as unidades de saúde que integram essa organização]. Então, esse complexo é uma ouvidoria só. Então, como somos só duas pessoas, é muito enxuto para muita demanda. Essa hoje é a maior dificuldade que eu vejo. [...]

Eu estou levando a conhecimento da direção, mas enquanto isso não ocorre [obtenção de novos funcionários], a organização da atividade e do tempo é que me auxiliam para eu contornar essa situação. Então, o que eu faço é ser bastante organizado, inclusive, com o tempo. Programar o que vai ser feito por dia e eu não posso fugir daquilo ali, porque se não embanana tudo (Entrevistado 25).

Salientando as dificuldades estruturais da ouvidoria do SUS, especialmente marcadas em suas particularidades a cada região, estado e localidade, entrevistados pontuaram:

[Quais os desafios e dificuldades você identifica dos serviços de ouvidoria do SUS?]

Desafios. A gente tem muito problema com... porque é um processo de regionalização. Então, [o estado do Brasil onde se encontra tem] alguns municípios que eles são precários no nível de chegar até lá. Então, é dificultoso a atualização, internet no município não funciona e tal. Isso que a gente está fazendo aqui [a entrevista por videoconferência], por exemplo, não se consegue fazer em muitos municípios. Quem dera. [Narra tentativa de encontro virtual feita pela ouvidoria geral do estado onde se encontra], participaram poucos municípios, porque não tem internet, não tem. Então, o acesso à comunicação, o acesso de transporte... Mas não é um empecilho. A [ouvidoria geral do estado] consegue fazer de uma forma precária, mas porque não depende muito da gente. Por exemplo, está chovendo, não tem como [funcionários da ouvidoria geral do estado] irem pra lá porque é lama, não passa. [...] Internet nem se fala, que a gente não consegue às vezes trabalhar de nível... de fazer reuniões desse jeito aqui. Mas essas são as dificuldades mesmo. Porque o que acontece aqui, fora as dificuldades de usuário; então o usuário não é assistido em alguns momentos. Ele fica a ver navios, infelizmente. Mas quando ele vem, ele abre uma demanda aqui comigo [na localidade do entrevistado]. [Menciona usuários que se deslocam de um município para o município do entrevistado para registrar manifestação na ouvidoria.] Porque ele já vem pra fazer isso, entendeu? Ele consegue vir e abrir essa demanda por aqui. É recorrente [o usuário se deslocar para conseguir acessar a ouvidoria do SUS]. As [cidades da localidade] que não têm [ouvidoria] mesmo, ele vem aqui.

A gente tem WhatsApp que eles conseguem acessar para aqueles que não conseguem presencialmente [no município de origem do usuário] e presencialmente aqui e e-mail. Mas hoje, a demanda maior deles assim é presencial, até porque o WhatsApp, ele, às vezes, não tem essa relação também, entendeu? Por incrível que pareça, nós estamos numa era tecnológica, mas o acesso é bem dificultoso (Entrevistado 24).

A gente tem problemas de logística aqui. Por exemplo, a gente, o estado x tem algumas unidades de saúde que você só chega ou de barco ou de avião. A gente tem a questão dos municípios aqui e às vezes, pra ter aquele apoio, precisa de uma diária, para poder ir, dormir, poder se alimentar, ter um carro para o deslocamento. A gente começou aqui um trabalho de ouvidoria itinerante e a gente tinha conseguido uma caixa de acrílico, para fazer esse trabalho. Nesse trabalho, a gente ficava próximo a uma caixa e lá, de forma sigilosa, a pessoa poderia colocar as suas preocupações. Pedidos de informação, reclamações, denúncias, elogios. E a gente fazia o tratamento dessa informação, anônimo ou não. Caso a pessoa decidisse que fosse de forma anônima, anônima ficaria, e passaria para o gestor daquela unidade visitada com a ouvidoria itinerante, para que ele tivesse ciência desses problemas ou do que foi falado ali, do que foi demandado pelo cidadão e pelos servidores. [...]

A gente, por exemplo, estava com problema no scanner, na nossa impressora, porque todo documento que chega, ele tem que ser escaneado para ser colocado no sistema. E a gente ganhou computadores novos, para a ouvidoria. A gente está agora também, o meu computador, alguns computadores já têm internet cabeada, que é uma internet mais rápida, que faz com que a gente não esteja fazendo a demanda e cai o sistema. [Menciona realidade de municípios com dificuldades questão estrutural das unidades de ouvidoria e indica municípios isolados que não contam com ouvidoria própria.] [...]. A gente tem essa dificuldade ainda em algumas unidades também do interior, a gente não tem internet, uma internet de alta velocidade ou a internet mesmo para usar. A gente tem saúde indígena também aqui na nossa rede (Entrevistado 26).

A gente não pode deixar de lembrar que o Brasil é um país continental. É muito grande, com quase 6 mil municípios, e isso traz uma diferença inclusive cultural gigantesca de um ponto pro outro do país. Então, as diferenças entre as ouvidorias, elas são muito grandes a ponto, por exemplo, da ouvidoria [específica de estado distinto ao do entrevistado], pra viajar pra uma cidade, que nós aqui no estado fazemos em 3 horas talvez, ou 4 horas, ela leva 3 dias de barco. Então, a rede de ouvidoria do SUS coordenada pelo Ministério da Saúde, pela ouvidoria geral do SUS, ela traz minimamente uma padronização no processo de trabalho das ouvidorias do SUS e no entendimento, e tem que ter uma coordenação, entendendo a importância da ouvidoria do município (Entrevistado 15).

Entrevistado 26 narra a situação vivenciada na ouvidoria onde atua, consignando que “tinha outros canais de acesso que a gente perdeu na pandemia”, ao falar de canais para registro de manifestações, e indicando que “algumas pessoas aqui na ouvidoria são cargos de confiança ou terceirizados e, quando muda o governo, muda o quadro político, até dentro do mesmo quadro político, essas pessoas saem e muitas vezes levam toda essa informação”, referindo-se aos dados para acesso ao e-mail institucional e às plataformas virtuais. Acrescenta que “uma experiência aqui na nossa ouvidoria, que o ouvidor que estava em exercício [no ano x], ele faleceu no exercício do cargo e ele centralizava o [acesso informatizado], ele centralizava algumas senhas e, quando ele faleceu, ele levou algumas senhas com ele”, o que resultou no serviço de ouvidoria ficar privado do acesso ao sistema, “então a gente passou um tempo grande sem conseguir responder” (Entrevistado 26).

O citado entrevistado narra ainda a falta de um telefone 0800 para a ouvidoria e o desejo de terem um *WhatsApp* institucional “para que a pessoa possa mandar por escrito, possa mandar fotos dos documentos para a gente fazer as demandas também”, recurso que só ocorreu no

período em que o próprio ouvidor “comprou uma linha e ficou alimentando com créditos próprios, [...] às vezes a gente na ânsia de querer ajudar” (Entrevistado 26).

Entrevistado 15 descreve histórico e marcos do desenvolvimento da ouvidoria do SUS no Brasil e em sua localidade, pontuando que há muitos anos “vem sendo falado sobre a participação da população na gestão do SUS e aí você já vai moldando a ouvidoria do SUS”, o que contribuiu para a melhoria de estruturas e recursos, “Então, esse é um grande avanço”. Complementa descrevendo que sua ouvidoria hoje tem “sala própria com um computador bom, uma cadeira que foi comprada com recurso próprio pra ouvidoria, impressora que foi comprada com recurso próprio pela ouvidoria, mesa que foi comprada com recurso próprio pra ouvidoria, [...] quer dizer, um avanço enorme”, contrapondo com a realidade de quando ingressou na unidade como estagiário há quase 20 anos, em que “os taquinhos do chão eram soltos, então a gente não podia ter cadeira com rodinha, era cadeira fixa; aqui tem 8 servidores, nós éramos duas pessoas, eu estagiário e o ouvidor” (Entrevistado 15).

Os dados tomados no presente trabalho, embora insuficientes para o mapeamento geográfico dos serviços de ouvidoria do SUS nas múltiplas regiões e localidades do país, assinalam o impacto que a ausência ou presença das estruturas de escuta qualificada do usuário do SUS tem sobre a conformação da conflituosidade na saúde pública, inclusive quando se consideram as particularidades locais e os indivíduos e coletividades inseridos em cada local.

Certamente, o aumento quantitativo das ouvidorias do SUS é elemento que aponta potencial ampliação no acesso à justiça via direitos promovido pelo referido serviço, nas questões apresentadas sobre sua ação na efetivação do direito à saúde. No entanto, fundamental é qualificar o crescimento das ouvidorias para que haja efetiva ampliação do acesso à justiça na saúde.

Registre-se que a CGU desenvolveu um Modelo de Maturidade em Ouvidoria Pública (MMOuP)<sup>65</sup> para apoiar o processo de melhoria continuada na gestão das unidades de ouvidoria pública. Trata-se de instrumento de referência para as unidades adotarem no processo de otimização dos objetivos, da estrutura e dos processos da ouvidoria, permitindo a realização de autodiagnóstico, identificação de lacunas, forças e fraquezas da unidade e estratégias efetivas para aperfeiçoamento contínuo da ouvidoria, mensurando e promovendo sua maturidade institucional. A avaliação é integrada por vários elementos organizados em dimensões, que consideram, entre outros, vinculação da ouvidoria na estrutura do órgão ou entidade, sua

---

<sup>65</sup> Informações do Modelo de Maturidade em Ouvidoria Pública (MMOuP) estão disponíveis em: <https://www.gov.br/ouvidorias/pt-br/ouvidorias/mmoup>.

relevância no processo de tomada de decisões sobre gestão de serviços e políticas públicas da instituição que integra, estabilidade da equipe, alocação orçamentária específica, governança sobre mapeamento e avaliação dos serviços do setor que integra, questões relativas ao atendimento do usuário, registro e processamento das manifestações, transparência e indicadores da efetivação de medidas concernentes à participação social.

Destaca-se que um dos elementos analisados no MMOuP é se a ouvidoria participa da realização de resolução pacífica de conflitos, ponto em que é considerada sua atuação no mapeamento e instituição formal dos processos para tal resolução no âmbito do órgão ou entidade a que está vinculada, incluindo consideração da capacitação dos membros da ouvidoria para aplicação da resolução pacífica de conflitos, exame inserido na “dimensão essencial”, referente à aferição da maturidade e profissionalização dos processos da ouvidoria propriamente ditos. A despeito da presença de referido indicador com pertinência central ao presente estudo, quando da conclusão deste trabalho, não havia levantamento e divulgação de dados representativos na saúde sob essa referência<sup>66</sup>.

Nada obstante, o MMOuP segue em utilização, com a realização de novos ciclos de avaliação junto às ouvidorias, podendo vir a compor indicador pertinente na questão, ressaltando-se que a simples presença de valoração sobre resolução pacífica de conflitos para exame de maturidade de uma ouvidoria evidencia o reconhecimento sistêmico de sua pertinência ao serviço prestado em ouvidoria.

Oportuno salientar, ainda, que o MMOuP considera, na esfera de “dimensão estruturante” indicadora da maturidade, a posição organizacional do serviço de ouvidoria, isto é, a vinculação da ouvidoria na estrutura do órgão ou entidade, indicando que ouvidoria sem estrutura formal aponta menor maturidade, ao passo que ouvidoria institucionalizada em estrutura formal e, ainda, aquelas vinculadas à autoridade máxima da instituição em que inseridas apresentam maior potencial de maturidade. Ademais, o grau de estabilidade do vínculo do ouvidor e do funcionário de ouvidoria – valorando se é servidor público efetivo, comissionado, contratado ou terceirizado – também figura como variável interventiva no grau de maturidade de um serviço de ouvidoria.

---

<sup>66</sup> Nota Informativa 954/2023/CGOUV/DOUV/OGU contendo as percepções decorrentes do 1º Ciclo Integral de Avaliação de Maturidade do Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo federal informou níveis de maturidade verificados nas ouvidorias participantes, mas que se limitaram às integrantes do sistema federal, às desse grupo que realizaram resposta integral aos elementos avaliados e às informações prestadas em que, na etapa de verificação e validação de evidências, identificou-se a ausência recorrente da documentação de suporte ao que fora informado. Nota Informativa disponível em: <https://www.gov.br/ouvidorias/pt-br/ouvidorias/mmoup/nota-informativa-954.pdf>.

Entrevistados pontuaram a posição organizacional do seu serviço de ouvidoria como facilitadora ou dificultadora, segundo a configuração verificada, destacando-se que as ouvidorias diretamente conectadas à Secretaria de Saúde do estado ou município ou ao órgão gestor máximo da instituição indicam ter maior reconhecimento, amplitude de atuação e influência na gestão se comparado àquelas em nível secundário dentro da organização, subordinadas a uma diretoria ou subsecretaria conectada ao gestor máximo.

Nesse sentido:

A ouvidoria, aqui, ela está ligada a uma diretoria e não diretamente ao gabinete [do gestor máximo da parcela da administração pública] como deveria ser, como é de praxe ser dentro do organograma. A gente está ligado a uma diretoria. Então, eu pauto sempre com essa diretoria algumas questões e essa diretoria leva para [o gestor máximo], que é a autoridade máxima aqui do órgão. [...]. Mas a gente vai aos poucos tentando levar a nossa pauta, [...] que a gente está sempre levando a pauta da ouvidoria, que é para dar também essa visibilidade e tentar dizer “olha como trabalho é importante”, “Olha, como a gente tem feito”, “Olha o resultado disso”, enfim. [Narra a existência de normativa prevendo] que as ouvidorias devem estar ligadas e responder diretamente ao gabinete de autoridade máxima daquele órgão, que deve ter autonomia. [...]. Mas para além disso, tem muita coisa. Às vezes, o que é que a gente vai ter? Um apoio, um suporte da ouvidoria geral do estado, que manda um ofício circular com alguma determinação, do Ministério da Saúde, que vem também da Ouvidoria Geral do SUS. Mas não tem muita coisa assim, direta e objetiva, externa, vamos dizer assim. Você que lute pra conquistar o espaço dentro da instituição. Para ter o devido reconhecimento, a devida importância. E é isso, é luta diária (Entrevistado 18).

Entrevistado 17, cuja ouvidoria está institucionalmente integrada ao gabinete do gestor máximo da unidade da Federação onde atua, narra essa realidade consignando que “exatamente pela prioridade que é o processo de ouvidoria para [essa unidade da Federação], a gente está localizado institucionalmente no gabinete [do gestor máximo]”.

Entrevistado, que não será individualizado para obstar sua identificação, descreveu sua permanência como ouvidor geral do SUS naquela localidade por anos estar continuamente sujeita ao interesse do novo gestor em mantê-lo no cargo:

[...] desde então, eu tô como ouvidor. Então, foram já 5 gestões diferentes [figurando como ouvidor geral do SUS da localidade]. Como o meu cargo é comissionado, toda vez que muda o gestor, eu entrego o meu cargo, apresento o trabalho, apresento os resultados e ele avalia se designa. É por designação. Se ele faz a designação novamente ou se ele substitui. Até então tô aqui firme, vamos ver como vai ser. Este ano já fui reconduzido por mais 2 anos (Entrevistado).

Outro entrevistado, ocupante de cargo de ouvidor geral do SUS no ente federado onde atua, sem individualização para assegurar sua identidade, narrou:

Eu estou discutindo com a gestão para eles institucionalizarem o cargo de ouvidor no planejamento estratégico dos cargos da Secretaria de Saúde. É difícil, porque isto tem que ser sancionado pelo [chefe de governo do ente federado], entendeu? Mas isso eu tô trazendo a importância da ouvidoria estar na grade de planejamento da gestão da Secretaria de Saúde. [...]. Mas aí é aquela coisa bem incipiente, a gente faz o papel da gente, mas esperar o retorno é que é um pouco complicado, porque sempre existe uma prioridade que não é ouvidoria. A ouvidoria nunca vai ser prioridade de gestão nenhuma, por mais progressista que a gestão seja, por mais abertura que a gestão tenha, ela nunca vai dar prioridade pra ouvidoria. Isso aí é uma coisa que eu tenho bem claro. Que a ouvidoria, ela... quando é para resolver um problema, escutar uma pessoa, a ouvidoria serve, mas quando é para valorizar a ouvidoria, a ouvidoria sempre está em segundo plano. Assim, a experiência que eu tenho, apesar da gestão ser aberta para muita coisa, sabe? A ouvidoria tem muito problema em relação a isso, mas a gente está tentando. A gente está discutindo o papel da ouvidoria, o que a gente pode fazer para a ouvidoria ser mais autônoma, para a gente ter mais é... como é que se diz? Mais visão de gestão, que a gestão veja mais a gente como uma pessoa que pode contribuir dentro da gestão. Elas são feitas constantemente, mas tá sendo bem chato. Porque a gente está sempre insistindo nisso. Mas, enfim, é esperar que haja sensibilidade e esperar também que a gente mostre alguma coisa, para que convença eles. [...]. Enquanto ouvidor, acho que dentro do SUS foi o papel mais difícil que eu encontrei assim de gestão até hoje foi ser ouvidor. Bem por aí.

[Quais os desafios e dificuldades você identifica na atuação dos serviços de ouvidoria do SUS?]

Eu acho que o maior, a maior dificuldade é você não ser um ouvidor concursado, sabe? Eu acho que isso limita muito a possibilidade de atuação do ouvidor. Se a ouvidoria fosse uma política de estado, que foi instituída, que toda a Secretaria só teria que ter um concurso pra ouvidor e aí, entrando gestão e saindo de gestão, esse ouvidor continuaria lá, seria bem melhor, sabe? Seria bem mais coerente o nosso funcionamento, o que a ouvidoria fizesse também não ia ser desconstruído. Mas só que é uma política de governo, o governo muda, e aí ouvidor muda. [...]. Então, assim, se o ouvidor fosse uma pessoa que tivesse um concurso público, que fosse fixo numa proposta de governo, de proposta de gestão de estado, seria bem melhor. E aí resolveria muito problema que a gente tem hoje, até de se posicionar enquanto pessoa mais crítica dentro da gestão, sabe? E isso seria muito bom se a gente tivesse um cargo de ouvidor e a gente fosse concursado, seria muito bom.

[...]

A autonomia da ouvidoria influencia muito. A autonomia da ouvidoria, de como o gestor também lida com a ouvidoria. Por exemplo, o Secretário de Saúde, se ele acha que a ouvidoria é importante, que o que a ouvidoria está fazendo é importante pra gestão. Mas se você tem um gestor que diz: “Ó, a ouvidoria não pode questionar o serviço não. A ouvidoria tem que receber a demanda e engavetar”. Isso é muito complicado, sabe? [...]. Uma vez, chegou uma demanda para mim do Tratamento Fora do Domicílio<sup>67</sup> e a gestão perguntou: “Mas você é da SES e tá querendo fazer esse tipo de discussão?” Eu digo: “Minha filha, a ouvidoria é para melhorar o serviço. Você tem que refletir no seu processo de trabalho, independente do usuário tem razão ou não; você tem que saber tratar o usuário, você tem que saber lidar com isso, ele não tem a mesma formação que você tem. Na verdade, ele quer o serviço, independente do que seja feito. Se o fluxo não é esse, você tem que explicar a ele qual fluxo, entendeu?”. E aí a gestão tem que dar autonomia para você fazer isso. Se você não faz, a gestão vai chegar e vai dizer: “Esse caminho não serve. Esse cara está fazendo confusão aqui na Secretaria”, essas relações que fazem com que a ouvidoria funcione ou não. [...] quando o ouvidor é concursado, se existe um projeto de governo de estado que estabilize o processo de trabalho do ouvidor, isso acaba. Porque o ouvidor vai ter autonomia para dizer, “Não, isso está errado, aqui tem que funcionar assim”. [...]. E o ouvidor vai fazer sem medo de ter represália contra ele. Eu sou, eu mesmo sou prestador de serviço, eu sei até onde eu posso ir. Eu faço o possível para que toda a demanda seja respondida, mas, assim, existe algumas demandas que são meio

<sup>67</sup> Tratamento Fora de Domicílio é programa do SUS que visa garantir tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município ou estado de origem por falta de serviços habilitados.

capciosas, e você também tem que ter cuidado como você vai se comportar com relação àquela. Que realmente a autonomia plena a gente não tem não. Se você for um prestador de serviço ou um cargo comissionado, você não tem autonomia plena como ouvidor (Entrevistado).

Entrevistado 19 coloca como principal desafio dos serviços de ouvidoria do SUS a falta de uma carreira em ouvidoria, questão que entende tratar de campo delicado por haver ampla liberdade para indicação de ocupação da função pelo gestor e que, em casos de cargo sem estabilidade, “é um ouvidor que tem ali uma fragilidade grande”. Indica que isso ressoa em uma questão estrutural maior, de inexistir um aporte financeiro considerável para o desenvolvimento das atividades da ouvidoria, fazendo incidir “uma máxima, que diz ‘ah, o que não rende dinheiro é pouco valorizado pelo gestor público’, e é verdade, infelizmente, e o gestor tende a priorizar aquelas ações que envolvem impacto financeiro”, e as demais ações são deixadas de lado, como a ouvidoria (Entrevistado 19).

Na análise da ouvidoria do SUS, essencial, pois, considerar a pessoa do ouvidor, sua habilitação, sua autonomia e sua condição de trabalho, em razão de sua relevância para a efetividade do serviço e cumprimento das respectivas atribuições.

Especificamente considerando os ouvidores que contribuíram com a pesquisa pela concessão de entrevista, oportuno tecer ponderações sobre perfil e conjuntura verificados.

Três entrevistas contaram com a presença de dois entrevistados, em razão de o ouvidor responsável ter convidado outro profissional de ouvidoria para participar contribuindo com a pesquisa com questões relativas à função exercida pelo referido profissional. Isso resultou em 30 entrevistados nas 27 entrevistas realizadas<sup>68</sup>, dos quais 07 entrevistados eram homens e 23 eram mulheres.

25 entrevistados ocupam cargo de ouvidor geral da ouvidoria do SUS do respectivo ente (Secretaria de Saúde estadual ou municipal), aqui incluídos ouvidores responsáveis por ouvidoria setorial em ente no qual o serviço de ouvidoria central é setorizado, e 01 entrevistado é ouvidor geral na respectiva Ouvidoria Geral do Estado, integrante da Controladoria Geral do

---

<sup>68</sup> Em que pese sejam 30 entrevistados nas 27 entrevistas, a identificação numeral adotada para invocar as informações prestadas pelos entrevistados teve por referencial a entrevista em si, com numeração de 01 a 27. Isso porque, nas entrevistas com presença de dois entrevistados, não houve manifestação de discordância de um sobre a resposta dada pelo outro, sendo as respostas sempre de caráter complementar ou de reafirmação e recorrente que apenas um respondesse ao questionamento feito, ao passo que algumas informações dadas continham elemento de identificação distintivo do cargo ou função. Assim, o uso de identificação numeral única para cada entrevista, em que pese realizada eventualmente com dois entrevistados, permitiu assegurar o sigilo sobre a identidade do entrevistado, além de não aviltar a análise do conteúdo da entrevista em face da ausência de manifestação de discordâncias na presença de dois entrevistados.

Estado. Os outros 04 entrevistados atuam como ouvidor funcionário em serviço de ouvidoria SUS no estado e como ouvidor de ouvidoria em complexo de saúde específico.

Quanto à escolaridade dos entrevistados, todos eram graduados e as formações eram diversas, incluindo ciências biológicas, ciências sociais, administração pública, gestão pública, direito, fisioterapia, educação física, farmácia, saúde coletiva, nutrição, psicologia, pedagogia, filosofia, geografia, história, artes visuais, turismo e, com presença múltipla, ciências contábeis, administração, administração de empresas, enfermagem, biomedicina e serviço social. Alguns indicaram mais de uma formação, a exemplo de um entrevistado graduado em ciências contábeis que informou estar cursando enfermagem e outro com graduação em artes visuais informou estar cursando gestão pública.

05 entrevistados afirmaram que sua formação acadêmica não contribuiu em sua atuação como ouvidor, sendo eles graduados em ciências biológicas, história, artes visuais, turismo e educação física. Os demais entrevistados informaram entender que sua graduação contribuiu na atuação em ouvidoria, indicando contribuição presente pela responsabilidade de gerir atividades múltiplas, gerir pessoas, gerir dados e proceder à governança de serviços, bem como análise de informações e dados e compreensão dos aspectos da sociedade como um todo. Muitos destacaram a pertinência de sua formação por habilitar para lidar com pessoas, no acolhimento e na escuta qualificada, além de as formações darem uma visão ampliada sobre os serviços e as ações da ouvidoria. As formações pertinentes a administração e a gestão pública foram indicadas como contribuintes para melhor conceber e interpretar de vias de atuação, munir de conhecimentos e ferramentas essenciais a uma rotina de gestão nos diversos ramos e buscar de melhorias ao serviço público.

Entrevistados informaram também especializações em temas de saúde pública, gestão pública, auditoria, gestão de pessoas, sociologia, gestão de assistência farmacêutica, em avaliação ou regulação da saúde, em vigilância sanitária, terapia intensiva, atenção primária à saúde, fisiopatologia, sistema de serviços de saúde, direito do trabalho, governança e políticas públicas, gestão empresarial, compliance e engenharia de produção. Alguns dos entrevistados com graduação em área externa à saúde indicaram que sua formação em saúde ou gestão pública foram advindas de especializações e mestrado.

As formações pertinentes à prestação em saúde, como enfermagem e fisioterapia, indicaram contribuição da formação por permitir um olhar além do manifestante, agregando olhar sobre o profissional da saúde e conhecimento das estruturas, dos serviços e do funcionamento do SUS. As pertinentes à gestão em saúde ou saúde coletiva destacaram a

relevância da formação no desempenho da função de ouvidor pelo conhecimento do Sistema, salientando que a ouvidoria atua na disseminação de informações.

Ilustrando a relevância de sua formação acadêmica específica e das diversas formações encontradas entre ouvidores, entrevistado 08 indicou que “a ouvidoria, hoje ela é um serviço de gestão, nós somos instrumentos de gestão. E aí eu sempre digo que quem trabalha em ouvidoria trabalha em qualquer lugar, mas quem trabalha em qualquer lugar não trabalha na ouvidoria”, em que esclarece “Nosso trabalho é falar das políticas públicas do SUS. O usuário, ele vem, ele fala de vacina, ele fala do cartão SUS, ele fala da vigilância sanitária, ele fala da regulação do leite, da falta do medicamento”, pontuando que “nada disso tem a ver com o serviço ouvidoria, tem a ver com as políticas públicas do SUS. Então, nós somos um serviço transversal. A gente fala que a ouvidoria do SUS, ela é uma política transversal, porque ela passa por todas as outras políticas” (Entrevistado 08).

Ressalte-se que não existe, na legislação federal, previsão de que o exercício do cargo de ouvidor esteja condicionado a uma formação específica, de modo que pode ser ocupado por sujeitos com distintas formações acadêmicas; na realidade, inexistente norma geral reguladora do cargo de ouvidor, ponto em que fica salientada a conjuntura mencionada em muitas entrevistas no sentido da ampla variabilidade da condição de trabalho do ouvidor entre os serviços de ouvidoria existentes, com vínculo que pode ser de servidor efetivo, comissionado, contratado ou mesmo terceirizado, segundo definido pela instituição ou órgão ao qual o serviço está integrado. Em alguns entes federados ou órgãos específicos é que, eventualmente, existe normatização estruturante da função do ouvidor, consignando formação mínima e regulamentação do cargo, ao passo que muitas localidades e instituições sequer apresentam norma reguladora da função. Nesse contexto, não é possível, em análise da ouvidoria do SUS considerada em nível nacional, caracterizar normativamente o ouvidor quanto à formação ou às formalidades do cargo.

Nada obstante, pode-se apontar, entre os elementos mínimos necessários ao pleno e efetivo exercício da função de ouvidor, independentemente de sua instituição em normas dos entes federados ou institucionais, que o profissional tenha conhecimento sobre o que é a ouvidoria do SUS, suas atribuições, os sistemas e procedimentos adotados para o exercício de suas competências, a legislação que regulamenta a atividade da ouvidoria, as normas que regulam os serviços de saúde alcançados pela atuação de sua ouvidoria e, ainda, o SUS em sentido ampliado e de forma transversal, no sentido de compreender a estruturação do Sistema,

seus elementos, diretrizes, serviços e competências que o integram especialmente no recorte relacionado à parcela do SUS alcançada pelos atendimentos que aquela ouvidoria presta.

Diante da pertinência intrínseca do serviço de ouvidoria com o SUS com a efetivação dos serviços e ações a ele correlatos, oportuna a sinalização do entrevistado 21 de que o ouvidor, para exercer suas atribuições de forma efetiva e com qualidade, precisa conhecer a estrutura do SUS, especialmente quando se considera os serviços permeando os âmbitos estaduais e municipais, para que seja capaz de orientar e informar o usuário nos atendimentos prestados:

[...] eu também acho que [a ouvidoria] tem os seus benefícios, que é o conhecimento, que foi também o que eu acabei de falar. Quando a gente sabe o que a gente está falando, a gente passa essa tranquilidade para o paciente, o paciente confia na nossa fala. Então, não adianta eu conhecer só a rede do estado. Eu tenho que conhecer como funciona o município também, porque tudo acontece no município. Nesse processo, o estado acaba sendo coadjuvante. Ele vem [para o atendimento em unidade de saúde estatal], ele faz o tratamento, ele faz a cirurgia, ele volta para o município. O cidadão, quando ele é atendido pelo SUS... a gente! A gente vai no oftalmo. Eu vou lá, marco uma consulta ali no postinho perto de casa, eu vou no oftalmo, ele pede um exame e me passa uma receita, ok. Só que esse exame que ele pediu, ele é de alta complexidade. Quem faz? O estado. E esse medicamento é da farmácia popular, que é do Ministério [da Saúde]. Eu sei como cidadão? Não, pra mim, eu tô indo ali no postinho. Mas como servidor, eu tenho a obrigação de saber que, num único atendimento, o paciente passou pelas 3 esferas de governo. Ele não sabe, ele não sabe que o exame é da gestão do estado. Ele não sabe que aquela farmácia é da gestão do Ministério e que o médico que o atendeu é da gestão municipal. Eu tenho obrigação de saber, porque sou eu que vou orientar. Então, o conhecimento é chave no processo da ouvidoria, se a gente não conhecer o processo do SUS, a gente não trabalha, a gente orienta errado. A gente cai em descrédito. O paciente fala: “Não adianta falar com a ouvidoria. Ela não resolve nada e aí vai”. Então, a articulação e o conhecimento, de novo, eu coloco como principais aí nessa resposta (Entrevistado 21).

No mesmo sentido, entrevistado 19 destaca a necessidade de que o ouvidor entenda “o funcionamento da política pública, como é que o SUS funciona, o que é competência de estado, o que é competência de município; pra gente poder encaminhar as manifestações, eu preciso saber, ter esse entendimento”. De forma semelhante:

Outra coisa importante, é conhecer o SUS. É saber a lei do SUS, é saber princípios e diretrizes do SUS. É saber e conhecer rede referenciada. É um diferencial também, não só o atender, mas o conhecer, porque se eu não conheço o meio que eu trabalho, não funciona. Por isso que o ouvidor, ele tem um perfil diferenciado. Não é só articulação, não é só simpatia. Tem outras coisas aí no meio. É o conhecer mesmo. Eu preciso conhecer (Entrevistado 21).

Por certo, como alerta Costa, ninguém será um bom ouvidor se não conhecer profundamente a legislação que envolve seu material de trabalho (2006), conhecimento que deve se ampliar para as aplicações e repercussões da legislação ao contexto em que atua.

Indo além, a integralidade dos ouvidores entrevistados fez curso ou formação específica para atuação como ouvidor, tendo alguns deles indicado a realização de outros cursos em caráter de formação continuada, que foram integrados por módulos em temas, procedimentos e questões relativas à competência da ouvidoria, rotina do serviço, atendimentos (estratégias de atendimento e sistema utilizado), normas do serviço ou por ele aplicadas, entre outros. Alguns ressaltaram que a formação não era obrigatória para que assumissem e exercessem o cargo, enquanto outros pontuaram obrigatoriedade.

Nada obstante, segundo entrevistado 23, “a capacitação técnica como ouvidor ativo é a sumidade no exercício desta atividade”. Também sobre a especificidade da função em ouvidoria requerer perfil e capacitação adequados:

[...] a gente não tem também retaguarda para a gestão das pessoas que têm um preparo para trabalhar com gente. As pessoas chegam: “Ah tem um técnico ali, mande pra ouvidoria” e eu digo: “Não, primeiro eu quero ver se tem perfil para ouvidoria, não é assim”. Eu preciso conversar com ele. Aí a pessoa está parada no RH [setor de recursos humanos], “não, manda para a ouvidoria”. Não, não é assim, a ouvidoria é uma coisa séria. Pra entrar na ouvidoria, ela tem que ter um preparo, ela tem que ter um perfil, a pessoa tem que ser proba, a pessoa tem que entender o usuário, tem que entender o sistema, não é assim (Entrevistado 22).

Entrevistado 25 corrobora isso, pontuando que “Tem que ter um perfil adequado. Não basta só a pessoa querer trabalhar na ouvidoria. A gente tem que fazer essa avaliação, porque às vezes a pessoa tem interesse, mas o perfil dela não se enquadra”.

Ainda sob o aspecto da habilitação do profissional que atua como ouvidor, entrevistado 02 salientou entender que há dificuldades do serviço de ouvidoria passíveis de serem sanadas pela instrução do ouvidor ou do agente designado como interlocutor da unidade para as demandas de ouvidoria:

O que vem sendo feito pra melhorar ou amenizar essas dificuldades, a gente tem ido pelo caminho da instrução e conhecimento. Porque a partir do momento que você consegue instruir para que todos os ouvidores ou interlocutores das unidades... tem unidade que é grande, tem unidade que é pequena. [...]. A gente busca qualificar para que, ao chegar uma demanda, ele [interlocutor] tenha conhecimento de como resolver e até mesmo ter a segurança de não, sem intenção, deixar alguém ter conhecimento da manifestação. Que tem hora que pode ser algo grave, né? E aí, sem instrução, ele pode tomar uma atitude de forma errônea. Então, a gente busca sempre qualificar e essa qualificação é presencial e é de forma virtual também, conforme os cursos da ENAP, de forma orientativa dos nossos regulamentos e orientações aqui das instruções normativas. [lista ouvidorias da localidade], para que a gente siga uma padronização e melhorar a qualidade e que a quantidade vai ser natural. Se vier um ou um milhão é um número, é a quantidade, mas a qualidade a gente busca melhorar, a qualidade e a padronização dos serviços. E, na nossa concepção, até agora, a qualificação, é o melhor instrumento que a gente pode ter. Porque se a pessoa tiver na capital, interprete-se que ele vai ter mais recurso. Mas se ele tiver instruído lá no interior,

numa cidade pequena, distante, instruído, ele vai ter o mesmo recurso, basta saber fazer. É isso que a gente pensa (Entrevistado 02).

O entrevistado complementa a indicação narrando cronograma de qualificação estruturado com integração das redes como esforço de melhoria na oferta do serviço de ouvidoria, ressaltando a necessidade de a formação seja renovada “Porque os nomes... mudam bastante. Não são perenes, eles acabam alterando. A rotatividade de pessoas acaba prejudicando o serviço de ouvidoria” (Entrevistado 02).

Entrevistado 27 citou o enfrentamento da alta rotatividade de profissionais na ouvidoria, consignando que “quando a gente tá com o nível de treinamento bom, o profissional sai. Então também essa é uma dificuldade que a gente passa no dia a dia, essa rotatividade, e a gente tem que treinar novamente”; e entrevistado 15, “essa é uma das dificuldades também a rotatividade dos ouvidores, quando ele está ali engajado, tá treinado, consegue desenvolver um trabalho legal, de repente sai ou é tirado da ouvidoria. É bem grande esse problema pra gente”.

A grande rotatividade de ouvidores também foi pontuada pelo entrevistado 04:

A gente sabe que às vezes tem uma rotatividade no serviço de ouvidoria. Ou às vezes a pessoa faz mais de uma coisa e é um pouco difícil de ter uma atitude institucional do estado em relação a isso, que isso é muito de gestão do município mesmo. Então, de gestão assim de como é que vai contratar, se vai ser concurso, se vai ser... se o concurso atende a necessidade, qual o teto de pessoas que pode contratar ou não, se o vínculo da pessoa vai ser ou cargo comissionado, se vai ser técnico, servidor, alguma coisa assim. Então, aí sempre estimula [referindo-se ao estímulo da ouvidoria geral do SUS no estado para que gestores implantem e mantenham ouvidorias do SUS especialmente nos municípios], faz uma conversa com os Secretários municipais sobre a importância da continuidade do trabalho do ouvidor. Então, devia ter alguém que possa ter essa atuação contínua, não ter uma mudança. Mas a gente sabe que isso também é uma prerrogativa de gestão, de cada lugar. Então, [a ouvidoria geral do estado do entrevistado] tem esse apoio de sugerir que seja assim, apoiar o município pra que a atuação seja mais contínua, mas nem sempre é possível. Acho que isso é um desafio ainda, acho que isso é um desafio no [estado do entrevistado], a gente tem visto isso acontecer nas unidades de saúde, os vínculos, enfim, múltiplos vínculos e isso afeta também a continuidade do trabalho, mas tem a questão também de recursos limitados, lei de responsabilidade fiscal. Os gestores estão tendo que sempre lidar com isso, acho que isso é um desafio (Entrevistado 04).

Entrevistado 04 opinou, ainda, que “acho que é uma prerrogativa bem importante assim pra ser ouvidor, é atender” e, indicando a particularidade de sua ouvidoria, em que todos, inclusive ouvidor geral em chefia, atendem, consignou que “todo mundo atender porque se não a gente perde um pouco a linguagem também”, referindo-se à linguagem no tratamento do usuário.

Necessário pontuar que o ouvidor do SUS, além das atribuições que lhe são conferidas em razão da função exercida, também é exigido em competências ampliadas, como ocorre com

a gestão da equipe e do setor quando ocupante de posição de chefia do serviço de ouvidoria e, ainda, a gestão de diversos serviços de ouvidoria, equipes e setores quando figura como ouvidor geral.

Entrevistado 03 narrou que “Pra mim, o maior desafio é a gestão de pessoas, porque se a gente consegue manter a equipe motivada, a equipe saudável, principalmente o comprometimento, melhora as entregas”, indicando o esforço de “manter o serviço funcionando, apesar das adversidades”.

Entrevistado 04 descreveu a dificuldade dos ouvidores, especialmente em âmbito municipal, até mesmo para fazer as capacitações virtuais que são disponibilizadas, indicando que “todo mundo fez essa capacitação [especificada pelo entrevistado], mas algumas ouvidorias municipais, pela demanda, às vezes os ouvidores não fazem só a função de ouvidor, eles não conseguiram fazer a capacitação de forma completa, de ter um momento específico pra parar e olhar”.

Entrevistado que atua como ouvidor da Secretaria de Estado de Saúde, não individualizado para assegurar o sigilo de sua identidade, narrou esse desafio ao responder se lida pessoalmente com conflitos envolvendo usuários do SUS e profissionais de saúde:

Olha, isso é uma excepcionalidade. Porque aqui, enquanto ouvidor da Secretaria de Saúde, eu sou muito mais gestor do sistema de ouvidoria do que um ouvidor propriamente dito. O ouvidor raiz na essência da palavra, ele está lá no hospital, ele está lá com o usuário atendendo, eu hoje nem atendo, nem consigo atender o usuário, a não ser que seja um caso complexo, alguma coisa que a minha equipe não consiga responder. Tanto aqui imediato, nós temos atendimento aqui no prédio da sede e nós temos outros x pontos de atendimento na rede. Então, na minha sala, minha porta é aberta, qualquer usuário que não conseguir resolver seu problema e quiser falar comigo, ele vai ter acesso a falar comigo e tem os outros ouvidores também. Hoje nós podemos dizer que nós temos cerca de x ouvidores, são x pontos de atendimento dentro do governo do [estado da Federação onde se encontra]. Então, esses ouvidores, eles têm muito mais acesso e, quando eu fui ouvidor de uma das cidades mais demandadas aqui do [estado da Federação onde se encontra], eu tinha uma tratativa direta o dia inteiro com os usuários, eu levantava, ia nos setores para compreender o problema, às vezes, tentar resolver na hora o problema do usuário, a ouvidoria ativa. Porque nem tudo pode esperar o prazo da ouvidoria. Então, era uma relação contínua de ir lá no setor, entender por que não está tendo atendimento na pediatria, porquê que as crianças do centro obstétrico não estão tendo alta, porquê que as pessoas estão esperando 70 dias para serem operadas na emergência da ortopedia, esse tipo de situação. Então, eu sou o titular da ouvidoria na sede, mas, propriamente dito, os guerreiros da ouvidoria, os heróis da ouvidoria estão nos hospitais, estão no fronte ali mesmo, lidando com os usuários (Entrevistado).

Por derradeiro, a necessidade da consideração das particularidades relativas a cada serviço de ouvidoria e a cada localidade fica intensificada também diante da variedade verificada sobre os usuários atendidos pelos serviços de ouvidoria.

Na indicação sobre o perfil sociodemográfico dos usuários das ouvidorias do SUS<sup>69</sup>, considerando as três esferas federais, 51,83% dos usuários são exclusivos do SUS, 25,56% não são e 22,61% não responderam a esse indicador. Quanto ao tipo de trabalho desempenhado, a maioria não informou, constando entre os informados, em ordem decrescente, trabalho no setor privado, no setor público, desempregado e aposentado, e, sobre faixa de renda, não informada por 36,6% e indicada por 12,3% como menos de um salário-mínimo, 29,6% entre um e dois salários-mínimos, 14,9% entre dois e cinco salários-mínimos e o restante acima de cinco salários-mínimos (PCDaS, 2024).

Em que pese os dados acima apontados não englobem a totalidade dos serviços de ouvidoria do SUS com a integralidade das manifestações e dos usuários envolvidos, trata-se de referencial que permite traçar aspectos de sua realidade.

Fica evidente, portanto, a existência de diversas ouvidorias do SUS, quando se considera sua estrutura e características, de modo que a definição de estratégias e metodologias a serem adotadas pelos serviços de ouvidoria do SUS deve, de forma imprescindível, considerar referida diversidade.

### **4.3 Manifestações nos serviços de ouvidoria do SUS**

Conforme disposto no já mencionado art. 14, da Lei Federal nº 13.460/2017 (Brasil, 2017a), as ouvidorias devem elaborar anualmente relatórios de gestão com as informações sobre manifestações recebidas e respondidas e, com base nelas, apontar falhas e indicações de melhorias ao serviço público. Há, ainda, dados abertos, pertinentes aos atendimentos da ouvidoria e acessíveis ao público, disponíveis para uso em estudos e geração de estatísticas, por exemplo.

Esclarecida a abordagem adotada neste estudo ao âmbito nacional, para caracterização do serviço de ouvidoria do SUS e de sua atuação na prestação da saúde, toma-se por referência dados pertinentes às manifestações e aos atendimentos da Ouvidoria-Geral do SUS, registrados em Relatório de Gestão por ela apresentados e outros dados públicos a ela relativos<sup>70</sup>. No momento da conclusão do levantamento de dados na presente pesquisa, ainda não havia sido

---

<sup>69</sup> Consulta em 22/07/2024 com dados correspondentes a atualização do sistema em 18/07/2024.

<sup>70</sup> Estatísticas referentes ao atendimento das manifestações registradas no Fala.BR podem ser consultadas no Painel Resolveu, disponível em: <https://centralpaineis.cgu.gov.br/visualizar/resolveu>. Quanto aos dados abertos pertinentes à saúde pública, o Ministério da Saúde mantém dados disponíveis em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos>.

publicado o Relatório de Gestão da Ouvidoria-Geral do SUS sobre o ano de 2023, razão pela qual são adotados os dados mais recentes então disponíveis, referentes ao Relatório de 2022.

Segundo Relatório de Gestão apresentado para o ano de 2022, a Ouvidoria-Geral do SUS recebeu 2.428.691 de ligações por meio do serviço telefônico Disque Saúde 136, sendo 1.584.174 de atendimentos eletrônicos realizados pela Unidade de Resposta Audível<sup>71</sup> e 844.517 atendimentos humanos (OUVSUS, 2023). No ano anterior, 2021, foram 3.419.078 milhões de ligações ao Disque Saúde 136 (OUVSUS, 2022), apontando diminuição entre os anos.

Importa repisar que, no serviço telefônico Disque Saúde 136, referência nacional no atendimento ao usuário do SUS para receber manifestações e disseminar informações, nem todos os atendimentos geram manifestações, havendo casos em que o cidadão entra em contato para obter informações sobre assunto de saúde ou sobre uma política, como protocolos de imunização, efeitos colaterais de certo imunizante, locais de vacinação e planos de saúde, contatos estes que são classificados como “disseminação de informação” ou termo similar. Nesse âmbito, ocorre o atendimento eletrônico quando o cidadão utiliza apenas as informações disponíveis na Unidade de Resposta Audível e o atendimento humano quando um atendente é designado para realizar o atendimento.

Das 2.428.691 ligações em 2022, 923.982 foram de disseminação de informações, sendo 200.769 (22%) em atendimento eletrônico e 723.213 (78%) em atendimento humano. Registrou-se redução de 26% no total de disseminação de informações em relação a 2021, atribuída no Relatório à normalização da realidade social após dois anos de impacto da pandemia do coronavírus, queda considerável da taxa de morte, avanço da vacinação e das medidas de prevenção (OUVSUS, 2023).

Segundo o Relatório de Gestão apresentado para o ano de 2022, a Ouvidoria-Geral do SUS cadastrou 121.307 manifestações, apontando redução em relação ao ano de 2021 com 134.633 manifestações, mas em número ainda superior aos anos antecedentes (2020, 2019 e 2018). Do total de manifestações de 2022, 53.834 foram encaminhadas para a Rede Interna (Secretarias, Departamentos, coordenações, áreas técnicas, além da própria Ouvidoria-Geral do SUS) e 67.473, para a Rede Externa (OUVSUS, 2023).

A tipologia verificada nas manifestações respondidas pela própria Ouvidoria-Geral do SUS (total 31.671) foram 17.467 reclamações, 4.849 solicitações, 4.834 denúncias, 4.068 informações, 315 elogios e 138 sugestões. Das 22.163 encaminhadas para a Rede Interna,

---

<sup>71</sup> Unidade de Resposta Audível é tecnologia que realiza o atendimento telefônico de forma automática.

26.345 eram reclamações, 15.109 solicitações, 6.389 informações, 5.067 denúncias, 591 sugestões e 333 elogios (OUVSUS, 2023).

Quanto às demandas encaminhadas para a Rede Externa (67.473), foram 32.561 reclamações, 28.666 solicitações, 2.625 informações, 1.861 denúncias, 1.506 elogios e 254 sugestões. O direcionamento delas se deu para as diferentes unidades da Federação, sendo as Secretarias Municipais de Saúde as mais demandadas, com maior número para a de São Paulo (11.611), o que é atribuído à sua condição de cidade mais populosa do país, seguido de Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Fortaleza, Porto Alegre e Guarulhos, permeadas em número de demandas pelas Secretarias Estaduais do Distrito Federal e Pernambuco (OUVSUS, 2023). Esse dado é relevante especialmente diante da competência municipal na organização e prestação das ações e serviços de saúde, na descentralização que orienta o SUS.

Ressai, ainda, a necessidade de considerar a significativa variedade de realidades entre os estados e entre os municípios, inclusive geográficas, socioeconômicas e de presença de unidades do SUS, que reflete em variação no volume e perfil das manifestações em ouvidoria. Como ilustrado por um dos entrevistados, que não será identificado para preservação de sua identidade, ao fazer referência ao estado de São Paulo, destacando o tamanho da rede de ouvidorias nele existente e o perfil distinto dos demais estados:

[Ao mencionar evento de ouvidoria geral em que compareceu, realizado em estado da região Sul] O Ouvidor Geral apresentou a ouvidoria do estado, todas as secretarias e o sistema dele de informação, tem [próximo de 2 milhões] de dados. Aí você já vê o tamanho do estado de São Paulo, porque tem quase 3 milhões só na saúde, só na pasta da saúde, e ele falou de geral. Então, dá pra você ver o tamanho. “Ah, mas não dá para você comparar. Eles têm x milhões de habitantes. São Paulo tem 4x”. Ok, e quem que bate São Paulo? Ninguém. É o maior estado populacional, não territorial, mas populacional. Então, não se pode tomar o estado de São Paulo como média, nem parametrizar os dados e as ações [nacionais ou estaduais] pensando em São Paulo (Entrevistado).

Conforme números apontados acima, o tipo de manifestação mais recorrente é a reclamação, contendo relato de alguma insatisfação, seguido da manifestação do tipo solicitação.

Na identificação das manifestações por assuntos e eventuais subassuntos nelas contidos, é possível caracterizar o tema da manifestação para classificação e operacionalização do fluxo interno da ouvidoria, ao passo que referidos rótulos são também utilizados na análise posterior quando do levantamento de dados para gestão. No total de manifestações recebidas em 2022 (121.307), os seis assuntos mais recorrentes foram, em ordem decrescente, gestão (71.417),

assistência à saúde (17.443), assistência farmacêutica (10.830), Estratégia de Saúde da Família (4.065), ouvidoria do SUS (3.708) e vigilância em saúde (3.554) (OUVSUS, 2023).

O Relatório de Gestão de 2022 apresenta, ainda, os 10 subassuntos mais presentes nas manifestações, comentados a seguir em ordem decrescente.

A maior recorrência de manifestações foi sobre “recursos humanos” vinculados ao SUS, que abrange não apenas questões sobre o profissional do Sistema de Saúde, mas também à população que é atendida por esses profissionais. Segundo relatado, a insatisfação é a maior causa dessas manifestações, agregada pela baixa qualidade, atendimentos desumanizados e a falta de profissionais, ressaltando que esses aspectos podem ser reflexo de condições inadequadas de trabalho, como jornadas extenuantes e salários baixos, de modo que o exame das reclamações pode apontar áreas problemáticas (OUVSUS, 2023).

Em seguida foi “documentos”, concernente a demandas sobre documentação necessária para acessar serviços, direitos e informações no âmbito do SUS, incluindo informações médicas, como prontuários, cartão de vacinação, resultados de exames e outros registros médicos (OUVSUS, 2023). Após, o subassunto “estabelecimento de saúde” aponta demandas relativas a locais destinados para realização de ações e serviços de saúde, em qualquer porte ou nível de complexidade, abarcando demora no atendimento, em longa espera para consultas, realização de exames, cirurgias e atendimento de emergência e até a recusa de atendimento, com recusa dos profissionais de saúde em prestar atendimento sem justificativa adequada (OUVSUS, 2023).

Na sequência está “consulta/atendimento/tratamento”, que integra manifestações relacionadas à prestação de serviços de saúde caracterizada pelo acesso inicial ou pela continuidade da assistência médica. O Relatório de Gestão salienta que a clínica médica é a mais buscada, por envolver diversos tipos de consultas e atendimentos, incluindo consulta de rotina e *check-up*, diagnóstico e tratamento de doenças comuns, acompanhamento de condições crônicas (OUVSUS, 2023). O subassunto “componente especializado” trata de demandas relativas ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, pertinente à garantia do acesso a medicamentos de alto custo, complexidade e especificidade, necessários para o tratamento de doenças graves, raras ou que exigem abordagens terapêuticas específicas (OUVSUS, 2023, p. 19).

Subassuntos seguintes em número incluem “cirurgia” e “não padronizado”, estes referentes à solicitação de medicamentos não padronizados no SUS, são compostas em sua maioria pela “dispensação de medicamentos que não estão disponíveis no SUS, mesmo quando

existem medicamentos padronizados para a mesma indicação terapêutica” (OUVSUS, 2023, p. 23). Referidos dados evidenciam posição relevante da ouvidoria do SUS sobre o movimento de judicialização da política de saúde, notadamente sobre as solicitações que sejam objeto de manifestação e, também, mediante promoção de diálogo entre os órgãos e atores do Sistema na questão, da educação sobre a saúde e sobre o SUS e da transparência nessa matéria.

Importante repisar que os quantitativos e dados informados são referentes às manifestações registradas em sistema mantido junto da Ouvidoria-Geral do SUS, advindos de contato telefônico, e-mail, cartas, atendimentos presenciais e cadastros na plataforma Fala.BR que tenham como repositório o sistema OuvidorSUS. Dessa forma, o Relatório mencionado não abarca as manifestações registradas diretamente em outros serviços de ouvidoria ou sistemas próprios utilizados em âmbito estadual ou municipal não integrados ao repositório da Ouvidoria-Geral do SUS.

Nada obstante, as considerações extraídas dos dados em repositório federal fornecem apontamentos pertinentes aos serviços de ouvidoria do SUS e às manifestações por eles recebidas.

Referidas constatações são corroboradas quando consideradas ouvidorias federais, estaduais e municipais. Dados disponíveis na Plataforma de Ciência de Dados aplicada à Saúde (PCDaS)<sup>72</sup>, de iniciativa do Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com o Laboratório Nacional de Computação Científica, indicam apontamentos similares aos expostos anteriormente.

Tomando por referência a Rede Nacional de Ouvidorias do SUS e manifestações cadastradas no sistema OuvidorSUS – que incluem as por telefone, carta, e-mail, presenciais nela registradas –, dados lançados na PCDaS<sup>73</sup> informam 1.032 ouvidorias com manifestações cadastradas, com 575.815 manifestações em 2023, sendo 530.342 respondidas e 45.473 pendentes; 586.952 manifestações em 2022, sendo 558.013 respondidas e 28.939 pendentes (PCDaS, 2024).

A tipologia dos registros, incluindo no cômputo as manifestações de 2024, é maioria de solicitação, seguido de reclamação e, depois, denúncia, ao passo que os assuntos se assemelham aos extraídos do Relatório de Gestão anteriormente analisado. Os assuntos mais abordados são gestão, seguido de assistência à saúde, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, vigilância

---

<sup>72</sup> Plataforma disponível em: [https://bigdata-dashboard.icict.fiocruz.br/spaces/space\\_selector](https://bigdata-dashboard.icict.fiocruz.br/spaces/space_selector).

<sup>73</sup> Consulta em 22/07/2024 com dados correspondentes a atualização do sistema em 18/07/2024.

sanitária e produtos para saúde ou correlatos. Em subassuntos registrados como primários estão, em ordem de maior recorrência, “recursos humanos”, “consulta/atendimento/tratamento”, “estabelecimento de saúde”, “cirurgia” e “componente básico”. Em subassuntos secundários, se destacam “insatisfação”, “satisfação”, “dificuldade de acesso” e “falta de medicamenta” e, em terciários, “fármaco”, “médico”, “equipe de saúde”, “demora no atendimento” e “recepcionista/atendente” (PCDaS, 2024).

Os dados constantes na PCDaS<sup>74</sup> sobre a quantidade de manifestações recebidas por ouvidoria em 2010 a 2024 também apresentam a indicação de quantitativo substancial recebido pela Ouvidoria-Geral do SUS, seguida de ouvidorias de Secretarias Municipais de Saúde – na sequência, São Paulo, Guarulhos, Campo Grande, Recife e Blumenal – e, só então, ouvidorias de Secretarias Estaduais. Adotando filtro para consulta apenas sobre ouvidorias da esfera federal, constam 34 ouvidorias com manifestações cadastradas, sendo 69.754 nos dados para o ano de 2023 e 125.838 em 2022. Sobre a esfera estadual, são indicadas 326 ouvidorias cadastradas, com 123.072 manifestações em 2023 e 111.993 em 2022. Para a esfera municipal, constam 382.989 manifestações em 2023 e 349.121 em 2022 (PCDaS, 2024).

Observa-se, pois, que o número significativo de demandas direcionadas a Secretarias Municipais de Saúde também se faz presente quando se considera período alargado, o que se mostra pertinente à organização descentralizada do SUS, com diversas ações e serviços sob atribuição municipal.

Quanto ao processamento das manifestações registradas, conforme indicado nas premissas orientadoras do serviço de ouvidoria, a lei de regência estabelece prazo de resposta conclusiva de 30 dias, prorrogáveis por mais 30 dias. Segundo o Relatório, no ano de 2022, excluídas as manifestações em tratamento, o prazo médio de resposta foi de 38 dias, apresentando redução em relação ao ano anterior, que apresentou tempo médio de 46 dias (OUVSUS, 2023).

O Relatório salienta, ainda, que as manifestações encaminhadas às áreas internas do Ministério da Saúde apresentaram tempo médio de resposta melhor, de 27 dias, enquanto os encaminhados à rede externa, cuja resposta é de responsabilidade de outras ouvidorias, teve tempo médio de cerca de 50 dias, ao que o órgão pontua que esse contraste destaca a importância de uma coordenação eficaz entre as instâncias governamentais e de um monitoramento eficiente para garantir respostas ágeis (OUVSUS, 2023).

---

<sup>74</sup> Consulta em 22/07/2024 com dados correspondentes a atualização do sistema em 18/07/2024.

A relevância do tempo de resposta é corroborada em entrevistas, tendo em vista a consideração reiterada entre os ouvidores entrevistados no sentido de presença recorrente e alargada de dificuldades dos serviços de ouvidoria do SUS com o tempo de resposta dos setores demandados:

Um outro desafio que eu vejo é a questão do próprio cumprimento dos prazos, porque eu acho que falta uma conscientização dos setores envolvidos da importância da ouvidoria. Porque, diante de tanta demanda, ela acaba que tem hora que fica pra um segundo plano. Eu acho que um outro desafio, uma outra dificuldade é essa questão dos prazos. Eu falo da minha experiência na ouvidoria da [conjuntura onde atua]. A gente tem que cobrar muitas vezes, a gente tem que ficar correndo atrás para que a gente cumpra esses prazos, as diretrizes da Ouvidoria Geral. Então, hoje eu vejo como desafio e dificuldade essas duas questões, a questão da conscientização, de qual que é o verdadeiro papel da ouvidoria, isso daí das pessoas mesmo, dos cidadãos. E a outra questão interna mesmo de cumprimento de prazos e da importância do nosso serviço (Entrevistado 25).

As dificuldades [na atuação como ouvidor] é a conscientização dos órgãos de destino relacionada aos prazos. Eu sei que a gente tem leis que nos respaldam acerca do prazo, mas, assim, é muito difícil, ainda, as pessoas entenderem a importância da ouvidoria e que nós somos a representação do cidadão dentro da gestão. Então, a maior dificuldade que temos hoje é os prazos de resposta que a gente dá o prazo pro destino e o destino não obedece àquele prazo. [...]

Mas qual é a maior dificuldade da [ouvidoria específica onde atua]? Por exemplo, deixa eu te dar um indicador. [Fala aspectos da organização da ouvidoria onde atua.] Ela teve mais de 900 manifestações no período x. [...]. E aí o quê que aconteceu, nós só tivemos 115 sem respostas, de 900, nós não recebemos 115 respostas. Aí o quê que a [ouvidoria onde atua] faz? Quando ela não consegue responder, quando você não consegue, no período determinado pela lei... [narra prazos adotados na localidade], a gente trabalha realmente com esse acompanhamento efetivo das manifestações, certo? Quando eu não recebo isso, vamos supor, dar um exemplo mais específico pra você. Eu recebo uma reclamação, mando pro setor, a [ouvidoria onde atua] trabalha assim, vamos supor uma reclamação de uma falta de insumo no hospital vem pra mim. Aí o usuário vem e reclama porque não feita a cirurgia, não foi realizada porque faltou uma agulha específica, aí eu vou, registro, passo para o [setor que faz a gestão referente à descentralização e administração hospitalar na localidade], que a nossa maior demanda é pra esse setor. [Apresenta explicações sobre não provocar diretamente a direção da unidade hospitalar, mas fazer isso mediante atuação do setor indicado.] Aí eu mando pro [setor que faz a gestão referente à descentralização e administração hospitalar na localidade], que manda pro hospital e no mesmo prazo, a gente fica conversando no SEI [Sistema Eletrônico de Informações], aí eu prorrogo no SEI, eu dou alerta de prorrogação, e dou alerta de prazo expirado de resposta. Quando já tô no último prazo, que eles não me dão, aí eu vou fazer uma mediação. [Descreve se deslocar fisicamente para autoridade da administração pública da localidade] faço a mediação no setor “Olha, o prazo tá expirado, eu preciso dar resposta pro manifestante” e mesmo assim eles não me respondem, aí eu envio pra [unidade de controladoria da localidade]. [Descreve atuação da controladoria, incluindo eventual notificação do Secretário de Saúde da localidade.] Aí o Secretário notifica os setores pra me responder em 3 dias e aí eu recebo, todas aquelas que estão em atraso. Então, a gente trabalha realmente assim, a [ouvidoria onde atua] trabalha com esse acompanhamento. O que eu mais sinto assim de dificuldade mesmo aqui é essa resposta no prazo, porque nós estamos trabalhando na ouvidoria da saúde. E normalmente a tua saúde não pode esperar, a tua cirurgia não pode esperar, o teu atendimento não pode esperar. Então, eu acho que existe ainda essa falta de comunicação forte entre os gestores aqui. De entender que a ouvidoria, as ouvidorias da saúde, elas são focadas na saúde do indivíduo. Não é como as outras que pode

esperar um pouco, a nossa não pode esperar tanto. Então, por isso que a gente faz muita mediação. Muitas manifestações relacionadas a hospitais, eu noto que eles respondem num prazo menor, mas demora mesmo assim e isso dificulta o nosso trabalho de ouvidoria (Entrevistado 05).

Eu acho até que é uma coisa geral, sabe? Porque a maior dificuldade em todos os momentos que a gente conversa com outros ouvidores, eu participo de alguns seminários e tudo mais e a maior dificuldade é a resposta da área competente que tem que fazer aquele pronunciamento, pra gente poder se basear e responder ao cidadão. Realmente é a demora que a gente tem nesse retorno da área. [...]  
O desafio maior é no retorno mesmo, esse que eu te falei. O retorno em tempo hábil pra que a gente possa responder ao cidadão, que é o ator principal na história, que ele tenha a resposta satisfatória (Entrevistado 12).

Entrevistado 16 ressaltou, entre as principais dificuldades do serviço, “O tempo de respostas, sendo indispensável um trabalho junto aos gestores, que tem um papel fundamental no processo de trabalho da ouvidoria e na prioridade em dar a respostas breves e qualificadas aos cidadãos”, situação com a qual lida “entrando em contato com os setores e unidades de saúde para retornar com a resposta dentro dos prazos legais”.

Entrevistado 23 respondeu como dificuldade da ouvidoria “A morosidade administrativa nas repartições públicas, especialmente no que se refere aos processos e procedimentos repassados aos demais pontos de respostas, requer atenção e aprimoramento”, em face do que “é supervisionado o cumprimento do prazo legal de resposta ao cidadão, assim como o prazo de resolução pelos pontos de resposta, que devem ser encaminhados à Ouvidoria para intermediação”, ao que salienta que “em geral, as datas seguem o estabelecido por lei”.

Entrevistado 22 indicou que as respostas às manifestações precisam ser monitoradas para serem entregues a tempo ao manifestante, destacando que “a gente sempre está entrando em contato [com o setor demandado] para que essa demanda, por mais simples que seja, ela tem que ser respondida” e que “nem que seja negativa para o usuário, mas tem que ter resposta, independente de fazer o que ele pede na demanda ou não, tem que ter resposta”, a despeito do que “às vezes não consegue, porque não depende só da gente, mas o ideal é que seja 100% de resposta das demandas”.

Entrevistados ressaltaram que a relevância do prazo sobressai a observância do prazo imposto em lei e se coloca na própria natureza das demandas levadas à ouvidoria, como nos excertos que seguem:

O nosso desafio é tentar diminuir essa insatisfação por meio de tudo isso que a gente já conversou. Essas ações de governança de serviço, qualidade da resposta e prazo, porque questões de saúde são extremamente urgentes. E eu entendo que 20 dias pode ser um prazo demasiadamente longo pra gente resolver uma questão de saúde, dependendo do tipo de demanda. Porque se for, por exemplo, a necessidade de um leito de UTI. Talvez um dia seja muito, né? (Entrevistado 03).

Os entraves administrativos que têm sido necessários para garantir que os cidadãos, como pacientes da rede de saúde pública, tenham seus direitos assegurados e que estes sejam efetivamente cumpridos na prática. No entanto, a demora nos procedimentos inerentes à burocracia do sistema administrativo retarda as respostas definitivas das solicitações, reclamações e denúncias cadastradas pela ouvidoria, causando um período de espera prejudicial para os manifestantes (Entrevista 23).

Entrevistado 16 indicou que “Em alguns casos, os processos burocráticos e a falta de agilidade na tomada de decisões podem dificultar a resolução rápida e eficaz das demandas dos usuários, levando à frustração e descrença no sistema [referindo-se ao SUS]”.

Nesse âmbito, os ouvidores entrevistados relataram medidas adotadas na tentativa de mobilizar áreas e setores demandados à entrega da resposta da manifestação em tempo adequado, destacando-se abordagens de conscientização sobre a importância da manifestação do usuário e do serviço de ouvidoria, estratégias para acelerar a obtenção de resposta, acionamento da chefia correspondente e até advertência acerca da imposição legal do prazo, incluindo alerta de que seu descumprimento configura violação do disposto em lei. Nesse sentido:

A maior dificuldade [do serviço de ouvidoria] é receber as respostas em tempo hábil, mas a maioria dos setores respondem as manifestações dentro do prazo. Procuo sempre os setores responsáveis, entro em contato e fico cobrando e solicitando as respostas. [...]

Sim [há medida institucional para tratar a dificuldade decorrente da ausência de recebimento das respostas em tempo hábil], através de normativas dentro da instituição que estipulam os prazos de respostas das demandas dentro do que está descrito na Lei 13.460 e na LAI (Entrevistado 01).

[O que você tem feito para lidar com a dificuldade relatada sobre a demora nas respostas?]

A gente insiste, a gente envia alerta de prazos, a gente liga pros setores, a gente tá sempre buscando a resposta. Como, por exemplo, falta de medicação, inclusive já solicitei até pro farmacêutico pra que a gente possa ter acesso à lista de medicações que estão em falta pra gente conseguir dar uma resposta direta, sem ter que abrir um processo pra aguardar aquela resposta do farmacêutico. Enfim, a gente procura é... quanto mais resposta direta que a gente tiver, sem ter que abrir processo, sem ter que enviar pros setores, fica mais fácil e, quando a gente tem que enviar, a gente cobra e manda, emite alertas de prorrogação pros setores. [...]

Quando há um atraso muito grande da resposta dos setores, os órgãos maiores são notificados. Ultimamente, inclusive, o [gestor máximo do órgão da administração pública em que inserida a ouvidoria] foi notificado em alguns processos e o próprio [gestor] emite um memorando para os setores responderem à ouvidoria, até porque é lei. E, assim, a fim de diminuir, como já lhe falei, a judicialização na saúde (Entrevistado 05).

[...] nós resolvemos fazer um projeto que a gente chama [especifica denominação dada], a gente vê aquela área que tá mais demorando a responder e a gente faz uma visita na área, leva os técnicos [da ouvidoria], a gente explica tudo, o que é a ouvidoria, por que que ele tem que devolver aquele retorno, pra gente responder ao cidadão, que nós temos prazo, falamos das leis, e aí tem surtido efeito. [...]

Ela [interação com outros órgãos do SUS] existe e é positiva. Porque, assim, quando vem a manifestação do cidadão, nós trabalhamos aquela manifestação e nós enviamos para o setor competente, que vai atender, que vai responder, que vai se manifestar quanto àquela demanda, e a gente dá a resposta de acordo com aquilo. Então, normalmente respondem [...]. Assim, a maior dificuldade que a gente tem mesmo é na demora, mas o relacionamento com as áreas é bem interessante com a ouvidoria (Entrevistado 12).

Atualmente, [a maior dificuldade na atuação como ouvidor são] respostas às demandas de ouvidoria no prazo legal, principalmente em relação àquelas que envolvem pedido de informação pela LAI.

[O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?]

Sensibilização dos gestores com visitas técnicas e o encaminhamento de documentos orientativos. Há muita legislação sobre a atuação da ouvidoria [...], principalmente em relação ao tratamento de denúncias e pedido de acesso à informação da LAI (Entrevistado 11).

Como que eu respondo esse caso [de morosidade de resposta pelo setor de destino]? Como que eu pergunto pela terceira vez e a pessoa não me responde? Aí você dá uma advertência, ou seja, você fala assim: “Estou encaminhando pela segunda, pela terceira vez aqui, se você não me responder, eu vou responder para o meu chefe, que é o seu chefe, que você não está me respondendo”, ou seja, você está perguntando e advertindo. Então, de forma bem cuidadosa, bem zelosa, mas de forma responsável, porque não posso perguntar pra você e você não responder e ficar por isso, né? De algum jeito, a resposta tem que ser... ao menos estou cuidando, estou tratando, já foi tratado. E a gente busca com prudência isso sempre. (Entrevistado 02).

Entrevistado 12 mencionou proposta que surgiu em sua localidade de atribuir, para a área demandada, prazo de resposta menor que o estabelecido em lei, no esforço de garantir a resposta no prazo legal, “mas isso ainda não tá funcionando, é ainda projeto”.

Como exposto, a ouvidoria consiste em serviço no qual o usuário registra sua manifestação, qualquer que seja sua natureza (reclamação, solicitação, elogio, denúncia, sugestão, pedido de informação), cujo tratamento, eventual tomada de providência e elaboração de resposta ao manifestante será realizado pelo profissional, equipe, setor e área técnica pertinente à demanda registrada.

Nessa conjuntura, além da dificuldade vivenciada pelo serviço de ouvidoria com a usual inobservância de prazos pelo setor demandado (respondente), ocorrem ainda dificuldades de outras ordens, decorrentes de articulações fragilizadas entre os setores que compõem a instituição em que integrada a ouvidoria ou de ausência de reconhecimento dos setores quanto ao serviço de ouvidoria.

Entrevistado, que não será individualizado, ocupante do cargo de ouvidor geral do SUS em seu estado, ao responder sobre a interação dos serviços de ouvidoria com os demais órgãos integrantes do SUS, indicou:

Se for do órgão estadual, a gente tem uma excelente colaboração. Às vezes não responde o processo, como eu lhe falei [referindo-se à morosidade da resposta pelos

setores demandados], mas, assim, eles sempre são abertos. Quando a gente liga, eles atendem, eles respondem. Então, assim, pra gente é excelente. Agora, com o município é sempre um pouco mais dificultoso. Com o estado, como nós somos órgãos estaduais [descreve detalhe da localidade], acaba que eles sempre atendem. Agora, com os municípios é mais difícil mesmo, a comunicação (Entrevistado).

Quando perguntado sobre as maiores dificuldades na atuação como ouvidor, entrevistado, que não será individualizado para assegurar a impossibilidade de sua identificação, respondeu:

Eu acho que são as articulações internas, mais do que as externas, internas, por quê? Nós [a parcela da administração pública na qual a ouvidoria está inserida] somos divididos aqui em [setores]. No organograma, existe toda uma hierarquia, secretário, ouvidoria, aí vem, todo o conjunto. [...] Eu acho que essa é a grande dificuldade, é essa parceria. Por quê? “Ah, a ouvidoria?... não precisa. A ouvidoria... Ah, coloca qualquer um aí, né? Responde de qualquer jeito”. A gente tem, nós estamos como um indicador de qualidade em alguns desses setores. [...] Só que tem tudo um lado bom e um lado ruim. E o lado ruim é esse, que vai ajudar na resposta da sua pergunta. É bom ser indicador de qualidade porque faz com que exista uma dedicação a este trabalho. Não necessariamente há [nos setores] um profissional que tem o perfil e que tem o domínio da situação. Mas eu sei que tem uma referência dentro daquela unidade, dentro daquele setor. O que é ruim? Cibele, as respostas são muito fracas. Por quê? Porque eles têm prazo para resposta. E quando o prazo está batendo, o que é que eles fazem? Responde de qualquer jeito. Então, eles registram... o registro nem sempre é bom porque a pessoa às vezes não consegue compreender como um todo, mas quando o prazo começa a chegar perto, e eles perdem dinheiro se eles não cumprem o prazo, aí as respostas são ruins. Então, este ano, no ano passado, a gente começou um trabalho que a gente vai dar continuidade este ano, que é a qualidade do registro da manifestação e a qualidade da resposta. Porque isso está sendo ruim no meio dessa negociação toda, entendeu? É bom ter como indicador de qualidade a ouvidoria dentro desses hospitais, mas a coisa ruim de tudo isso é que a qualidade das respostas são ruins (Entrevistado).

Corroborando a dificuldade recorrente com setores e áreas apresentarem respostas mal qualificadas e sem linguagem clara ao usuário, entrevistado 04 especificou:

Claro que ainda tem a questão de que às vezes a gente precisa qualificar, essa resposta e orientação, porque às vezes, dando uma resposta malfeita, a gente confunde mais o cidadão do que ajuda. Então, é um papel, algo que a gente sempre tenta melhorar, por exemplo, não usar siglas. Às vezes a gente esquece disso. Usar a linguagem cidadã, conseguir explicar, garantir que a pessoa entendeu o que a gente tá tentando falar pra ela. Porque isso a gente tem que sempre trabalhar com os setores. E acho que não só nós, ouvidoria [onde o entrevistado atua], mas toda a rede, a gente vê que precisa. Então, e às vezes, a gente tem que até corrigir [a resposta elaborada]. [Menciona recebimento de resposta mal elaborada no fluxo da ouvidoria] a gente tem que olhar pra aquela demanda, entender a resposta que foi dada pelo outro lugar pra inclusive ajudar o outro lugar a melhorar a sua resposta. Então, acho que isso é um desafio grande também porque às vezes é muita demanda. Então, olhar uma por uma, saber o que tá acontecendo, é importante ter uma equipe qualificada. [Cita realidade da equipe de sua ouvidoria e diligência de avaliação da qualidade das respostas] aí eu olho e... realmente, a orientação que foi dada, foi meio atravessada ou não foi clara. Às vezes até a gente vê que a orientação foi certa, mas quando a gente vê o quê que o cidadão

fez, a gente viu que a forma como foi passado pra ele não foi clara suficiente (Entrevistado 04).

Sobre a referida atuação da ouvidoria em rede, outro entrevistado aponta particularidades do processamento das manifestações registradas na ouvidoria da administração pública em saúde que são pertinentes a algum hospital da localidade:

Nós temos uma ouvidoria em cada hospital. Então, as manifestações de ouvidoria, elas são encaminhadas aos hospitais e por meio do sistema [utilizado], essa ouvidoria hospitalar faz o encaminhamento para as áreas técnicas e é feito um networking. A [ouvidoria geral do SUS do estado respectivo] ensina os ouvidores a sempre terem um ponto focal em cada setor do hospital pra viabilizar uma resposta adequada e resolutiva. Eu acho que nós temos um nível de comprometimento que nós podemos considerar alto. Isso foi uma construção, lógico que não nasceu assim. Nós já tivemos problemas por falta de comprometimento, mas com o trabalho feito nos últimos anos a gente conseguiu melhorar muito essa questão. Então, hoje as pessoas respeitam o prazo das manifestações de modo geral, as pessoas tentam resolver os problemas. [...]. Então, eu acho que a gente, lógico, tem uma margem importante pra gente melhorar. Mas eu acho que a gente, nós temos um bom comprometimento na rede de ouvidorias da secretaria de saúde [correspondente ao entrevistado]. [Narra manifestação registrada no sistema, mas que se refere ou é destinada a outro órgão da administração]. Mas, de um modo geral, a gente é bem democrático numa relação, entre aspas, a essas demandas. Então, nós temos, além dos ouvidores, a figura dos interlocutores, que são as pessoas que recebem na administração central, que a gente não tem como ter um ouvidor em cada setor. Então, [a ouvidoria geral do SUS do estado respectivo], por meio do próprio sistema de ouvidoria, capacita, treina, profissionais dessas áreas, e eles chegam a essas demandas diretamente do sistema de ouvidoria, vão lá, executam o serviço, voltam e respondem aos usuários (Entrevistado 03).

De forma semelhante, entrevistado 10, perguntado sobre a interação da ouvidoria com os demais órgãos integrantes do SUS, respondeu:

Temos uma boa relação, com os diretores dos hospitais também, sempre essa devolutiva, quando a gente vai atrás pra tentar resolver porque a demanda tá vencendo. Lógico que, eu falei, algumas áreas técnicas nem sempre são, não que não sejam acessíveis, não acham que o prazo, expirou o prazo, “vou deixar a ouvidoria por último”. Mas a relação nossa da ouvidoria com as demais áreas [da parcela da administração pública em que está inserida] é muito bem resolvida (Entrevistado 10).

Indo além, entre as dificuldades, entrevistado 06 listou equilibrar as demandas de trabalho, alcançar melhoria na qualidade e na agilidade das respostas dos setores dos órgãos, questões enfrentadas mediante sensibilização e aproximação das áreas técnicas competentes e melhorias nos processos internos.

Entrevistado 21, ao informar dificuldades em sua atuação como ouvidor, também mencionou desafios decorrentes da interação entre setores quanto à coesão para tratamento das denúncias registradas pelos usuários:

E outra coisa, que a gente tem percebido, que é um dificultador, que são as denúncias. O cidadão não sabe para quem fazer a denúncia. Ele joga ao vento. Então, ele dispara para todo o mundo. E aí percebemos duas situações diferentes. Uma: a Cibele recebeu, eu recebi, a fulana recebeu, “Ah a Cibele vai responder”, só que a Cibele fala: “A fulana vai responder”. Quem responde? Ninguém. E a segunda situação, “Ah nossa, é importante, vou responder”, só que eu não copio você e você é do mesmo setor que eu, e o que você faz? Você fala: “Nossa, é importante, eu vou responder”. O cidadão tem duas respostas diferentes. O que ele faz? Ele escolhe a melhor para ele. E ele metralha a outra. Então, assim, outro dificultador que esse projeto [...] vai ajudar a solucionar. Então, assim, a gente tem meios para resolver. Só que, conforme a gente resolve aqui, a gente vê que “Ih destapou um buraquinho lá”, aí o problema muda. Então, o problema da vez hoje é organizar o processo de recebimento de denúncia interno e filtrar isso só para entrar por aqui. Difícil? Dificílimo. Porque muitas pessoas não querem falar com a ouvidoria, “Eu quero falar com o [gestor do ente federado]”. “Então, mas eu represento o [gestor do ente federado]”. “Eu quero [o gestor do ente federado]”, “Fui eu que coloquei ele lá. Eu quero falar com ele”, né? Daí pra adiante. Mas a denúncia hoje é um processo que a gente está em mudança. E o outro é essa articulação com os setores. Então, são esses 2 pontos, eu pegaria agora. Se a gente conversar no começo do ano que vem eu posso falar para você: “Ih Cibele, resolvi, mas apareceu outro” (Entrevistado 21).

O entrevistado 21 descreve como elemento necessário à atuação da ouvidoria “essa articulação” entre setores. Indicando estar submetido ao gestor do ente federado e a um Controlador/Ouvidor Geral da rede que integra, pontua a necessidade de envolvê-los nas propostas de organização para obter deles aprovação e validação nas questões relativas a serviços de ouvidoria. E pontua a relevância disso não apenas para a regularidade das medidas adotadas, mas especialmente como via para chancela à atuação da ouvidoria em face dos setores demandados:

Então, os 2 [gestor e Controlador/Ouvidor Geral] têm que estar de acordo para eu poder atuar em algumas coisas. E esse é um processo em que eu preciso dos dois. Por quê? [Informa a relevância disso para cumprir a legislação em ouvidoria e as diretrizes do gestor.] Então eu tenho que entrar num acordo. Então essa articulação é muito importante, que é o que eu estou fazendo agora, tá? E com relação aos setores eu também preciso primeiro validar, o mesmo processo, valido com [Controlador/Ouvidor Geral e com o gestor], e eu atuo. Então, é verificar agora se, diante dessa nova legislação, eu preciso mudar a minha resolução e fazer cumprir essa resolução, tá? E aí tem alguns [profissionais dos setores] que me falam: “Se eu não cumprir. Qual a minha punição?”. A ouvidoria da saúde, ela não investiga e ela não pune. Mas, eu respondo para ele: “Você, como servidor público, como chefia, está ferindo a lei do funcionário público, a lei da ouvidoria e a lei do funcionário público”. [...] Quê que eu vou fazer? Eu aviso o [gestor]. Se tiver alguma punição, alguma investigação, alguma sindicância, algum processo administrativo, sai dele. Então, é um processo como um todo. [...]

Então, nós como servidores públicos, a gente tem leis a seguir e, às vezes, a gente só precisa lembrar, né? Vou fazer o outro lembrar. Você tem todo um script aí na sua mão para seguir, tá seguindo? Não, não tá seguindo. Então, eu vou informar que não está seguindo. E se não tiver seguindo, quem vai tomar providência é o [gestor]. Não é comigo. Ele pode não fazer nada, como ele pode fazer. Vai da gestão que ele quer para ele. Então, a gente fica às vezes meio vendido nessa situação, sabe? É complicado, porque você está negociando com uma pessoa, que tem tanto poder

quanto você. Que, apesar de eu estar [em posição específica dentro do organograma institucional], eu não vou, eu não mando na gestão deles. Eu posso recomendar, como diz a lei. Mas, eu não mando (Entrevistado 21).

No mesmo sentido, entrevistados destacaram a relevância da interlocução entre os órgãos dentro do SUS para a própria concretude do serviço de ouvidoria:

[Como é a interação dos serviços de ouvidoria com os demais órgãos integrantes do SUS?]

Acho que é vital, assim, porque nenhuma das nossas, quer dizer, quase nenhuma das nossas respostas, ela é dada de pronto. A gente no máximo orienta, às vezes sobre fluxo, de como solicitar, como receber um atendimento, como solicitar medicamento, de como a pessoa pode, em algumas legislações que a gente dá orientação, mas é mais pontual. O resto, a gente sempre registra e encaminha pro órgão, pro setor responsável. Então, a gente precisa muito dessa interlocução. A gente tem uma rede [descreve os órgãos da saúde em seu âmbito de atuação, incluindo setores pertinentes a atenção especializada, atenção primária, planejamento, comunicação, assessoria jurídica], a gente tem interlocução em todos eles e todos os dias. Então, a gente tem interlocutores que ficam mais dedicados à ouvidoria e a gente tem interlocutores que dividem a ouvidoria e outras atividades. Mas a gente tem uma rede muito grande e acho que é vital pra ouvidoria. E a gente funciona, na minha avaliação. Eu fiquei muito surpreso porque eu nunca tinha trabalhado diretamente com a ouvidoria, mas eu tinha uma noção de ouvidoria, porque quando eu trabalhei em outras áreas técnicas, passavam algumas [demandas de] ouvidorias para serem respondidas, mas aqui, quando eu cheguei aqui [no cargo de ouvidor], eu fiquei surpreso com quão grande é a rede e quão bem funciona essa rede assim. [...].

A gente acompanha as taxas de resposta dentro do prazo, a gente aumentou muito a taxa de resposta dentro do prazo, isso é um dos indicadores que a gente tem de planejamento nosso. [...]. Então, aumentou muito e isso tem a ver com a rede, tem a ver com a qualificação da resposta, se a gente avalia que a resposta não é suficiente, a gente devolve e o prazo continua contando. Então, acho que tem muito a ver com essa qualidade, qualificação assim dessa rede, que envolve setores da [parcela da administração pública em está inserido] da saúde como um todo (Entrevistado 04).

Não existe uma ouvidoria efetiva que atue de forma desconexa com a gestão, com os demais setores e serviços. Isso é uma realidade? Nem sempre. Temos ouvidorias por aí que não conseguem fazer essa casadinha. E aí a ouvidoria não tem uma atuação efetiva no meu ponto de vista. A ouvidoria, ela é um serviço de comunicação, de acolhimento, de direcionamento. A ouvidoria não é onde as coisas de fato se resolvem. Então, o cidadão, ele traz pra ouvidoria o conteúdo, muitas vezes uma insatisfação, e a ouvidoria, ela vai direcionar pra que a área atue. Então, só por essa lógica de atuação da ouvidoria, não tem como a gente conceder um serviço que atue acéfalo. Então, ele precisa estar ali inserido dentro da gestão, em constante diálogo com as áreas técnicas (Entrevistado 19).

A gente tem essa boa integração e a atuação, porque são muito fundamentais e importante para a gente, a gente não faz nada sozinho aqui na ouvidoria. Se a gente não conhecer a estrutura do SUS, principalmente aqui do órgão onde a gente está inserido, o que é cada caixinha aqui dentro, que cada um faz, responsável pelo quê, não ter um mínimo de conhecimento da política, a gente não conseguiria dar muito apoio. Então, a gente está em todos esses espaços. A gente faz essa integração, essa atuação porque a gente depende deles. A ouvidoria, ela abarca tudo isso, aqui, internamente, e quando eu falo também com a rede fora (Entrevistado 18).

Entrevistado 15 indicou que “a relação [com os demais órgãos que integram o SUS] é totalmente dependente porque não há ouvidoria que responde as manifestações que chegam até nós, são as áreas técnicas; então tá sempre em constante contato até pra solicitar informações”.

Entrevistado 06 respondeu ao questionamento sobre a interação da ouvidoria com os demais órgãos integrantes do SUS que “Se estiver se referindo aos setores da Secretaria [de Saúde local], são bem receptivos, mas quanto ao encaminhamento de respostas se mostram um pouco descompromissados, salvo algumas exceções; se estiver se referido aos hospitais filantrópicos, idem”.

Entrevistado 20, ao responder sobre maiores dificuldades em sua atuação como ouvidor, disse entender não ter muita dificuldade, “porque tudo que chega, pelo menos, todas as manifestações, demandas que chegam na ouvidoria aqui conosco, a gente consegue estar intermediando em todas as áreas do [ente público em que inserida], nós conseguimos chegar até o problema e fazer essa questão de resolver”, ponto em que salienta que sua ouvidoria está bem interligada com os setores do ente público em que inserida e conseguir “dar um andamento bem positivo em relação a todas as manifestações que chegam”. Por sua vez, questionado sobre desafios e dificuldades que identifica na atuação dos serviços de ouvidorias do SUS, respondeu “Desafio de desacreditar. Muitos diretores não têm a sensibilidade de imaginar que a ouvidoria auxilia no serviço do SUS, mas o nosso gestor apoia a gente. Ele tem, como é que eu posso te falar? Ele tem autociência que a ouvidoria realmente funciona” (Entrevistado 20).

Além da relevância da interação da ouvidoria com setores da saúde para o desempenho de suas atribuições, referida interação também apresenta potencial e desdobramentos no âmbito da avaliação dos serviços e setores, do planejamento e da atuação em melhorias.

Entrevistado 17 salientou a necessidade de a ouvidoria analisar seus dados e as demandas recebidas “para ver exatamente onde que estamos errando no planejamento do SUS, para ter manifestações para solucionar o principal problema que tem para os usuários hoje, qual que é? Nós não sabemos, qual que é o principal problema que interfere diretamente no planejamento do SUS” e acrescenta que “Esse é o diálogo que a ouvidoria tem que ter com a gestão do SUS nas esferas de governo”.

Entrevistado 23 pontuou que “A ouvidoria, como órgão intermediário, estabelece conexão com os pontos de resposta após coletar as demandas do atendimento ao cidadão”, contexto em que “promovemos um bom relacionamento entre os departamentos competentes, estimulando a produtividade transdepartamental”.

Ainda sobre os desafios do serviço de ouvidoria do SUS relativo à interação com setores do Sistema, áreas integradas à unidade administrativa e gestor propriamente dito, são também os seguintes relatos:

Na verdade, a nossa dificuldade de hoje é uma maior aceitação dos gestores nessa área de ouvidoria. De quando você encaminha uma solicitação, uma manifestação, seja ela denúncia, solicitação, reclamação ou até mesmo um elogio, a devolutiva desses gestores, principalmente dos municipais [referenciando distinção entre gestores de unidade de saúde municipal e estadual]. Porque, quando o cidadão, ele procura a ouvidoria, ele quer que seja resolvido o problema dele. Então, tem alguns gestores que deixam muito a desejar nesse ponto.

[O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?]

Fazemos reuniões periódicas. E entramos... procuramos o conselho [de saúde da localidade], [...] e passamos, mandamos e-mails, mandamos ofícios também cobrando, ofícios com assinatura do [gestor máximo do órgão da administração pública de referência do entrevistado], claro, e fazemos essas campanhas educativas com eles. [...]

É como eu já te falei. [As dificuldades] São a questão da devolutiva que os gestores têm que repassar pra gente. Quando eu falo gestores, eu falo inclusive as áreas técnicas nossas [da esfera da administração pública em que está inserida]. Algumas áreas técnicas têm aquela compreensão melhor, de entender que é o cidadão ou o próprio servidor – quando se trata de RH, é o servidor. Porque a ouvidoria tanto é para o público externo, como interno, que fazem esse tipo de solicitação, não sou eu. Que nem, muitas pessoas acham que quando me passa no corredor “Ah, mas você me pediu isso”, não, não fui eu que pedi e solicitei, foi o cidadão. Então, assim, a gente tem um prazo pra devolver, a gente tem um prazo a cumprir por lei, que está na 13.460. Então, as áreas técnicas, eles deixam um pouco a desejar nesse sentido. Mas já conseguimos trabalhar, melhorar bastante. [Menciona colaboração das chefias administrativas da esfera da administração pública na provocação dos setores por respostas no prazo adequado] (Entrevistado 10).

Agora, o que as Secretarias podem estar fazendo para efetivar [o direito à saúde] é melhorar os processos de trabalho. Porque tem muito processo de trabalho aí equivocado, muito processo de trabalho que prejudica a população e que às vezes a ouvidoria identifica o processo de trabalho com um problema ou corrige daquele cidadão, mas os demais cidadãos continuam com o mesmo, dentro do mesmo processo errado, só consegue resolver daquele que veio aqui na ouvidoria, mas não se corrige o processo, se corrige aquela demanda. Então, a partir do momento que corrigir os processos de trabalho e todo mundo ter o entendimento que o processo... qual é o melhor processo, eu acho que já começa a efetivar o direito que o cidadão tem de receber o serviço qualificado. Investindo também em gestores mais técnicos, né? Deixar um pouco a política de lado. Acho que, em se tratando de saúde, a gente precisa de pessoas técnicas, pro serviço fluir melhor. [...], eu acho que faz a diferença também. Colocar médico, onde precisa de ser médico. Colocar dentista onde precisa de ser dentista. [...].

Processo de trabalho, esse do fluxo de atendimento. Porque quando tem problema no processo de fluxo, quem não é atendido é o paciente. Precisa corrigir o processo de trabalho do técnico, para que o processo do fluxo, ele possa fluir. Então, os 2 processos estão alinhados, que não basta eu ter um técnico ótimo e um fluxo ruim e eu ter um fluxo ótimo e um técnico desqualificado. Então, eles não andam separados, eles andam alinhados. Então, eu tenho que ter um técnico bom e um fluxo bom para poder, a saúde chegue na população, de forma adequada (Entrevistado 09).

Lado outro, exatamente em razão do papel essencial dos setores de saúde para a realização efetiva das atribuições da ouvidoria, constata-se que setores acessíveis e colaborativos têm potencial qualificador da prestação da ouvidoria.

Alguns entrevistados sinalizaram boa relação com as áreas, setores e órgãos de saúde alcançados pela ouvidoria, consignando que “a interação é excelente, sempre que temos alguma demanda, precisamos de algo, somos bem atendidos/recepcionados com muita cordialidade” (Entrevistado 01). Outro apontou “Mantemos uma relação direta e recíproca com as áreas institucionais incluindo atenção primária, média e alta complexidade, setor de vigilância em saúde, serviço de urgência e emergência, UPAs contratualizadas” e acrescentou realizarem “monitoramento mensal hospitalar e ambulatorial com todas as ouvidorias contratualizadas com a Secretaria de Saúde [à qual se vincula o ouvidor entrevistado]”, destacando utilizarem os sistemas informatizados e canais de recebimento das demandas para uma gestão eficiente e transparente (Entrevistado 06).

Listando dificuldades ao serviço de ouvidoria do SUS, entrevistado 16 mencionou que “A falta de integração entre as ouvidorias do SUS e outros setores do sistema de saúde pode dificultar a resolução de problemas que envolvem múltiplas áreas ou instituições” e que “Em algumas instituições, pode haver uma cultura organizacional resistente à prestação de contas e à transparência, o que dificulta a implementação de melhorias sugeridas pelos usuários e a mudança de práticas inadequadas”. Concluiu que “Superar essas dificuldades requer um esforço contínuo de todas as partes envolvidas, incluindo governo, gestores de saúde, profissionais de saúde e usuários, para fortalecer os serviços de ouvidoria do SUS e garantir um sistema de saúde mais justo, transparente e eficiente” (Entrevistado 16).

De forma semelhante:

Dificuldade na atuação da ouvidoria, que a gente entende que possa ser aprimorado, é o cumprimento dos prazos legais, na resposta em tempo oportuno, na qualidade da resposta ao usuário para ter respostas mais efetivas, na implementação de mecanismos de monitoramento e avaliação, acho que a gente pode melhorar a nossa atuação na gestão da informação e do conhecimento, das informações que são acolhidas da manifestação do cidadão, da adoção de práticas de mais inovadoras, também é um grande desafio que a gente tem, e da institucionalização do sistema nacional de ouvidoria, o fortalecimento da atuação em rede desse sistema de ouvidorias, mais forte, mais fortalecido, mais potente e mais próximo do SUS. A ouvidoria não pode ser uma organização à revelia da organização do SUS que fortaleça a participação social que realmente, a ouvidoria do SUS, ela contribua no seu papel de garantia do acesso do direito à saúde e também na prestação da administração da saúde (Entrevistado 17).

A eficiência na resolutividade das manifestações é questão de trato continuado pelos serviços de ouvidoria, o que envolve a consideração sobre o número de manifestações recebidas e de não respondidas, o tempo médio de resposta e os motivos centrais para as respostas estarem pendentes. Isso também se verifica sobre a qualidade das respostas, destacando-se que a ouvidoria recebe, analisa e encaminha as manifestações recebidas dos setores integrantes da administração pública e dos profissionais, de modo que, como é pela ouvidoria que a resposta é entregue ao usuário, na perspectiva deste é natural vincular a ouvidoria na responsabilidade pelo teor da resposta. Em outras palavras, eventual avaliação pelo usuário sobre a qualidade da resposta recebida, ainda que possa ser atribuída pelo manifestante como de responsabilidade da ouvidoria, terá influência direta das áreas respondentes.

Nessa conjuntura, uma das atuações da ouvidoria consiste em analisar a qualidade das respostas fornecidas, de forma que, quando a resposta não atende às necessidades apresentadas na manifestação, ela é devolvida à área respondente para que reveja a resposta dada. A ouvidoria também atua no monitoramento dos prazos de resposta estabelecidos por lei, para garantir que o usuário receba uma resposta dentro do prazo estipulado. Todavia, essas ações dependem de uma interação eficaz entre os serviços de saúde e setores da administração pública e a ouvidoria.

Essa realidade impõe reforçar que a ouvidoria não possui atuação punitiva, mas função de subsidiar a gestão com dados que contribuam para a tomada de decisões e para eventuais ajustes nas políticas de saúde.

Importa ressaltar que as considerações lançadas consistem em referenciais gerais e abstratos que orientam – ou deveriam orientar – a atuação do serviço de ouvidoria do SUS, pelo que é necessário consignar que não se está a afirmar que a realidade fática é de funcionamento perfeito da ouvidoria ou que há eficiência plena em sua ação concreta. As informações constantes nas entrevistas sinalizam atuações positivas e profícuas da ouvidoria, consistente em relato do entrevistado nesse sentido e que não foi checado pela pesquisadora, ao passo que os próprios entrevistados apontam disfunções e fragilidades presentes no serviço de ouvidoria, os quais também não foram averiguados na pesquisa.

Além dos elementos concernentes aos setores, órgãos e serviços envolvidos nas manifestações levadas a registro nos termos acima sinalizados, outro fator que influencia e permeia o serviço prestado pela ouvidoria do SUS são as próprias questões estruturais e organizacionais do Sistema. A efetividade ou inefetividade do SUS em certa localidade, sobre certa ação de saúde ou sobre necessidade específica do usuário definem de forma substancial as manifestações registradas e providências exigidas da ouvidoria e dos setores demandados.

### Confirmam-se pronunciamentos na questão:

A administração pública, ela sempre é desafiadora. Nós lidamos com escassez de recursos e, quando a gente fala em saúde pública, os desafios são ainda maiores porque a gente lida com as questões que são muito importantes, muito sensíveis. E somos subfinanciados, o recurso nunca é suficiente. E aí os desafios são maiores porque a ouvidoria acaba sendo muito importante para a gente compreender as insatisfações dos usuários, pra a gente tentar justamente ter isso como ponto de partida para o processo de decisão dentro da gestão, para que a gente possa efetivamente melhorar os serviços e melhorar a satisfação dos usuários. É o que é mais desafiador (Entrevistado 03).

Então, a gente sabe que a maioria das queixas de usuários é por conta de oferta. E a demora. Então, a maioria das nossas demandas aqui é sobre assistência à saúde ou à falta ou à precária assistência de saúde. É a reclamação pelas filas, as filas pela consulta, fila por um exame, a fila por uma cirurgia, enfim. Questão de atendimento ruim, precário, lá na ponta. Mas a gente também entende que muita coisa é a própria oferta que é pouca, muita coisa é relacionada à própria gestão, ou a falta de gestão. E implica muito mais na qualidade do serviço lá, se você não faz uma boa gestão na ponta. Então é como se enxugasse um pouco gelo, sabe? A gente registra, registra, mas a gente vê que aquela realidade entra ano e sai ano é a mesma coisa, não muda muito (Entrevistado 18).

[Na sua opinião e pela sua experiência, qual a principal dificuldade ou desafio atual na efetivação do direito de saúde?]

Eu acho que é recurso. É aumentar a quantidade de recurso, porque saúde não se faz de graça. A gente tem o SUS, que é imenso, aí quando você vai para os pilares do SUS, universalidade, igualdade... é complicado. Trazer um profissional médico, um profissional de saúde para [localidade mais remota e menos desenvolvida], para ele ganhar o mesmo que ele ganha em [localidade desenvolvida], ele tem que ganhar mais porque ele não vai querer vir para cá, eu botar uma tabela SUS para pagar os procedimentos, o mesmo que paga em [lista localidades centrais desenvolvidas], sendo que os produtos para o [local remoto], eles vão andar 3.500 km para chegarem, quer dizer, eles vão chegar com um custo maior. Então, acho que ela deveria ter essa diferenciação. [Cita localidade inserida no bioma amazônico], com todas as maravilhas e os desafios desse bioma, longe de tudo. [...]. Tem essa dificuldade, do valor dos procedimentos [...]. [Reafirma a dificuldade de estabelecer profissionais em lugares remotos mesmo em estado com faculdades de medicina que], em proporção, é um dos maiores exportadores de médico. Forma médico, e exporta [...]. A gente hoje é exportador de médicos, de médicos, de enfermeiros, de nutricionista. [...]

A gente, por exemplo, aqui, cirurgião torácico, tem um [na localidade indicada], endócrino pediatra uma, neuropediatra... hoje que a gente tem essa questão do TEA, transtorno do espectro autista, só cresce, a gente tem 4 profissionais, e a gente tem uma fila de duas mil e quinhentas crianças. Então, umas demandas recorrentes que a gente chega é a revolta dos pais pela demora desse diagnóstico, até porque a criança, para ela ter um mediador na escola, ela precisa desse diagnóstico, porque a Prefeitura, ela exige. Ou, então, para ter uma dieta diferenciada, porque ela tem alguma intolerância, alguma alergia, ela precisa do laudo. Alergista pediátrico, a gente só tem dois aqui [na localidade indicada]. Tem especialidades que a gente tem um profissional, tem 2, tem 3, pra população de [número muito significativo] de habitantes (Entrevistado 26).

Em razão de a ouvidoria ser local de recebimento das demandas relativas ao SUS e estar institucionalmente localizada em posição que se conecta à gestão, planejamento e execução do Sistema, e aos serviços de saúde propriamente ditos, os ouvidores entrevistados foram

questionados qual(is) a(s) principal(is) dificuldade(s) ou desafio(s) atual(is) que entendem existir na efetivação do direito à saúde. A carência de recursos para efetivar a integralidade das previsões do SUS em todas as esferas, a alocação insuficiente ou desigual de recursos em certos âmbitos e a demanda superior à oferta na saúde pública foram as indicações mais recorrentes:

As principais dificuldades [na efetivação do direito à saúde] são, é a causa da prestação de serviço. Tem hora que não tem um profissional, que não é culpa da [área da administração pública]. Às vezes é que não existe a oferta na região, na localidade. Então, essas questões de gestão, que é tirar daqui, por ali, designar. Então, esse é o desafio diário, porque saúde não espera, né? Se qualquer um de nós pegar uma gripe, a gente já fica preocupado. Se for grave, a gente já fica de cama. Então, não é uma coisa eleita, escolhida. A gente tem como interpretação que o maior desafio aí é essa questão de buscar melhorar a oferta diária porque cada dia é uma necessidade específica. E sincronizar, sintonizar as situações de demanda de foro municipal, estadual, federal, para que a gente possa ofertar um serviço de qualidade dentro da norma da lei com a melhor eficácia possível. Eu acho que aí que estão os desafios (Entrevistado 02).

Algumas das principais dificuldades na efetivação do direito à saúde incluem acesso desigual aos serviços de saúde, falta de infraestrutura adequada em algumas regiões, escassez de recursos financeiros e humanos, burocracia no sistema de saúde, desafios na implementação de políticas de saúde preventiva e educacional, e questões relacionadas à qualidade e segurança dos serviços de saúde. Além disso, pandemias e crises de saúde pública, como a COVID-19, têm exacerbado esses desafios e destacado a necessidade de respostas ágeis e eficazes (Entrevistado 16).

A maior dificuldade que eu vejo é diminuir a desigualdade dos serviços ofertados. Porque os recursos não são distribuídos de forma igualitária. Determinados locais têm muitos profissionais, em outros têm poucos. Eu acho que a dificuldade que eu vejo nessa efetivação do direito à saúde é a desigualdade mesmo. Não tem como, não vejo de outra forma. Não é ofertado da mesma forma aqui do que é ofertado lá no [região do Brasil distinta da região do entrevistado]. Não tem tantos médicos lá quanto tem em [estado do Brasil com alto desenvolvimento]. Então, é a desigualdade mesmo. Quando diminuir a desigualdade de todas as formas, eu acho que a gente vai ter prestação de serviço melhor, direito à saúde com qualidade (Entrevistado 25).

Eu acho que a questão da regulação a gente avançou, a partir do momento que a gente tem mais transparência, na questão da fila, tanto tempo se discutindo isso. Mas a gente ainda tem filas enormes e inesgotáveis para determinados procedimentos, que a gente não consegue reduzir. Vejo aí ao longo de muitos anos, eu participando de rede de discussões regionais, falando de questões de mortalidade materna, falando das altas taxas de sífilis e tuberculose. A gente está falando de Brasil e [estado do entrevistado], então, estar discutindo tuberculose no [estado] ainda, números altos. Mortalidade materna, números altos. A gente está falando da rede de oncologia, que é um desafio pro Estado, né? Você ter um diagnóstico precoce, ao ter o diagnóstico precoce, você conseguir ter lugares efetivos de tratamento, depois essa pessoa voltar para um acompanhamento na atenção básica. Então, acho que a gente tem desafios ainda relacionados a regionalização do SUS. É... umas questões de acesso, mesmo que tenha melhorado, a gente ainda tem uma dificuldade. A gente ainda tem pessoas procurando por unidades, que deveriam ser unidades de emergência, pra tratamento de coisas que deveriam ser da atenção básica. Então, você ter municípios com 100% de cobertura não significa que a pessoa tá tendo um atendimento de qualidade, tá conseguindo resolver suas questões ali para não ir para a média e alta [complexidades] (Entrevistado 13).

Eu acho que o usuário do Sistema Único de Saúde, ele tem um olhar mais voltado pra ele. Eu acho que já teve tempos mais difíceis. Porque eu estou na saúde tem 13 anos. Então, assim, já peguei fases muito ruins. E hoje, eu vejo assim que a população, até a nível estadual mesmo, ela é bem atendida. [Cita mutirão de cirurgias eletivas feito em determinada localidade num certo ano, com quase 30 mil cirurgias realizadas.] Então, assim, desafogou bastante essas cirurgias, que a população estava aguardando. [Cita dados de cirurgias eletivas de seu estado.] Então, graças a esses mutirões que estão sendo feitos. [...]. Porque assim, a gente sabe que a saúde, ela passa pelas 3 esferas, municipal, estadual e federal. [...]. Dificuldade sempre tem, agora, se a gente for pontuar todas [risos].

Eu acho que o que se destaca é o um pouco da morosidade, que o Sistema Único de Saúde, eu vou falar no âmbito, no contexto total, nacional. A morosidade, um pouco... do sistema. De poder chegar aquilo que o cidadão tá solicitando. Vou dar um exemplo de uma consulta, de uma própria cirurgia, porque se a gente sabe que tem as classificações, que são feitas baseadas na pactuação de cada município. Então, eu acho que a maior dificuldade seria essa. Não o acolhimento dele [usuário], porque eu acho que os municípios acolhem bem, já são atendidos, já são encaminhados. Só que a morosidade desse encaminhamento até chegar realmente o que ele precisa, eu acho um pouco a desejar (Entrevistado 10).

Entrevistado 14 indica que “acho que a regulação de leitos é um problema crônico no país todo. Não há uma quantidade de leito que abarque a demanda, principalmente em leitos nefrológicos, UTI, que seja especializada em cardiopatia. Eu acho que é um grande gargalo, a questão do leito”.

Esses fatores ganham relevo não apenas por sua presença significativa nas provocações dos usuários junto à ouvidoria, mas por constituírem questões de estrutura, organização e prestação do SUS manifestas em carências, faltas e falhas, inclusive no âmbito da necessidade de maior financiamento para a saúde pública. Em razão da manifestação registrada, a ouvidoria é provocada a intermediar a questão com a administração pública e a devolver resposta ao usuário, mas referida atuação encontra restrição por configurar situação conflituosa que demanda ações ampliadas pertinentes à política de saúde, orçamento e estruturação de serviços.

Os gestores também figuram como elemento definidor do alcance e dos resultados obtidos pelo serviço de ouvidoria na efetivação do direito à saúde e no aprimoramento das ações e serviços do SUS. O gestor proceder ao efetivo reconhecimento da ouvidoria, não apenas formal, mas mediante atuação integrada e estratégica, conceder apoio e adotar os dados e relatórios por ela gerados no planejamento da política pública e na definição de ações sob sua gestão são alguns dos aspectos destacados:

O desafio é mesmo que a gente faça com que o SUS funcione. Nós levamos sempre à gestão o que o cidadão fala, o que o cidadão reclama, os elogios do cidadão, as denúncias, as sugestões, isso a gente leva para a gestão. E um desafio grande é que a gestão acolha essas sugestões. Porque a gente faz os relatórios, manda pra gestão. E a gente coloca também, nós nos reunimos aqui e colocamos também as sugestões de melhoramento quanto a isso. Aqui no [local de atuação do entrevistado], a gente tem

feito isso, tem conseguido esse desafio. [Comenta situações em que o gestor levou em consideração o que foi levado pela ouvidoria e fez intervenção correspondente.] Nós temos denúncias, então, essas denúncias sempre são atendidas. Tem reclamações e as reclamações são atendidas. Pessoas já foram demitidas por conta de denúncias de ouvidoria. Pessoas já foram mudadas de local porque a gente via que a pessoa não tinha um perfil pra aquele atendimento. Então, elas foram mudadas de local. Não tinha um perfil de atender pessoas, de fazer um atendimento presencial. E muitas coisas aqui no [local de atuação do entrevistado] a gente consegue mudar de acordo com a sugestão que leva, que são resultados de demandas de ouvidoria (Entrevistado 12).

A dificuldade, que eu percebo, questões internas mesmo, de reconhecimento da importância da ouvidoria, da falta de visão estratégica que a ouvidoria tem dentro da instituição. Ou seja, para muitos gestores ainda é algo como aquele setor que só traz problema, que só aponta os problemas e as dificuldades, ou como aquele setor, para alguns outros setores internos aqui, aquela área que só traz mais demanda, só traz mais trabalho. Porque a gente recebe as manifestações, mas a gente tem que encaminhar para quem é de competência responder, pra gente dar essa devolutiva para o cidadão. E, obviamente, nessas áreas não tem ninguém específico só para atender a demanda de ouvidoria. São outros servidores que têm outras atribuições e que foi dada mais esta atribuição. Então, muitas vezes, a gente tem essa dificuldade interna, que é dar importância, dar prioridade ao que chega da ouvidoria, reconhecer a ouvidoria como uma área estratégica importante dentro da instituição, que é esse espaço, essa unidade que vai fazer esse elo, esse canal de comunicação entre o público e a gestão, que é importante ter e que deve ter. Porque o cidadão precisa se comunicar com a gestão, e qual é a outra forma de fazer isso? Ele ia ter que vir aqui diretamente, bater na porta diretamente dos setores, sem saber qual, pra pleitear alguma necessidade sua. Então, a ouvidoria é esse canal para isso.

E a dificuldade maior é, outra dificuldade, são com os relatórios que a gente faz. Os relatórios de gestão que a gente aponta o que o cidadão tá gritando lá na ponta, e que isso poderia servir como instrumento de gestão no sentido de rever planejamento, rever estratégias, rever políticas públicas ou aprimorar, a partir dessa escuta, a partir do que o usuário já está trazendo. E a gente percebe que isso ainda é pouco valorizado, isso ainda é pouco usado. Isso varia muito também vou dizer de órgão para órgão. Tem gestor que compreende mais esse papel, que dá a importância devida, que faz de tudo para fortalecer a ouvidoria, o trabalho da ouvidoria, mas tem outras que desconsidera, desconhece... não é desconhecer, mas, assim, que não dá a devida importância, que deve ter. Uma coisa que dificulta um pouco o trabalho da gente é isso, não ter esse respaldo todo, não ter essa importância toda dentro de uma instituição (Entrevistado 18).

A gente tem que trabalhar também o convencimento do gestor sobre a importância da ouvidoria, que a ouvidoria, ela trabalha em prol da [gestão da saúde], em prol daquela unidade de saúde, não contra. Porque a gente tá ali para identificar problemas, para ajudar no planejamento futuro da solução desses problemas e a gente muitas vezes tem que fazer essa sensibilização do gestor. E o gestor tem que entender que a gente tá do lado dele (Entrevistado 26).

Ao questionamento sobre as maiores dificuldades na sua atuação como ouvidor, entrevistado 15 detalhou desafios na relação com os gestores e na efetiva compreensão do papel da ouvidoria pelo gestor, pelo usuário e pelo próprio ouvidor:

Gestores que não entendem da gestão pública. Eu não posso generalizar, né? Mas você tá me perguntando o que mais impacta no meu trabalho. Então, é quando nós vamos tratar com gestores que não entendem o papel da ouvidoria. A ouvidoria, ela precisa ser vista como uma ferramenta estratégica de gestão. Se você tem um gestor que não entende de gestão, logicamente ele não vai entender de ouvidoria. Então, pra ele, por

mais afiada que seja essa ferramenta de gestão, ele não vai saber manusear. Então, acho que isso impacta muito no nosso trabalho. E junto a isso, ouvidores não estão dispostos a ser ouvidor, tá? Ouvidor que ainda não entendeu o seu papel, enquanto ouvidor. Ouvidores desmotivados porque tem gestores que não são gestores. E aí você acaba tendo uma ouvidoria capenga porque o ouvidor ou a ouvidora não entende o que de fato é o seu papel. Então, pensando de forma geral, isso é o que mais atrapalha o papel da ouvidoria. [...]. [Tece comentários sobre o histórico de implantação da ouvidoria.] Mas, no início, a ouvidoria, ela era um setor que as pessoas viam como um setor bonitinho, coloca lá a pessoa mais educada, a pessoa que vai ficar sorrindo o tempo inteiro, mas é a pessoa que às vezes não sabe ligar um computador, não sabe analisar fatos, não tem uma experiência e uma vivência de gestão. Isso atrapalha um pouco e a visão que nós estamos trazendo pras ouvidorias públicas [da localidade] é “você tem que ser extremamente educado, você tem que dar o melhor atendimento possível, mas você tem que ser extremamente inteligente em cima dos dados que você recebe”.

[O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?]

A gente faz constantes reuniões com os gestores pra que eles entendam o papel da ouvidoria, pra entender que a gente tá do lado... que a ouvidoria tá do lado deles, respaldando eles, trabalhando assim como um escudo pra administração. Porque é o que o [cita profissional da ouvidoria onde atua] falou: quem não gosta da ouvidoria é porque ainda não entendeu o nosso papel, a gente tá aqui pra blindar o gestor. Então, a gente procura conversar com eles, tanto com os ouvidores, quanto com os gestores, pra que os ouvidores tenham essa aproximação com eles, mas é muito importante que os gestores deem essa abertura pra eles, pra explicarem, pra entenderem e pra nos apoiarem também no nosso trabalho.

Eu acredito que tudo dentro do SUS, quando a gente pega lá a criação do SUS, fala muito da educação permanente em todas as áreas. Por que uma educação permanente? Pela complexidade do SUS, pelo tamanho. O próprio tamanho já traz essa complexidade. E a ouvidoria não é diferente, quando que você vai querer saber o que é de fato uma ouvidoria, enquanto cidadão? Quando você precisa. Então, se você não tiver uma educação permanente, sempre batendo pro cidadão na divulgação, a ouvidoria funciona pra isso e aquilo, o cidadão fica perdido. O gestor a mesma coisa porque daí na questão de que termos gestores que não entendem de gestão, alguns, e dentro do nosso formato de serviço público no Brasil, a rotatividade, não só de gestores, ela é muito grande. Então, quantos gestores vão se licenciar agora em março pra poder se candidatar pras eleições municipais e muitos desses que já aprenderam o que é a ouvidoria não voltarão pra gestão. Então, você precisa novamente educar e capacitar os novos gestores. Então, isso a gente preza muito através de cartilhas, através de divulgação, divulgação pelos meios de comunicação, e-mail institucional, palestras, enfim, uma gama muito grande que a gente usa pra fazer essa capacitação contínua sobre o que é o papel da ouvidoria. [...]. Então, esse é o essencial, se o teu gestor não respalda a ouvidoria, pode fechar a ouvidoria, ela não tem necessidade de existir (Entrevistado 15).

No âmbito da relevância do gestor para as ações e repercussões do serviço de ouvidoria, vale pontuar o reconhecimento, mencionado no capítulo segundo, dos desafios enfrentados pelos gestores no exercício de suas competências, conforme assinalou entrevistado:

As tratativas [com o gestor] são importantes. A gente conversa com gestores o tempo todo. Mas, lógico que pra um gestor é difícil porque muitas vezes ele tem que decidir entre contratar um médico, um enfermeiro ou contratar um servidor da área administrativa. E o servidor da área administrativa, ele sempre vai ficando, ele é desprestigiado. E nós, se tivéssemos no lugar dos gestores, que tomam as decisões, provavelmente a gente agiria rigorosamente da mesma forma. Que a atividade, ela é muito importante, a atividade de meio muito importante, mas nós temos o rol de profissionais que compõem a atividade principal dentro da assistência pública à saúde.

Então, para você ter uma ideia, a média de concursos aqui para servidores da área administrativa é a cada x anos. Nesse período de x anos são feitos inúmeros concursos para atividade-fim [saúde]. Então, a gente faz constantemente essas tratativas no intuito de tentar melhorar essa proporção [referindo à necessidade de contratar profissional da área administrativa] (Entrevistado 03).

Entrevistado 07, perguntado sobre como os serviços de ouvidoria do SUS influenciam a efetivação do direito à saúde, associou a efetividade alcançada pelo serviço à atuação conjunta dos gestores:

Eu falo o seguinte, a saúde de todos é um dever do Estado. O que a ouvidoria faz pra atender a necessidade do usuário do SUS é um processo que contribui pra gestão. Ela é o mecanismo de gestão porque ela influencia no processo de gestão. Por exemplo, o meu relatório gerencial, ele contribui, porque ali estão o espelho do funcionamento geral na visão do usuário. Então, por isso que eu digo que contribui sim, contribui muito. Porque a [unidade da administração pública na localidade] é um órgão máximo de gestão da saúde. [Cita Secretarias de Saúde estaduais e municipais]. Temos as instâncias de controles especiais, que têm que garantir esse cidadão, que são os conselhos de saúde, as comissões, a Comissão Intergetores Bipartite, que é responsável pela execução da política de saúde. Então, por isso que eu falo que contribui muito sim (Entrevistado 07).

Ainda no que se refere a elementos pertinentes às atribuições da ouvidoria, tanto em relação às manifestações propriamente ditas, como em relação ao seu papel no SUS, importam outras considerações, salientadas pelos ouvidores entrevistados.

O entrevistado 06 apontou que a instituição da ouvidoria mediante normativa do ente, órgão ou instituição em que se insere configura medida promotora do reconhecimento desse serviço, especialmente considerando a necessidade de regulamentar as atividades de ouvidoria, e narrou que verifica avanço da credibilidade do setor de ouvidoria com a sociedade. Nesse ponto, o entrevistado comentou o recebimento, pela ouvidoria do SUS em que atua, de selo de acreditação institucional, que constitui um projeto de chancela das ouvidorias em determinado padrão de qualidade em desempenho e resolutividade integrado por autoavaliação e busca de constante autoaperfeiçoamento (Entrevistado 06).

Sobre a essencialidade da estruturação da ouvidoria e da compreensão de seu papel, valioso mencionar pronunciamento de entrevistado:

Tem muitas coisas que a gente precisa ainda aperfeiçoar aqui nos serviços de ouvidoria. Mas tudo passa assim, por uma questão da equipe, da estrutura, então de treinamento, capacitação, para a gente poder sempre ir aperfeiçoando os nossos serviços de ouvidoria. Acho que pelo seminário que eu participei [seminário envolvendo ouvidorias do SUS na semana anterior à entrevista], assim a gente está ainda naquele momento... ainda a gente fala assim de “fortalecimento das estruturas de ouvidoria”, “carecem de regulamentação”. Então a gente ainda tá num ponto em que essa fase ainda não foi superada. Então, tem que fortalecer? Tem. Tem que

regulamentar? Tem. Tem que regrar? Tem. Isso em âmbito nacional. Por isso que a questão da Ouvidoria Geral do SUS, esse movimento por ter diretrizes básicas de como atuar, para que também não aconteça, assim, que cada estado atue de uma forma diferenciada. Se são as ouvidorias do SUS, devemos ter equivalências entre os estados. E às vezes a gente percebe que a subordinação das próprias ouvidorias elas são diferentes, pelas experiências dos estados. Então, tem muita coisa para evoluir nos serviços de ouvidoria. [...]. E pensar sempre na profissionalização desses serviços, porque ainda assim as ouvidorias são confundidas com o *call center*. Elas não são *call center*. As ouvidorias do SUS, a gente tem que conscientizar que não é só atendimento telefônico; que tem um trabalho muito maior e uma complexidade muito maior nesse serviço de ouvidoria e que também os gestores de modo geral, eles precisariam ter conhecimento até para valorização das estruturas de ouvidoria. Não meramente coloca alguém para atender o telefone e tem-se uma ouvidoria. Não é essa a essência da ouvidoria do SUS. Ela tem regulamento, tem fundamentação legal, constitucional, e princípios norteadores que eu acho que deveria se valerem, ser sempre disseminados para as ouvidorias do SUS. Então, eu vejo que tem campo para crescer e campo para fortalecimento dessas estruturas. Que sem o fortalecimento inicial das estruturas, fica complicado falar na justiça ao acesso aos direitos, se a estrutura não está fortalecida ou preparada para isso. Porque sem essa preparação, sem essa base, digamos, esse fundamento da casa, a base da casa, sem essa solidificação, fica difícil construir outras possibilidades se a base ainda não está solidificada. Então vejo que, nesse sentido, ainda estamos engrenando para o fortalecimento dessas estruturas, para a regulamentação das estruturas. [...]. Mas nós temos que entender que a ouvidoria do SUS ela tem características diferenciadas. Não dá para se tratar como as demais ouvidorias inseridas. Ela tem regulamentação própria a nível nacional, tem subordinação hierárquica técnica ao Ministério da Saúde e [ao órgão correspondente na rede de ouvidoria regional que integra]. Então a gente tem que entender que a ouvidoria do SUS não dá para se enquadrar como uma mera ouvidoria setorial do estado, porque ela tem essa robustez por ser ouvidoria do SUS. Nós estamos falando do Sistema Único de Saúde. Então, acho que, nisso, a gente tem que fazer a estrutura aparecer realmente, porque ela tem uma grandeza que, às vezes, ela está mal dimensionada. Nesse sentido é que eu vejo que tem que se investir muito na ouvidoria, nos profissionais e fortalecimento da rede interna também. As pessoas não entenderam, “mas ah... eu tenho que responder para a ouvidoria”. Primeira coisa que eu falei já fiz uma orientação interna, “A informação é para o cidadão, não é para ouvidoria”. Porque quem está solicitando é o cidadão. Nós somos um canal que está tentando viabilizar a resposta para o cidadão. Então, nisso, são pequenas mudanças que a gente vai conscientizando as pessoas (Entrevistado 27).

De forma similar, a falta de compreensão, especialmente do usuário, sobre o serviço público de saúde foi indicada como sendo questão manifesta nas demandas à ouvidoria:

A falta de entendimento da população sobre o Sistema Único de Saúde do Brasil, de forma geral [é a principal dificuldade ou desafio na efetivação do direito a saúde atualmente]. E talvez isso seja cultural pelo fato de nós nem sabermos ou entendermos sobre a nossa Constituição. A maioria das pessoas no Brasil não sabem o que diz na Constituição e é por isso que nós vemos tanto cidadão achando que nós estamos prestando um favor pra eles dentro do serviço público, enquanto na verdade nós estamos servindo, o que é o nosso dever, enquanto servidor público. Então, eu entendo que isso causa uma dificuldade para a população de forma geral. Se nós tivéssemos cidadãos que entendessem melhor dos seus direitos e conhecessem melhor a Constituição do seu país, o SUS com certeza teria avançado muito mais pelo fato de que esses mesmos cidadãos saberiam como cobrar e onde cobrar. Agora, se a gente [considera dados específicos mencionados] nos relatórios, as ouvidorias do SUS não só [na localidade do entrevistado], mas a maioria das suas demandas são relacionadas a medicamentos não padronizados, não fornecidos dentro da RENAME e isso gera um rombo de quase x de reais em judicialização. E agora, pontualmente, a gente cria

relatórios semanais [para o gestor] e o que mais tem aparecido agora é a falta de medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, que não está encaminhando para os estados, como medicamentos pra pessoas transplantadas, medicamentos pra pessoas com esclerose múltipla. Essa pessoa que, se perdem todo avanço do tratamento que tiveram até aqui, isso não volta nunca mais. Então, falando pontualmente dentro do relatório que nós temos, 70% ou 60% das manifestações das ouvidorias do SUS são de solicitação de medicamento não padronizado e isso é muito grande. Agora, eu acho que o principal, no meu ponto de vista, é a falta de entendimento da população do que de fato é o SUS, porque se nós temos um entendimento de como deveria funcionar o SUS, nós teríamos cidadão sabendo que deveria buscar o Ministério Público quando o gestor não está sendo gestor de verdade; o Tribunal de Contas, quando o recurso financeiro é utilizado de forma equivocada. Então, tudo isso é gerado, no meu ponto de vista, por má gestão pública. Eu acho que, sem querer jogar a culpa no cidadão, pelo amor de Deus, não é isso. Até porque a falta de entendimento da população é também uma falta de gestão pública de comunicação e de gestão pública que não coloca na grade da educação estudos relacionados à Constituição brasileira. Então, você vê que tudo volta pro gestor público. E quando eu tô falando gestor público, eu tô envolvendo os ouvidores também. Porque os ouvidores estão na gestão pública. Então, eu tô envolvendo todo mundo. Eu não tô falando de Secretário ou Secretária, Prefeito ou Prefeita, eu tô colocando todo mundo no bolo (Entrevistado 15).

Assim, a informação qualificada e acessível é elemento destacado na atuação da ouvidoria, tanto no aspecto de informação ao usuário do SUS e ao profissional sobre seus direitos, deveres e possibilidades no âmbito da saúde pública, inclusive no que tange à sua participação na conformação da política pública, como no aspecto de informação embasada ao gestor para subsidiar a tomada de decisões e a administração pública em face dos direitos e garantias a serem efetivados.

A despeito dos desafios, carências de estruturação, disfunções sistêmicas junto às áreas técnicas e setores de gestão, vicissitudes dos gestores e necessidade de promoção do conhecimento sobre direitos aos usuários, a apontar contundente necessidade de organizar, fortalecer e melhorar o serviço de ouvidoria, para a plena e efetiva execução de suas atribuições e potencialidade.

Como sinalizado por ouvidor entrevistado, “Embora as dificuldades com as respostas aos cidadãos, ainda assim o serviço de ouvidoria é muito procurado, possuindo muita credibilidade junto aos usuários, com tendência de alta para os próximos anos” (Entrevistado 11)

Entrevistado 16 indicou que os serviços de ouvidoria do SUS têm avançado significativamente em termos de acessibilidade, transparência e eficiência. Destacou, em acessibilidade, que “Os serviços de ouvidoria do SUS têm se tornado mais acessíveis ao público, oferecendo diferentes canais de comunicação, como telefone, internet e aplicativos móveis, para que os usuários possam registrar suas queixas, sugestões e elogios de forma mais fácil e rápida”; em transparência, que “têm trabalhado para aumentar a transparência no sistema

de saúde, divulgando relatórios periódicos sobre as demandas recebidas, as ações tomadas em resposta e os resultados alcançados”, o que contribui para a prestação de contas e para a melhoria contínua dos serviços; em eficiência, indicou que “com o uso de tecnologias e sistemas de gestão de demandas, as ouvidorias do SUS têm conseguido responder de forma mais ágil e eficiente às demandas dos usuários, garantindo que suas preocupações sejam tratadas de maneira adequada e dentro de prazos razoáveis”. Acrescentou, ainda, avanço sobre a participação e o empoderamento dos usuários, pontuando que “as ouvidorias do SUS têm promovido a participação e o empoderamento dos usuários, incentivando-os a se envolverem ativamente na melhoria do sistema de saúde, seja por meio de feedbacks, sugestões ou denúncias de irregularidades”. Na visão do entrevistado, esses avanços têm contribuído para fortalecer a relação entre os usuários e o SUS, além de proporcionar uma gestão mais eficaz e transparente dos serviços públicos de saúde (Entrevistado 16).

Repise-se que as afirmações tomadas a partir do relato dos entrevistados não foram objeto de averiguação concreta aprofundada na pesquisa realizada, pelo que importa renovar a indicação de que consistem no ponto de vista, observação ou ponderação dos ouvidores.

Ainda na consideração sobre estruturação do serviço de ouvidoria, um dos entrevistados, que não será individualizado para assegurar a impossibilidade de sua identificação, descreveu elementos que orientam a atuação da ouvidoria que ele integra, destacando aspectos que entende que seriam relevantes a qualquer ouvidoria:

[...] eu tenho 4 pilares muito fortes, que é o monitoramento, que cuida dos dados, o atendimento, a descentralização e a educação permanente. E eu que sou ouvidor que cuido de toda essa gestão. Então, eu preciso unir esses pilares, e eles estão todos interligados, senão eu não consigo trabalhar. Então, o monitoramento, o atendimento que pega as manifestações, que atende e que as auxilia no processo junto às unidades [de uma rede], processos de trabalho. A descentralização, que articula com as unidades de estado e município, para que se possa falar a mesma linguagem. Lembrando que [na conjuntura da rede estadual descrita pelo entrevistado, composta por unidades estaduais] a [ouvidoria geral do SUS daquele estado] tem o comando, manda, fala: “Faz assim”, “por quê?”, “Porque é para fazer assim”. Município, [a ouvidoria geral do SUS daquele estado] orienta, sugere, pede para ser parceiro, por quê? Por causa dos princípios do SUS. Se não trabalharem em conjunto, quem perde? O cidadão. Essa é a negociação, né? Então, de novo, conhecimento é a chave de tudo. Eu tenho que ser um articulador porque senão eu não consigo trabalhar, ou eu não consigo trabalhar nem internamente [no órgão da administração pública que integra], nem com os municípios e nem com as unidades estaduais. E o conhecimento, de novo, é o que me ajuda para fazer tudo isso. Que se eu souber como o município trabalha [referindo-se ao município que toca a esfera de atuação de sua ouvidoria específica], se eu souber em que momento a gente tem que trabalhar junto e se eu tiver o apoio do meu gestor para negociar com esses [setores] municipais, eu estou fazendo um bom trabalho. Mas eu preciso dessa base interna, sem essa base eu não funciono. Então, eu tenho que ter pessoas preparadas para isso também. Eu não consigo fazer tudo sozinho. [Entrevistado narra a amplitude da rede de ouvidorias que ele integra e as várias reuniões feitas pela rede e com a rede.] Para o quê? Para alinhar todo esse

processo, para trabalhar com o sistema direito, para saber como fazer a gestão, para respeitar o trabalho dos gestores, dos nossos gestores. [...]. É muito difícil, mas a gente precisa trabalhar juntos. Então, eu preciso desses 4 juntos. E ir articulando porque eu preciso falar: “Descentralização faz isso, enquanto a educação permanente ajuda nisso, o monitoramento levanta os dados, vê o que tá falho aqui. Atendimento arruma o processo que o monitoramento levantou e descentralização auxilia”. Como que a gente vai fazer tudo isso? Com a educação. Então eu preciso ligar tudo, senão eu não consigo trabalhar (Entrevistado).

O processamento das manifestações, a integração da ouvidoria com setores correlatos ao serviço prestado e elementos sistêmicos da saúde pública se destacam nas questões abordadas pelos entrevistados. Indo além, aspectos da resposta dada ao usuário também foram tema recorrente nas entrevistas.

Em toda essa conjuntura, ressaí a sinalização do entrevistado 04 de que “Tem questões que a resposta não é o que a pessoa queria ouvir, às vezes a resposta do que a pessoa queria ouvir é: ‘Você vai ser atendida amanhã’”, o que não ocorre.

O atendimento ao usuário é identificado, pelas normativas e pelas ouvidorias, como presente – ou positivo – e adequado quando há o devido processamento da manifestação com retorno de resposta compreensível sobre a demanda, o que não significa nem está condicionado à resposta positiva no sentido exato do interesse do manifestante. Tem-se o atendimento ao usuário hábil a promover o acesso à justiça nas dimensões expostas inclusive quando a resposta à sua manifestação não é concessiva da prestação específica que ele desejava.

É o que afirmam os entrevistados, salientando, em aspectos concretos, a efetivação das competências da ouvidoria mesmo quando a resposta negue a entrega da medida que era intentada na manifestação ou quando a resposta se limitar a instruir o manifestante sobre a via adequada para que ele obtenha o que busca, sem entregar-lhe propriamente o elemento material buscado:

Nem sempre a resposta é uma resposta satisfatória. Nem sempre a resposta é uma resposta para a marcação de uma consulta, de um exame, de uma cirurgia, de processamento médico, porque esse tem um fluxo para ser seguido. Então, a gente também tem um papel importante de orientar e de explicar o cidadão como é que funciona, que não é escolher o hospital, é o hospital que tenha vaga, disponibilidade; que não é porque deu entrada pela ouvidoria, que vai passar na frente de quem está na fila. Mas que ele tenha minimamente uma resposta coerente, que satisfaça, que explique. “Já identificamos”, por exemplo, “Já identificamos a sua solicitação, o senhor se encontra na fila de espera, mas tem as prioridades...”, enfim, dá um mínimo de... uma resposta que satisfaça no sentido de ou orientar, explicar, que ele tenha um retorno sobre aquela situação, que ele não conseguiu ter lá na ponta, ninguém informou, ninguém orientou.... Ele precisa disso. Então, teve que recorrer à ouvidoria para isso. E a gente garantir que ele tenha essa resposta, que ele possa realmente saber qual é a situação que está acontecendo e ter informação que ele quer, que ele precisa, ou o serviço que ele quer e que ele precisa. A gente briga por isso aqui. A gente não pode responder pelo setor. A gente não pode dizer se vai acontecer isso ou aquilo,

porque a gente não tem poder pra isso. A gente é intermediário aqui nessa comunicação, mas é pelo menos garantir que essa resposta satisfaça. Porque a gente também tem essa obrigação de analisar, como vem essa resposta, do que é essa resposta, se atende, se responde o que ele está pedindo, o que ele está perguntando, de minimamente ser ouvido (Entrevistado 18).

Então, [os setores demandados na manifestação] normalmente respondem, claro às vezes não é uma resposta positiva para o cidadão, mas uma resposta que ele fica satisfeito porque, por exemplo, ele pede que ele tem urgência em um atendimento e a área explica que não pode furar fila, que ele tá naquela situação, a situação da fila dele é a tal e que ele aguarde. Então, isso é uma resposta, que pra ele não é boa porque ele gostaria de ser atendido primeiro, [mas] a resposta foi dada positivamente, corretamente (Entrevistado 12).

Eu acho que a maior dificuldade [no tratamento de conflitos interpessoais], se você pega o SUS de modo geral, no Brasil todo, é um programa maravilhoso. Mas, por ser tão abrangente, ele tem muitos problemas. A questão do prazo é importante, da resposta é importante, mas pro usuário só serve uma coisa: a efetivação do que ele está pedindo. E com as filas que nós temos... se, por exemplo, a gente fala que em média, a gente pode demorar até 10 anos para agendar uma pessoa, a depender da classificação, a classificação de risco menos prioritária, classificação azul, por exemplo, ou verde, uma demanda de cirurgia vascular, a gente demora 10 anos para agendar, é muito difícil de você contentar esse usuário. Fala: “Poxa, eu vou te chamar daqui a 10 anos para você ser atendido”. Uma endoscopia, classificação verde, são 4 anos e meio a 5 anos o tempo de espera. Porque tem as prioridades, tem as ordens judiciais, que entram na frente, tem classificação vermelha, que é a maior prioridade, tem a classificação amarela. Então, alguém da classificação verde vai demorar bastante. Então, o nosso maior desafio é tentar entender adequadamente a demanda do usuário e tentar satisfazê-lo, porque nós temos inclusive subjetividade na satisfação do usuário em hipóteses [referindo-se às hipóteses na pesquisa de satisfação posterior com o usuário sobre a ouvidoria]. Tem situações que a gente consegue, inclusive, agendar uma consulta e tem usuário que é capaz de marcar como não resolvido, porque não foi no dia da semana que ele queria. Ou seja, a gente detectou um gargalo no fluxo do agendamento dele. Não furou a fila, a ouvidoria não serve para isso. Tem a regulação. Mas ele já estava prestes a ser agendado e algum problema no meio do caminho aconteceu. A gente conseguiu entender qual era o problema e resolveu. Aí, às vezes, ele nem comparece à consulta e marca não resolvido na demanda de ouvidoria. Então, é procurar entender, explicar como funciona os serviços públicos de saúde, a própria ouvidoria, porque tem gente que acha que entrou na ouvidoria, fez abrir uma demanda e ele tem prioridade sobre todos os demais. É tentar satisfazê-lo dentro dos fluxos existentes, porque a ouvidoria vai respeitar sempre as decisões técnicas, os fluxos existentes (Entrevistado 03).

Então, a gente interpreta que a gente [da ouvidoria] acaba auxiliando sim [na efetivação do direito à saúde], mas de forma que não pode interferir no trabalho [da saúde pública], porque senão as pessoas deixam de fazer o serviço para vir na ouvidoria, para tentar burlar alguma dificuldade que possa existir. Então, a gente tenta seguir as normas e regras de filas, de regulação, de padronização, porque tem questões de prioridade, de tempo de espera. Se não, a pessoa só viria na ouvidoria falando “Quero ser atendido aqui”, aí amanhã é atendido, ele não precisava nem ir pra regulação mais. A gente obedece todas essas questões legais e obrigatórias e busca auxiliar cada manifestante que chega até nós. [...]

Mas nem sempre é assim [procurar a ouvidoria na intenção de “furar fila”], porque quando vem até nós é porque já está esperando há algum certo tempo, ou não foi atendido, ou está aguardando ser atendido, ou de algum jeito não está a contento. Ele [usuário] só vem até nós quando ele já... quando ainda não foi atendido de certa forma de realidade. Aí a gente busca orientar e saber a real situação, mas de algum jeito a gente não consegue fazer ele ser atendido, porque senão a gente estaria incorrendo em possíveis crimes de desvio, de furar filas, de alguma priorização, que não seria permitida pela legislação. E se é um caso de emergência, é só ir na unidade. A gente

pode orientar, a gente faz isso, o esclarecimento. Ah, tá passando mal? Então, vai na unidade, que a unidade tem por obrigação e força natural atender e, sendo o caso, vai operar, e, sendo o caso, vai internar (Entrevistado 02).

[Na sua opinião, os serviços de ouvidoria do SUS influenciam a efetivação do direito à saúde? Como?]

Com certeza, através do direito que o cidadão tem de poder estar fazendo essa manifestação dele e sendo atendido. Nem sempre uma resposta, ela não quer dizer que ela tem que ser positiva, ela pode ser negativa, porém, é uma devolutiva que eu vou estar dando para o cidadão. Ele quer uma devolutiva. Não é porque ele não vai ter aquilo que ele procurou, ou se ele está errado ou algo assim, que ele não tem direito de ser atendido. Ele vai ser atendido e precisa de uma devolutiva. Até porque se ele quiser procurar outros meios, ele precisa daquilo para poder se basear no quê que ele vai fazer (Entrevistado 10).

Entrevistado 23 indicou como maior dificuldade em sua atuação como ouvidor “A satisfação genuína dos cidadãos ao final do processo de atendimento, desde a escolha do canal de contato até o recebimento da demanda, compreensão de suas necessidades e formalização do pedido, depende da sistematização do atendimento”, agregado pela referência de que “a responsabilidade da ouvidoria não inclui a apuração e resolução das solicitações, mas sim o encaminhamento adequado dos casos para as áreas técnicas competentes” (Entrevistado 23).

No mesmo sentido:

Está aqui, como servidor, para trabalhar, para ajudar o cidadão a ter uma voz ativa, para tentar mediar essa questão dos conflitos, mas também com muito cuidado, porque mediação é diferente de eu tentar dar soluções. A solução quem tem que dar é [o gestor], eu tenho que fazer só a ponte. E eu vi que hoje em dia se fala muito de mediação de conflitos. A gente tem que ter uma escuta que seja inclusiva, dar a voz para aquele cidadão, mas tem, o nosso trabalho, ele tem que estar bem embasado, pra gente evitar o que já aconteceu no passado em alguns locais de ouvidoria ou até aqui mesmo, das pessoas tentarem usar a ouvidoria pra furar uma fila de regulação do SUS, pra tentar ter algum benefício através da ouvidoria, que não é o nosso papel (Entrevistado 26).

Importa, então, analisar a inserção da mediação nos serviços de ouvidoria do SUS, identificando se há efetiva utilização da mediação e como ela ocorre, especialmente no que tange ao acesso à justiça pela via dos direitos no âmbito da saúde e, ainda, ao tratamento de conflitos.

## **5 MEDIAÇÃO ADEQUADA AOS SERVIÇOS DE OUVIDORIA DO SUS**

Considerando a caracterização dos serviços de ouvidoria do SUS e as questões envolvidas nas manifestações registradas, apresentados no capítulo quarto, passa-se à análise sobre a presença da mediação na ouvidoria e dos âmbitos e aspectos em que a mediação proposta encontra aplicabilidade, especialmente considerando a necessidade de que seja adaptada ao contexto e às relações em que será aplicada. As condições e os elementos verificados nas ouvidorias do SUS, especialmente a partir das entrevistas realizadas com ouvidores nelas atuantes, evidenciam abordagens possíveis no uso da mediação pelo referido serviço, além de apontar desafios e limitações a esse uso.

A mediação, enquanto processo que não está limitado ao conflito, que se estabelece na construção e no fortalecimento de comunicação e ligações e que integra a informação em direito, apresenta conformação que se adequa ao serviço prestado na ouvidoria do SUS quando considerado em suas atribuições e enquanto meio para promover o acesso à justiça via direitos na saúde pública. Nada obstante, a conclusão pela efetiva adequação demanda a valoração sobre os aspectos reais e concretos da ouvidoria do SUS.

Nessa conjuntura, a mediação se coloca como um dos recursos possíveis aos casos em que se fizer adequada, valendo destacar que não se constitui instrumento absoluto ou excludente de outros existentes. Em sua atuação, a ouvidoria tem alcance, produtos e medidas que, por si mesmos, ampliam o acesso à justiça pela via dos direitos na saúde pública.

### **5.1 Ouvidoria do SUS e sua pertinência ao acesso à justiça pela via dos direitos**

Os serviços de ouvidoria do SUS se constituem como espaço para registro de situações conflituosas e, ainda, espaço para a compreensão de direitos e divulgação de informações, o que também resulta em capacitar os sujeitos a identificarem vias para efetivar direitos e necessidades básicas e para, perante uma situação de desrespeito, violação, exclusão, ofensa ou privação ao direito, a reconheçam como tal e identifiquem a instância à qual recorrer. Ao proceder a essas medidas, a ouvidoria atua na promoção do acesso à justiça via direitos, como consignado no capítulo terceiro e demonstrado pela análise que segue.

Em sua atuação, a ouvidoria provoca e instaura, junto aos setores competentes e demandados, medidas de prestação material da saúde em relação ao manifestante individualizado em manifestações concernentes à violação ou privação do direito à saúde em

relação àquele usuário. Ademais, conscientiza o usuário atendido acerca de seus direitos no âmbito da saúde pública, o que auxilia os necessitados a reivindicarem seus direitos, de modo mais eficiente, tanto dentro quanto fora da ouvidoria.

Nesse sentido:

Eu acho que o serviço de ouvidoria está aí para isso, para contribuir, para efetivação desse direito [à saúde]. A ouvidoria não efetiva direitos, mas ela está para contribuir para esta efetivação. Na medida que ela... o usuário aciona o serviço porque ele não está conseguindo, agendar um procedimento, e ele usa a ouvidoria pra isso. A ouvidoria vai fazer essa ponte, ela está contribuindo pra essa efetivação. Na medida em que de fato esse direito se concretiza. “Olha, consegui efetivar, consegui agendar a minha consulta”, aí sim a ouvidoria tem um componente importante de participação pra efetivação desse direito. Eu acho fundamental. [...]. Serviços como esses de escuta ativa à sociedade, eles são fundamentais. Então, a ouvidoria é fundamental (Entrevistado 19).

[Na sua opinião, o serviço de ouvidoria do SUS influenciam a efetivação do direito à saúde? Como?]

Dando voz ao cidadão. Muitas vezes é um cidadão, que é analfabeto, que ele vem da zona rural, é uma pessoa que está ali sofrendo. E um local democrático é a ouvidoria, onde ele vai poder explicar todos os seus problemas, a gente vai escutar, vai documentar esse problema e, a partir desse momento, ele vai ter um prazo para ter uma resposta do que ele demandou. E, dependendo da resposta, ele vai poder procurar os direitos dele com esse documento por escrito, que foi gerado na ouvidoria; ele vai poder acessar Defensoria Pública, o Ministério Público, procurar os seus direitos de forma judicial. Então, hoje, o Ministério Público, quando chega uma reclamação de uma questão na promotoria da saúde, eles pedem que primeiro seja feita uma reclamação aqui na ouvidoria e, dependendo da resposta, eles começam a ação por lá. Então, eles colocaram a gente como uma porta de entrada pra judicialização também de algumas demandas (Entrevistado 26).

Sim, frequentemente acompanho manifestações em que os cidadãos, como pacientes da rede de saúde pública, solicitam consultas, cirurgias, procedimentos e medicamentos que não são oferecidos pela rede privada de saúde. Muitas vezes, esses itens necessitam de uma ação judicial para serem repassados ou, ainda mais comumente, ultrapassam os valores convencionais de custos, sendo classificados como medicamentos de alto custo, financiados pelo governo (Entrevistado 23).

O serviço de ouvidoria influencia [a efetivação do direito à saúde] na medida que o usuário vai lá na ponta buscar o serviço, se ele não tem o serviço ou ele não tem o serviço de forma adequada, ele busca a ouvidoria para que seja garantido esse direito. E a gente aqui tem esse papel de dar voz a esse cidadão, de levar esse pleito dele para a gestão, para quem é de obrigação poder dar uma resposta diante da necessidade do cidadão, para que ele possa ter o direito dele garantido ali na ponta, para que esse direito, ele saia do papel. Eu entendo muito a ouvidoria como esse instrumento de dar voz, para que ele possa ter esse direito dele garantido (Entrevistado 18).

Lado outro, ao conjugar múltiplas demandas e registros de violações ou privações relativos ao direito à saúde, permite análises e discussões de medidas coletivas, que transcendam a prestação individual em favor do manifestante. Do ponto de vista institucional e organizacional, é serviço apto para promover a ampliação do acesso à justiça, por meio da tutela

não apenas dos direitos individuais, mas também da proteção e defesa de direitos e interesses difusos e coletivos no âmbito da saúde.

Confira-se das entrevistas indicações da ouvidoria atuando na efetivação do direito à saúde em caráter ampliado ao coletivo:

Na verdade, o usuário, ele vem buscar o seu direito aqui com a gente. Às vezes o gestor nem sabe o quê que está acontecendo na ponta, entendeu? Então, às vezes é só uma mediação, às vezes é só uma conversa, às vezes um equipamento que está quebrado, que é só um negocinho que precisa, mas está parado. Então, quando ele [usuário] vem aqui, ele demanda isso pra gente, o gestor, ele vai saber automaticamente e ele acaba resolvendo um problema que às vezes é muito simples, é muito, é muito simples mesmo, entendeu? Então, essas demandas são, vamos dizer, constantes. E acaba tendo uma rapidez na resolução do problema. Além do mais, por exemplo, eu tenho muita relação com o médico, que o médico falta na cirurgia. Por que isso está acontecendo? Então, essas... aí o gestor, ele vai saber imediatamente, porque às vezes nem chega a ele. Então, ele já fica mais de olho, já fica mais, naquele setor, o que está acontecendo. Então, essas resoluções, elas são importantes nesse processo do usuário na eficácia do que aquela unidade de saúde tá querendo fazer (Entrevistado 24).

Sim, [as ouvidorias] influenciam muito [a efetivação do direito à saúde]. Porque a ouvidoria, ela é o elo do cidadão com a gestão. Eu acredito que a ouvidoria leve muito conhecimento de como tá acontecendo, a dificuldade, se o cidadão tá satisfeito, o usuário do SUS tá satisfeito com aquele atendimento e se ele não está. Então, eu acho que serve pra políticas públicas até, sabe? A ouvidoria é crucial, e é muito importante uma ouvidoria atuante e que seja ligada diretamente à gestão, porque a gestão vai saber, é o termômetro mesmo do seu atendimento (Entrevistado 12).

Os serviços de ouvidoria podem influenciar positivamente na efetivação do direito à saúde de várias maneiras.

Como canal de comunicação. As ouvidorias proporcionam um canal direto de comunicação entre os usuários e as instituições de saúde, permitindo que os problemas sejam relatados e resolvidos de forma mais rápida e eficiente.

Na identificação de problemas sistêmicos. Ao receber e analisar as queixas e sugestões dos usuários, as ouvidorias podem identificar problemas sistêmicos dentro do sistema de saúde, como falta de acesso a determinados serviços, falhas na prestação de serviços, entre outros.

No monitoramento da qualidade. As ouvidorias também desempenham um papel importante no monitoramento da qualidade dos serviços de saúde, ao registrar e investigar reclamações dos usuários sobre a qualidade do atendimento, condições das instalações, entre outros aspectos.

Na fiscalização e transparência. Ao relatar e acompanhar as questões levantadas pelos usuários, as ouvidorias contribuem para a transparência e prestação de contas das instituições de saúde, garantindo que estas estejam cumprindo suas obrigações legais e éticas.

Com feedback para melhoria contínua. O feedback recebido pelas ouvidorias pode ser utilizado pelas instituições de saúde para promover melhorias contínuas nos serviços prestados, ajustando políticas, procedimentos e práticas para atender melhor às necessidades dos usuários e garantir o pleno exercício do direito à saúde (Entrevistado 16).

Eu acho que isso [a governança de serviços pela ouvidoria] traz sim, inevitavelmente, um importante fortalecimento com relação a esse acesso [ao direito à saúde]. E, eventualmente, a gente descobre problemas que a gente entende que não poderiam acontecer, e que acontecem, e que os cidadãos nos apontam. Se chegar, por exemplo, 150 demandas relacionadas a uma mesma questão, isso traz uma atenção especial e a

gente já fez tratativas diretamente com a gestão para procurar entender o problema e procurar solucioná-lo. Então é, eu acho que isso, inevitavelmente, isso traz o fortalecimento (Entrevistado 03).

No âmbito estadual, o que vem melhorando, são os gestores que vem assumindo [referência ao órgão de gestão em saúde da localidade], que têm melhorado o trabalho, o serviço, dentro do âmbito hospitalar. Vou dar um exemplo pra você. No ano de 2022 e 2023, foram realizadas [quase 30 mil] cirurgias eletivas. Então, assim, isso contribuiu muito pro cidadão [da localidade]. E diminuiu bastante o número de demandas na ouvidoria relativa a essas procuras de cirurgias eletivas, que a gente tinha um constante de demandas em relação a isso (Entrevista 10).

Segundo relatado pelos entrevistados, a própria concretização das competências e atribuições da ouvidoria, em si mesma, foi apontada como influência do referido serviço na efetivação do direito à saúde, “na medida em que intermediamos o cidadão e suas demandas com a gestão do SUS” (Entrevistado 01); “na medida que aperfeiçoam o sistema, melhorando a tomada de decisão pelos gestores, conseqüentemente melhorando os serviços colocados à disposição do cidadão” (Entrevistado 11) e “no momento que a gente promove a governança de dados e de serviços, e nesse cuidado especial e individual com cada manifestação de ouvidoria, a gente está promovendo, sim, fortalecendo o direito do usuário à saúde pública” (Entrevistado 03).

No mesmo sentido, entrevistados destacaram a ouvidoria como canal de informações para o aperfeiçoamento dos fluxos e dos serviços na saúde pública e para uma gestão que efetive o dever de prestação correlato ao direito à saúde:

Nesse relatório [emitido semestralmente pela ouvidoria em que atua], apontou [em ano e período específicos] que existia uma necessidade muito grande de atendimento na especialidade de ortopedia. Em determinado mês, foi lançado, junto com o estado e município [específico em que indicada a demanda], um mutirão para a ortopedia. Então, influencia sim, não tanto quanto a gente gostaria, mas influencia, principalmente a gente sentiu isso na época da COVID, que os nossos relatórios abasteciam o governo com as informações. Eu acredito que, pelas ações, eles liam e eles observavam o que a gente escrevia. Mas eu não posso falar com certeza. Mas pelas ações que a gente via, a gente entendia que tinha um pouco do que a gente, do material que a gente passou (Entrevistado 21).

[Cita dados de números registros da ouvidoria.] Quero dizer que tem uma multidão de pessoas, que só conseguem o serviço passando pela ouvidoria. Isso é um dado, mas nós queremos reduzir, não queremos aumentar. É um instrumento importantíssimo. Se a ouvidoria conseguir garantir para os gestores as informações estatísticas desse atendimento já vai melhorar o serviço. Então eu acredito na atuação da ouvidoria como ferramenta de gestão. Se vai melhorar o serviço, nós vamos andar de ré na nossa ampliação. Que esse dado seja usado para implementar e avaliação de políticas de saúde. Então, eu quero dizer o seguinte, não é vantajoso para nós termos números altos. Quanto mais alto, significa falhas no planejamento que não foram identificados caminhos para replanejar, a não ser com a voz do cidadão falando onde que está o problema efetivo. A gente vai fornecer relatórios efetivos com dados contundentes, qualificados a partir dos usuários do sistema (Entrevistado 17).

Também tem vezes que tem fluxos que são corrigidos com base nas ouvidorias. A gente tem até um exemplo uma vez que foi criado tipo um FAQ, de perguntas frequentes, entre a ouvidoria e a saúde LGBT aqui da [parcela da administração pública em que está inserido] e a gente pegou as principais coisas que chegavam na ouvidoria, pra criar perguntas e respostas frequentes. E aí foi visto até uma mudança assim que poderia ser feita, no fluxo de encaminhamentos, que facilitaria, que seria melhor, e isso até foi sugerido isso pro Ministério [da Saúde], o Ministério acatou, agora não vou saber dar o detalhe, não tô lembrando o detalhe do quê que era assim. Mas tem essas mudanças de práticas. Pelo número de coisa que a gente atende com o número de mudanças que acontece, poderia ser maior, mas eu acho que as mudanças que ocorrem, as transformações que ocorrem a partir das ouvidorias são muito importantes porque elas são com base em casos reais das pessoas. Então, eu acho que a mudança com base no cotidiano das pessoas faz toda a diferença. Porque a gente, às vezes, a saúde baseada em evidência, que a gente fala, a gente ter os indicadores, ter o acompanhamento da população, ter as informações que a ouvidoria produz, que também são informações com base em evidências, elas são muito importantes, pra guiar as políticas. Eu acho que isso é bem importante. Tem a questão da informação, tem a questão de resolver problemas às vezes. [...]

Mas a ouvidoria também evidencia isso. Acho que a ouvidoria evidencia aqueles gargalos também, que a pessoa já falou com a gente muitas vezes e não teve seu problema resolvido e é algo maior da rede assim, algo que a gente vê que algumas especialidades todo ano se repetem. Por exemplo, em relação a fila de espera. Então, todo ano a gente tem algumas especialidades que se destacam e quase sempre são as mesmas e são dificuldades, e que a gente vê que outras áreas técnicas também já viram que é um problema. Então, às vezes por falta de distribuição de profissionais naquela área ou criação... ou vazios existenciais... ou, por exemplo, agora a pandemia também que teve um impacto grande nas filas de espera e tudo, a gente sempre sente muito rapidamente na ouvidoria, o que tá acontecendo na rede. Então, tem um medicamento em falta, rapidamente a ouvidoria sente que aquilo tá fazendo falta. A pandemia acontecendo, rapidamente a ouvidoria é afetada pelas coisas. Então, saber que os cidadãos nos procuram pra tentar resolver, eu acho que pode sinalizar muita coisa, pros gestores. Eu acho que tem sim um papel importante na efetivação dos direitos (Entrevistado 04).

Nesse aspecto, inclusive, foi salientada a necessidade de que o gestor, munido das informações prestadas pelo serviço de ouvidoria do SUS, seja proativo e diligente na adoção de medidas à efetivação do direito à saúde para que tais informações sejam hábeis à geração de mudanças substanciais na saúde pública:

[Na sua opinião e pela sua experiência, qual a principal dificuldade ou desafio atual na efetivação do direito à saúde?]

Na minha visão de gestor, eu vejo que é a efetivação dos serviços ofertados à população, a execução de acordo com o que preconizado na legislação, que eu tenho uma legislação, que não tem que inventar roda pra fazer gestão. Eu tenho ali o direito garantido do cidadão. O meu papel é efetivar aquele serviço para ele chegue até o usuário da forma devida e num tempo hábil. Então, eu vejo assim, que uma das dificuldades é exatamente a execução da política de saúde, garantir esse direito do cidadão, seja ela a nível estadual e municipal, até porque nós temos um intermediário também, que é [cita aspectos da regionalização da saúde na sua localidade de atuação]. Ela [unidade integrada à regionalização citada] é responsável porque ela tá próxima pra ver necessidade, pra acompanhar de perto, com visitas in loco com o seu processo de trabalho de monitoramento e avaliação dessa política de saúde, pra garantir isso. A maior dificuldade é exatamente fazer com que quem tá sentado aqui na cadeira veja que não tem que ficar só sentado aqui na cadeira. Por exemplo, nós temos um processo de ouvidoria itinerante, [...], isso tá garantido no nosso processo de trabalho, no nosso

planejamento deste ano. Exatamente porque você tem que tá próximo, quando você tá próximo, você vê a necessidade de funcionamento e a garantia do direito do cidadão (Entrevistado 07).

O serviço de ouvidoria influencia no acesso à saúde, mas ele também não é autônomo. A ouvidoria não tem orçamento para garantir uma ação de saúde aonde não existe orçamento. Então, a ouvidoria, ela é parte do processo e parte do governo, então cada governo assegura mais ou menos direitos também, porque tem que ter também orçamento para garantir as ações nas três esferas de governo. E nós somos dependentes do investimento, proporcionalmente a cada governo de cada esfera, que tem ações que um município sustenta e outro não. O que a gente faz é, dentro do que cada município assegura para a sua população juntamente com cada estado e a União, o quê que existe no sistema de oferta que esse cidadão não conseguiu pra ele e que é direito e que está prescrito pelas normas da gestão que ele tem esse serviço. Então a gente assegura o fluxo interrompido por algum problema na oferta desse serviço. Para isso, os municípios, os estados e a União tem que ter aprovado esse serviço, tem que ter financiado esse serviço, tem que ter rede para esse serviço, tem que ter orientação para esse serviço, a ouvidoria vai lá onde interrompeu e resolve. Agora, o que está fora do orçamento, fora da prescrição, fora do direito, não tem (Entrevistado 17).

Foi, também, salientado o potencial da ouvidoria do SUS na avaliação dos serviços públicos de saúde e no fornecimento de informações para subsidiar melhorias nesse serviço:

[Na sua opinião, os serviços de ouvidoria do SUS influenciam a efetivação do direito à saúde?]

Eu acho que completamente, porque a ouvidoria permite essa participação do cidadão. A partir do momento que ele reconhece esse direito, permite que ele seja ouvido, relate o seu nível de satisfação, porque aí é onde a gente consegue corrigir as falhas. Aí eu estou pegando assim, na tipificação de manifestação que seja uma reclamação, porque a gente recebe também elogios, solicitação de informação, não só reclamação, mas é na reclamação que a gente vê o nível de satisfação e que a gente consegue fazer as melhorias. Eu acho que, através da ouvidoria, é possível avaliar o serviço que é oferecido. Com isso a gente consegue garantir o direito à saúde de qualidade. O próprio cidadão começa a reconhecer o seu direito e ele vê que ele tem voz ativa e que com isso a gente cria esse laço de confiança e a gente consegue melhorar o direito à saúde com qualidade, porque não é só “tem direito”, mas que direito é esse? Não é qualquer, de qualquer forma. Eu acho que o serviço de ouvidoria influencia muito nesse direito à saúde, mas direito à saúde com qualidade, um direito à saúde humanizado, um atendimento que vai, não é só lá da hora que ele está precisando, vai lá desde a hora que ele chega, é na recepção, é como ele é atendido. A questão da escuta, do cuidado. Então, eu acho que influencia muito (Entrevistado 25).

Quando uma pessoa entra em contato com a ouvidoria, se manifestando de alguma maneira com relação a algo que ela está... a gente costuma sempre colocar as situações ruins, mas a gente recebe muito elogio. A gente recebe elogio com relação ao trabalho da ouvidoria, a gente recebe elogio com relação ao trabalho de outros profissionais de saúde nas unidades. Mas quando o cidadão, ele entra em contato com a ouvidoria da saúde buscando um atendimento ou informando a gente a respeito de uma situação que aconteceu com ele e ele espera que isso seja resolvido, eu acho que, de uma certa forma, isso acaba fazendo com que contribua, para melhoria dos serviços do SUS. [...]. Por exemplo, o meu [gestor máximo da administração pública na localidade], ele não tem como saber de tudo o que ocorre dentro de uma unidade de saúde. Para que ele passe a conhecer o que de ruim e o que de bom acontece dentro de uma unidade de saúde, ele precisa de um serviço para dar a ele esse feedback. E aí entra o trabalho da ouvidoria. A gente que faz a escuta qualificada do cidadão, é a gente que faz o registro do que o cidadão manifesta e é a gente que está aqui e que houve diretamente e em primeira mão, as mazelas de todas as pessoas que se utilizam do serviço público

de saúde. Então, ele só tem como saber através dos nossos dados gerenciais. Dos nossos relatórios gerenciais, porque tudo o que é cadastrado na ouvidoria, tudo que que é registrado aqui gera um dado, e aí esse dado vira relatório gerencial que vai para a mesa do [gestor] e ele se utiliza desse relatório para transformar aquilo em políticas públicas (Entrevistado 14).

O serviço de ouvidoria influencia nessa efetivação do direito “possibilitando o exercício de outros direitos, como também o repensar de estruturas e comportamentos enraizados, e a ouvidoria vem buscando a efetiva participação da sociedade, por meio da introdução de novas práticas de melhoria no seu desempenho institucional” (Entrevistado 06).

Ademais, de acordo com as atribuições da ouvidoria normativamente estabelecidas e segundo os relatos em entrevistas, a efetivação da participação social no planejamento da saúde passível de concretude pelo referido serviço, seja em âmbito amplo à política de saúde ou na estrutura sanitária específica na localidade, também se coloca como dimensão da efetivação do direito à saúde na concepção estabelecida pelo ordenamento jurídico.

Sobre a questão, ressaem os seguintes relatos:

[Na sua opinião, os serviços de ouvidoria do SUS influenciam a efetivação do direito à saúde?]

Sim, influencia sim. Eu acho que a partir do momento que o usuário, ele faz uma demanda, ele está participando até do planejamento estratégico da gestão. Porque ele vai lá e vai dizer qual o problema que está tendo lá. Por mais que seja simples a demanda dele, se ele vai resolver algum problema que tá lá... porque na verdade, o que acontece. Se o usuário faz uma demanda que não tem cabimento é porque ninguém, ninguém explicou o fluxo a ele do sistema. Então, o que está acontecendo? Está faltando nos profissionais da ponta, que informaram pouco a esse usuário aí de alguma coisa vai servir essa demanda, entendeu? E aí, a partir dessa interação da população com a ouvidoria, a gente está descobrindo onde é que estão os pontos falhos na rede. Seja um profissional que tem uma informação, seja um serviço que não está funcionando a contento (Entrevistado 22).

Ela [a ouvidoria] vai influenciar [a efetivação o direito à saúde] a partir da participação do cidadão, porque aqui o cidadão encontra as portas abertas pra fazer as suas queixas, seja ela reclamação, denúncia, o que for necessário pra gente estar indo fazendo essa intermediação dele, como gestor e, a partir daí, melhorar a qualidade da saúde (Entrevistado 09).

A Ouvidoria é sempre um canal de acesso, a porta de entrada do cidadão com a instituição. Esse é o meio que ele tem de bater na porta e fazer as perguntas que quer. Então, acho que os números revelam que o cidadão tem procurado a ouvidoria, a ouvidoria do SUS. Então, garante o direito sim dele de perguntar, reclamar, sugerir, denunciar. É o canal de participação dele que a gente tem que ter respeito. Até porque ele está fazendo uma avaliação dos nossos serviços. É como eu digo, o gestor pode dizer que o serviço está muito bom, e os cidadãos dizem que não está muito bom. Então nós também temos esse olhar do cidadão. Então eu acho que garante sim os direitos de acesso que o cidadão tem, à resposta, ao tratamento, aos exames... Enfim, a Ouvidoria está para ajudar o cidadão, pra que ele possa ser melhor orientado, conduzido na nossa instituição e nas nossas diversas áreas (Entrevistado 27).

Imprescindível salientar que a promoção do acesso à justiça pela via dos direitos na saúde não se restringe ao usuário, reconhecimento necessário quando se examina o acesso à justiça promovido pela ouvidoria. Trata-se de acesso devido e necessário a todos os sujeitos envolvidos na saúde pública, incluindo profissional da saúde, para o alcance da efetivação de direitos:

Mas a gente sabe que o serviço de saúde, ele é pesado, estressante, porque você está atendendo alguém que está padecendo, alguém que está doente. Então, de algum jeito, quem está atendendo, possivelmente, também pode estar meio doente, psicologicamente, de alguma forma. Então, a gente tem instrumentos e setores para a gente ajudar o servidor também, que é chamado saúde do trabalhador lá nas unidades, que a gente consegue ajudar aqueles que procuram. E aí, pela fé, a gente sabe que muitos são colaborados pelos seus colegas mais próximos, mas tem gente que vai para esses setores e é tratado e busca melhorar sua qualidade de trabalho. Estando saudável, vai prestar um serviço melhor, quando não...

[Na sua perspectiva, o que contribui para o tratamento adequado dos conflitos interpessoais?]

É orientação, qualificação e busca de melhoria da saúde mental, ou seja, os setores que a gente tem das grandes unidades, tem o setor de saúde do trabalhador, que seria buscar estar com a saúde em dia, exames em dia, essas coisas todas que a gente interpreta e que se você estiver saudável, você vai ter um resultado mais satisfatório e saudável, né? Se você vai padecer e vai atender outro que está precisando de atendimento que não vai ser satisfatório. Então, é meio que orientar e ofertar mais recursos, não de dinheiro e sim de serviços. Exames e tudo que fosse necessário para quem trabalha na unidade hospitalar ou de oferta no serviço de saúde (Entrevistado 02).

É a contratação de psicólogos [uma medida que contribui para tratar adequadamente os conflitos interpessoais], porque a gente tem que ver que a pessoa, pra trabalhar e render bem e trabalhar, precisa tá bem, com a saúde mental em dia, com a saúde mental boa. Então, aquela história de dizer assim: “Ah venha trabalhar, mas deixe seus problemas em casa”, a gente não pode mais dizer isso. Como é que você consegue deixar o problema em casa? Não deixa. Eu acho, assim, o que a gente consegue fazer, pelo menos aqui na ouvidoria, o que a gente faz e o que a gente comenta também com outras áreas, [que adotamos medidas de reconhecimento e acolhimento do profissional]. Como nós somos aqui [na ouvidoria] 14 pessoas, nós temos todo tipo de gente de várias idades diferentes, de vários é... classes sociais diferentes, mas a gente tenta fazer um agrado, um afago e atender e dizer, colocar, cada um tem a sua importância devida e a gente conversa muito e diz... Pra não trazer o problema, isso nunca, porque não pode, mas, pelo menos, que converse com alguém, converse com o colega, aquele colega que você é mais, pra que isso não interfira no seu trabalho. Mas a gente tenta. Mas eu acho que o que falta mesmo é... a dificuldade maior é a falta de psicólogos mesmo pra gente ter um atendimento (Entrevistado 12).

Salientando o cuidado necessário com o profissional da saúde também no que concerne àquele atuante no próprio serviço de ouvidoria, entrevistado 21 ponderou:

Os profissionais também têm problemas. Se ele está com problema e ele não está conseguindo dar conta do problema do outro, que ele foi contratado para isso, tira ele um pouquinho daí. “Ah, mas ele precisa receber, ele não pode ser afastado”. Não estou falando de ser afastado, tira do atendimento direto ao cidadão. A gente faz aqui, a equipe do atendimento, ela está 100% monitorada. “Ah, eu não estou bem hoje,

briguei com meu marido, minha filha não está bem”. “Então, vem cá, vai no seu limite. Não tá bom? Não está bem? Chama a gente, combinado?” “Combinado”. Quantas vezes os funcionários da ouvidoria não gritam, não falam: “Não está dando, eu não estou conseguindo”, né? Então, a gente tira a pessoa do atendimento e coloca outra. Acontece? Acontece. Acontece dos funcionários da ouvidoria às vezes virem chorando do atendimento, se trancar no banheiro? Acontece. Aconteceu já do cidadão vir aqui com a arma e colocar arma na cabeça do funcionário da ouvidoria? Acontece. De colocar faca? Também. [...]

Eu acredito muito no meu trabalho, acredito muito nas pessoas que trabalham aqui [na ouvidoria] e eu vejo que essas pessoas, que trabalham na ouvidoria, pelo menos a equipe que eu tenho aqui, trabalha porque gosta do que faz. Porque é difícil. É difícil a gente ser desvalorizada pelos profissionais que trabalham com a gente ou o cidadão desrespeitar do jeito que desrespeita. “Eu pago o seu salário”, “você está aí porque vocês trabalham pra mim”, “sou eu que faço as coisas”. Bom, eu também sou cidadão, eu também pago os meus impostos, então eu também me pago. E o pior, pago mal, né? Então, assim, não tem lógica a gente ouvir isso. Então, esse desrespeito é muito difícil. A gente precisa ter um trabalho e a gente fez um trabalho muito grande. Trabalho que a gente fez de saúde mental com os ouvidores, que a gente publicou, exatamente por isso. Quem ouve o ouvidor? Porque a gente também tem os nossos problemas e as nossas angústias. A gente às vezes conversa com o paciente, a gente não consegue ajudar, não dá tempo de ajudar e o paciente morre no meio do processo. Como que a gente fica? A gente não fica feliz. Obviamente não, né? Um cidadão liga e fala: “Ah, você não está resolvendo porque não é com a sua mãe, porque não é com a sua família”. E se a minha mãe está doente, eu estou ouvindo isso, eu me acabo. Eu sou humano. Então, essas coisas que a gente precisa pensar também no profissional. É difícil? É óbvio que é difícil, eu que estou com problema. Meu problema é maior que o seu, sem dúvida, sempre vai ser, né? Então, isso pra gente é muito difícil, é muito difícil. Por isso, que a gente trabalha muito, muito próximo ao grupo da humanização. Para que a gente tenha essa relação humana entre as pessoas. Mas não é só do profissional com o cidadão e é entre os profissionais, que é o que a gente fala de rede de apoio. [...]

É a rede de apoio. Então, não adianta nada, um profissional principalmente que trabalha como a gente trabalha, só coisa ruim. Não só, mas a maioria coisa ruim, né? Muita tristeza, muita dor, muito sofrimento e a gente não se cuidar. Então, é a nossa rede de apoio. Quem é? Somos nós. Isso é importante e isso acho que isso é um tema que você podia pensar. Quer dizer, nós trabalhamos, nós em mediação do conflito, ok. É o profissional que faz isso, ele está preparado para isso? Não só preparado o profissional, mas o emocional desse profissional, como é que está? Porque para fazer uma mediação, você precisa tá íntegro, firme, forte. Porque, senão, a palavra empatia entra e acaba com tudo, entra pra outra rede. Cuidado com a palavra empatia, cuidado. Porque se colocar no lugar do outro para o nosso trabalho tem limite. E se eu ultrapassar esse limite eu vou chorar junto com o paciente. E aí ele veio me pedir ajuda, como que ele vai ficar? Então, tem muita coisa envolvida. [Entrevistado cita presença substancial de funcionários de ouvidoria com formação em psicologia.] Exatamente por isso, para que a gente consiga se ajudar e ajudar as pessoas que vêm até aqui e ajudar os ouvidores. Porque a gente, na época da COVID, teve um suicídio de um ouvidor e mexeu muito com a gente. Um gestor falou para mim, “Mas você ficou tão abalado assim por um? A rede tem quase mil”. Eu falei: “Mas é um, é um. Não é mais um”. Eu preciso observar isso. Por quê? Porque não é a ouvidoria que provocou a situação, mas ela foi um fator a mais provavelmente nessa decisão, porque é uma somatória de coisas. Então, eu preciso tomar cuidado (Entrevistado 21).

Segundo exposto nas entrevistas, assinalado nos excertos acima citados, a ouvidoria é local estratégico para dar evidência aos direitos e à humanização da saúde pública a todos os sujeitos, não apenas o usuário do SUS, mas também aos profissionais atuantes no Sistema.

Segundo Costa (2006), a qualidade fundamental requerida para o posto de ouvidor é a paciência antes de tudo e, em posição de lidar com interesses múltiplos, exige atenção redobrada e capacidade de ouvir acima do normal. Se coloca como uma função de defesa ao usuário e, ainda, de aperfeiçoamento amplo da instituição em que atua.

Como medida para que se alcance o tratamento adequado de conflitos interpessoais, entrevistado indica que “É preciso que haja um olhar voltado à condição psicológica do trabalhador da saúde, que já enfrenta grandes dificuldades no dia a dia de trabalho em si” (Entrevistado 01).

Os conflitos interpessoais “São muito recorrentes porque a gente sabe que a saúde é uma coisa muito, eu não digo difícil, mas é uma coisa que afeta muito e mexe muito com a saúde mental e depois da pandemia, o pessoal ficou assim, né?”, destacando-se que se convive com os conflitos dessa ordem e, a despeito deles, “se tenta fazer um trabalho, mas afeta muito o trabalho... as relações mesmo” (Entrevistado 12).

Nos termos destacados no capítulo terceiro, a saúde tem a particularidade de, além dos desafios inerentes às interações humanas envolvendo sujeitos variados associada à interferência da presença ou carência de estrutura e prestação material do serviço público, agregar elementos relativos ao adoecimento, ao sofrimento, à invalidez e à morte.

Ao descrever a presença dos conflitos interpessoais nos atendimentos prestados pela ouvidoria, o entrevistado 21 pontuou particularidades pertinentes à saúde que afetam e marcam as relações empreendidas nos serviços de saúde e o atendimento prestado:

Sim [lidamos com muitos conflitos interpessoais na ouvidoria], bastante, principalmente entre médicos e pacientes ou entre enfermagem e familiar, acho que é mais ou menos assim que funciona. Porque o familiar exige algumas coisas, que vai direto no enfermeiro, e o médico que fala com o cidadão e que muitas vezes não tem um outro familiar aí intermediando, e aí a situação acaba complicando. Aí entra um pouco de psicologia. O paciente, ele tem uma escuta seletiva. Ele está com medo, ele não quer ficar doente, ele não quer morrer. Ele escuta o que? O que ele quer. “Mas o médico falou para você isso”. “Ah, mas eu não lembro”. Aí você imagina o tamanho dos problemas, né? “Mas por que o senhor não veio com ninguém?” “Não, eu não quero que ninguém saiba.” “Por que você não trouxe ninguém?” “Eu não tenho ninguém.” Então, são esses os grandes problemas que a gente tem, principalmente na área das reclamações dos atendimentos. “Ah o médico, falou.” O médico fala “mas eu não falei.” Ou ele fala: “Eu falei, você não ouviu.” Então, esses conflitos são os maiores. E aí eu digo que é mais paciente x médico. Não tem estatística para isso, tá? Mas, é mais médico x paciente e enfermagem e familiares (Entrevistado 21).

Entrevistado 11 entende ser dificultador do tratamento de conflitos interpessoais no SUS a “Insuficiência de capacitação permanente dos profissionais envolvidos, ocasionada pela rotatividade e pelo vínculo precário desses trabalhadores; muitos são contratados por simples

processo seletivo de avaliação curricular”, pelo que entende contribuir no seu tratamento a “Orientação constante e capacitação, preparação do profissional para ambientes que envolvem tensão, com possíveis conflitos” (Entrevistado 11).

Ao responder principal dificuldade na efetivação do direito à saúde, entrevistado indicou “Acredito que seja a comunicação deficiente entre o usuário e os servidores, profissionais do SUS” e que, sobre os conflitos verificados, “Muitas vezes o problema é sistematizado e envolve uma questão pessoal de cada um” (Entrevistado 01).

Entrevistado 13 pontua a repercussão da humanização – presente ou ausente – sobre as demandas da ouvidoria:

Acho que melhorou, a política de humanização está muito próxima também, o trabalho que a humanização faz o trabalho da ouvidoria. Então, acho que a gente conseguiu melhorar nessa coisa do tratamento, do profissional de saúde em relação ao usuário. Mas ainda chega muita coisa relacionada a isso, a questão de dificuldade de acesso, fila, atendimento não muito humanizado, vamos dizer assim, pra os usuários, muitos questionamentos relacionados a isso. [...]. Por mais que a gente trabalhe em conjunto com a humanização, o que realmente aparece bastante pra gente é esse atendimento não tão humanizado e o entendimento do cidadão em relação ao fluxo, ao trâmite, que lhe deve ter dentro do SUS. Então, esse não conhecimento, esse não atendimento... essa não clareza pra ele, acaba gerando esses muros, esses conflitos. E aí ele acaba procurando a ouvidoria (Entrevistado 13).

Entrevistado 21, ao indicar o que entende colaborar para o tratamento adequado dos conflitos interpessoais, destacou a importância de considerar as pessoas por trás da manifestação registrada e a sensibilidade da questão no âmbito da saúde:

Por isso, que a gente sempre fala: a gente não lida com o número de protocolo, a gente lida com pessoa. Tanto o cidadão, porque a doença que eu tenho, pode ser a mesma que você, mas elas têm uma reação diferente no nosso organismo; como os profissionais, que eles também são diferentes e têm reações diferentes. Se eu entro no seu consultório já brigando com você, você vai me atender de um jeito. Se eu entro gentil e delicado, você vai me atender de outro jeito. Então, a gente tem que lidar com as situações de forma individualizada. Aqui, a gente não tem resposta padrão. Então, “Ah, todo mundo que perguntar disso, vai ter essa resposta”. Não tem, não dá. A gente está lidando com saúde. Aí entra a nossa diferença, a grande diferença na ouvidoria geral [ouvidoria não relativa à saúde] e da ouvidoria do SUS. Eu [na ouvidoria do SUS] lido muito com a situação de saúde ou do cidadão ou de algum parente deste cidadão, e isso é muito grave, muito grave, porque a saúde às vezes não tem tempo. A 13.460, a lei fala que o prazo de resposta são 30 dias, prorrogável por mais 30, desde que justificado. Então, eu tenho 60 dias pra responder, pela lei federal. [...] A nossa média de resposta são 14, 15 dias. Ainda é alto porque o paciente pode estar na UTI, porque o paciente pode estar com uma doença grave, que não dá para esperar. E um minuto faz diferença, quando o problema é saúde, dependendo da gravidade dessa saúde. Então, esses são os diferenciais da ouvidoria geral e a da saúde. Eu vivo quantos dias sem ter água em casa? Sem ter luz em casa? E quantos dias eu vivo, eu sem ter água para o meu tratamento? Ou se eu não tiver a luz para o meu equipamento? Então, é diferente. Não dá para algumas situações, algumas manifestações, alguns registros, a gente comparar [ouvidoria] geral com a saúde. Não dá. Então, eu entendo dessa

forma, a gente tem que tomar muito cuidado com quem a gente está lidando (Entrevistado 21).

O serviço de ouvidoria configurado enquanto espaço de voz – do usuário do SUS e do profissional de saúde – e de escuta qualificada, além de receber questões relativas ao acesso material ao direito à saúde e elementos de estruturação do serviço e do sistema público de saúde, configura local de registro e relato de conflitos interpessoais. A ouvidoria – em maior ou menor grau, segundo seu perfil, instituição e amplitude – é provocada sobre a existência de conflitos entre sujeitos, provocação que se apresenta inserida em variadas categorias de manifestações registradas, a exemplo da reclamação registrada sob indicação de atendimento inadequado em que o fato motivador foi a comunicação deficiente e consequente incompreensão entre o profissional da saúde e o paciente.

Tendo em vista a pertinência da qualidade das relações e das comunicações para a efetividade do direito à saúde no SUS e figurando o conflito nessas relações como elemento que afeta tal qualidade, imperioso considerar situações relacionais conflituosas no âmbito da saúde pública no tocante à atuação da ouvidoria, a fim de compreender medidas de acesso à justiça também sob esse ângulo.

Em que pese não seja atribuição formal da ouvidoria resolver conflitos interpessoais instaurados entre os sujeitos, a posição que ocupa coloca o serviço como local de trato dessas questões em alguns casos, especialmente quando o espaço de fala e escuta propiciado pelo serviço se revele meio oportuno e adequado ao tratamento desses conflitos:

Esse [conflito interpessoal] é um ponto que aparece bastante nos nossos registros por diferentes causas: valores pessoais, personalidade incompatível, formas de entender as informações repassadas, interesses particulares colocados em foco, poder de uma forma impulsionadora envolvendo interesses pessoais.

[Quais são as dificuldades no tratamento desses conflitos?]

Reconhecer que o conflito precisa ser tratado entre as partes. Falta de maturidade e respeito na decisão de resolução. Entendimento dos fatos [pelo ouvidor e pelos envolvidos]

[Na sua perspectiva, o que contribui para o tratamento adequado desses conflitos?]

Comunicação clara, honesta e aberta entre os envolvidos. Buscamos oferecer um ambiente acolhedor para que as pessoas se sintam à vontade (Entrevistado 06).

Como não há, entre as manifestações em ouvidoria, enquadramento formal específico concernente a conflitos interpessoais, o processamento da manifestação se dará segundo o trâmite pertinente à manifestação registrada. Entrevistado indicou que “quase não temos esse tipo de demanda [de conflitos interpessoais]”, consignando inexistir categoria em que esse

conflito se enquadre nos registros de ouvidoria e que, quando esse conflito surge, enviam à coordenação que cuida da gestão de pessoal (Entrevistado 01).

Esses conflitos, portanto, são inseridos no processamento dado a toda manifestação, segundo procedimento descrito no capítulo quarto ou fluxos de tratamento estabelecidos internamente à instituição para sua tratativa:

[Recebem conflitos interpessoais] Tanto pessoalmente, presencialmente, quando a gente atende, como pelos sistemas. Assim, tem muito caso, tem casos de vários tipos. E aí como é que a gente faz? A gente conversa, manda a manifestação para o setor, a gente trata quando vem a resposta, a gente trata aquela resposta se ela não tiver adequada antes de mandar para o cidadão, volta a manifestação, a gente conversa, diz como é que ele deve agir com a pessoa, pra poder responder a manifestação. Então, a gente tem que lidar, tem muitos conflitos, muitos (Entrevistado 12).

Para esse tipo de demanda de ouvidoria [envolvendo conflitos interpessoais], encaminha-se a reclamação ao superior da unidade, o qual deverá orientar o servidor sobre a melhor conduta a ser adotada junto aos usuários.

Já quando se tratar de assédio moral/sexual, essa demanda é encaminhada para o setor de correição da [parcela da administração pública correspondente] para apuração, que ao final poderá ser instaurado um Processo Administrativo. [...]

A ouvidoria não tem esse papel de envolvimento pessoal. Em um primeiro momento a ouvidoria acolhe o cidadão. Posteriormente seu conflito é encaminhado para os responsáveis pelo tema. Geralmente os relatos de conflitos chegam até a ouvidoria pelos sistemas e formulários Web (Entrevistado 11).

Todas as manifestações já acabam sendo isso [conflitos interpessoais], quase sempre, né? É, salvo o elogio que não é algo desagradável, o resto todo pode ser. O elogio e sugestão e solicitação, ou seja, metade. Metade, não, viu, é... menos da metade das manifestações são agradáveis. O resto, tudo é a reclamação, denúncia. Então, acaba sendo algo mais perigoso e mais necessário a intervenção. Então, a gente acaba tendo esses conflitos diariamente (Entrevistado 02).

O fato de a ouvidoria do SUS amplamente considerada não ter estrutura adaptada ao conflito interpessoal<sup>75</sup> pode ensejar a descaracterização desse tipo de conflito no conjunto de demandas tratadas pelo serviço. Em outras palavras, o conflito interpessoal tem canais para chegar à ouvidoria mediante registro de manifestação, mas pode ser descaracterizado como tal e enfrentado como uma das categorias gerais de manifestação, o que afeta e influencia o tratamento e a perspectiva que esse conflito vai receber, a exemplo de manifestação de paciente em conflito com médico tratada como reclamação sobre conduta do profissional da saúde por ter sido assim registrada.

---

<sup>75</sup> A ausência de estrutura adaptada ao conflito interpessoal no serviço de ouvidoria do SUS não é aqui colocada como algo negativo. Referida realidade decorre da própria estrutura do serviço em face de suas atribuições e competências estabelecidas normativamente.

Consignando que os conflitos interpessoais porventura levados a registro nas manifestações junto à ouvidoria do SUS são tratados segundo o fluxo de processamento do serviço, com encaminhamento ao órgão competente, são também os seguintes relatos:

Isso chega para a gente reiteradamente. Hoje, a maior tipologia de demanda que a gente recebe é reclamação. Então, essas reclamações trazem justamente essas insatisfações dos usuários com relação aos serviços prestados. Então, o nosso desafio é tentar diminuir essa insatisfação por meio de tudo isso que a gente já conversou (Entrevistado 03).

[Sobre a presença de conflitos interpessoais] Recorrentes não, no entanto, existem. Abordo situações em que os manifestantes relatam casos de mau atendimento por parte de profissionais específicos da área da saúde. Nestes casos, os procedimentos seguem o fluxo sendo encaminhado aos órgãos competentes, variando apenas no encaminhamento ao ponto de resposta específico onde o cidadão relatou o ocorrido, permitindo que a chefia imediata tome conhecimento do ocorrido e adote as medidas cabíveis, tratando diretamente com o profissional citado. Certamente, o processo de formalização dessas demandas específicas requer cuidado e sensibilidade ao repassar firmemente o ocorrido relatado pelo cidadão, mantendo sempre a ética e a cordialidade ao encaminhar para o ponto de resposta adequado (Entrevistado 23).

A gente tem, por exemplo, casos de conflitos mais – não sei se a palavra é simples –, mas é mais assim tranquilo de resolver que a pessoa consegue continuar o atendimento naquele lugar, consegue manter o vínculo, profissional e usuário. Mas a gente também recebe questões mais graves, de violência. E esses são casos bem complexos assim de lidar na ouvidoria porque a ouvidoria, como ela faz esse registro, encaminha pro órgão responsável, o órgão responsável que faz, [menciona órgãos locais] e o encaminhamento sempre é pro órgão responsável de gestão daquele serviço, que é onde vai ser feita a resposta, onde vai ser feita a apuração, a tomada de providências. E aí a resposta vai ser comunicada também via ouvidoria pra pessoa do que foi feito. [...]. Então, por exemplo, chegava um relato de violência no serviço de saúde cometido por trabalhador de saúde, a gente mandava pro órgão e olhava o que eles iam responder. Se eles responderem “Ah lamentamos... esse não deveria ser o protocolo, a rotina e enfim”, a gente devolvia, a gente pedia “não, queremos saber o que foi feito, se foi tomada alguma atitude, se foi conversado com a equipe, foi...”. Às vezes é aberta alguma sindicância, aberto algum processo administrativo, dependendo do grau, da violência. Então, a gente recebe e, também, a gente sempre orienta que questões de violência sejam, quando é um padrão, questão criminal, por exemplo, sejam também levados aos órgãos de responsabilidade por esse tipo de atenção. Que a ouvidoria também, ela tem um teor mais administrativo, não judicial assim nesse sentido. Então, chegam e a gente percebe que, quanto mais a gente divulga e mais a gente diz que a ouvidoria também é um local pra acolher essas demandas, mais chegam, né? Principalmente se a ouvidoria tem... se o cidadão percebe que a ouvidoria tem algum tipo de efetividade. Então, por isso a nossa preocupação de não fechar uma demanda com qualquer resposta e não simplesmente deixar que nada aconteça. Então, acho que a gente ter esse tipo de ação, faz com que a pessoa retorne se ela tiver alguma outra questão, enfim. Porque se ela não acredita naquele serviço, ela não vai voltar. [...]

Realmente o que a gente faz é fazer o acolhimento, o registro, e encaminhar pro órgão responsável pela apuração. Então, principalmente nos casos de denúncia, até porque a gente tem uma resolução no regimento nosso que a ouvidoria não se envolve na apuração. Então, a gente se envolve em avaliar qual é o retorno e aí fechar ou não fechar a demanda. [...]. A gente pode até dar algum tipo de orientação em relação a isso, mas quem faz, quem toma a providência é o órgão responsável pela gestão do local, então se eles vão encaminhar isso pra algum órgão de corregedoria, algum outro órgão, aí é algo que eles mesmo fazem. Aqui, a gente também, por exemplo, se teve algum tipo de recusa de atendimento, ou seja, algum tipo de contrato não seguido, a

gente também tem um órgão nosso que é de auditoria, às vezes a gente faz o encaminhamento pra eles, principalmente de questões de irregularidade na prestação de um serviço que tá contratualizado com o [ente público], por exemplo. Então, a auditoria é o órgão que pode fazer recomendações, aplicar punição, fazer algum tipo de outra ação. [...] Quando tem esse respaldo [dos dados entregues pela ouvidoria] também a [administração pública] consegue atuar junto e quando a gente faz os relatórios. A gente sabe que às vezes uma demanda de algum conflito vai ser feito uma conversa, vai ser feito algo mais pontual, mas sabe que, quando tem mais de uma questão sobre dificuldade com o trabalhador ou dificuldade de atendimento, recusa, algum conflito que a pessoa não tem o seu direito atendido, a gente sabe que às vezes quando tem o número disso, tem uma quantidade, tem um relatório sobre isso, pode ter uma ação mais efetiva. Então, também de registrar isso pra dar um respaldo pra gestão também nas áreas técnicas fazerem essa intervenção junto ao serviço. [...]. Então, a gente sabe que às vezes uma ouvidoria não vai ter tanta interferência, até porque a ouvidoria, ela é um canal de comunicação, ela não vai ser um canal de fazer a solução, às vezes, mas de orientar, de tentar que o órgão se posicione em relação a isso, tome alguma providência. Sim, esse é o nosso papel, mas aí pra fazer uma atuação mais efetiva assim, tem que contar com a ação das outras áreas. Então, a gente tem esses fluxos estabelecidos. [...]. Acho que isso é importante falar, tem vezes que envolve uma questão que é de conduta, por exemplo, por exemplo, e aí o conflito se gera com base naquilo. Então, a gente faz o papel de registrar, de encaminhar pra gestão pra que se tente fazer uma mediação. Mas, ao mesmo tempo, quando é algo mais grave de conduta ou de sei lá de questão ética também, a gente sempre orienta o cidadão também a buscar os conselhos profissionais porque é uma, enfim, é uma questão mais específica (Entrevistado 04).

A gente registra as manifestações. É enviada pra diretoria. E a diretoria envia pra direção do hospital que vai apurar aquele fato com o servidor e procurar fazer também a mediação. Vai pra direção, é de cima pra baixo. A gente envia pra direção em cima [gestor acima da direção do hospital], depois vai pra direção do hospital e a direção do hospital nos envia uma resposta.

[Quais são as dificuldades no tratamento desses conflitos?]

Eu já tinha te falado que a grande dificuldade da gente é a demora. Às vezes a gente tem uma demora muito grande da resposta do órgão finalístico. Assim, a direção responde, mas às vezes responde fora do prazo (Entrevistado 05).

Às vezes as pessoas fazem queixas, reclamação ou denúncia, mas não sabem fazer, falta informação, falta elementos suficientes para que a gente possa dar encaminhamento e que possa ser apurada, analisada, avaliada. Mas quando vem com todos esses requisitos, a gente dá conhecimento a quem é de competência saber do que está acontecendo. Por exemplo, se é uma reclamação em relação ao atendimento da enfermeira, que atendeu ali, a gente tem que dar conhecimento, fazer um encaminhamento dessa manifestação para o superior dessa enfermeira, para que ele saiba que ocorreu aquilo, que houve essa insatisfação, que houve esse atendimento, para que ele possa tomar alguma providência. A gente vai seguir o fluxo de encaminhamento de manifestação, para dar tratamento àquela manifestação. Mas a providência, ela tem que ser tomada ali na ponta pela unidade, diante das queixas que chegar. Como é que elas vão resolver aqueles conflitos de forma que aquilo não aconteça mais. E se realmente em relação a fulano, a sicrano, que medidas estão sendo tomadas. Porque, assim, quando é muito recorrente em relação a alguém e a gente vê que as respostas são sempre padrão, sempre as mesmas, às vezes são resposta que nega, são resposta que diz que nada daquilo aconteceu, que desconsidera totalmente o que o usuário trouxe, se a gente está fazendo pelo caminho aqui e não está dando certo, a gente tem que dar conhecimento aqui a um outro setor que possa. E aí a gente reposta para esse encaminhamento; de novo, pegando tudo que já veio, por exemplo. Isso não é sempre que acontece, mas um exemplo que já aconteceu. Vamos pegar todas as outras manifestações que já vieram em relação a isso, vamos dar agora para essa secretaria executiva aqui, para ela tentar resolver isso aqui e dizer que isso é recorrente, que as respostas são padrão, enfim, que não dá mais para responder para o cidadão assim. E ver qual providência eles vão tomar em relação. Mas a gente fica...

essa situação toda, fica muito a depender do superior lá, que está na ponta, qual é a medida que ele vai tomar em relação àquilo, porque está lá no ambiente de trabalho, aconteceu lá. Ele é chefe do setor, da área, sei lá o quê. Cabe a ele alguma medida nesse sentido. Agora, quando é algo mais grave, e cabe aí um processo administrativo, que cabe uma sindicância, uma apuração maior, a depender de como chega essa reclamação, essa denúncia, a gente encaminha aqui internamente. A gente caminha internamente aqui, para uma diretoria que trabalha com o processo administrativo. E tendo elemento suficiente, ela vai abrir o processo administrativo para apurar o que aconteceu, e no final do processo administrativo, tem-se a conclusão, do que tiver que ter penalidade, se não vai ter penalidade, a depender da situação.

[Quais são as dificuldades no tratamento desses conflitos?]

A dificuldade em relação ao encaminhamento, o tratamento da manifestação desses conflitos quando chega aqui pra gente, a gente não tem nenhuma dificuldade em tratar. A gente sabe o que é que tem que fazer e qual o caminho que tem que percorrer. Eu acho que a grande dificuldade de tratar esses conflitos tá lá onde o conflito é gerado, tá com a gestão. E aí para falar com ele já realmente não sei dizer assim qual é a dificuldade que eles têm. Eu acredito muito que uma das grandes dificuldades é a falta de elementos, de prova. Às vezes, a gente lê o relato e a gente vê que faz sentido. Mas ele não apresenta provas, ele não apresenta coisas concretas que possam dizer: “Não. Então, a partir disso aqui, a gente pode abrir uma sindicância, um abrir um processo administrativo ou fazer uma apuração”. Mas coisas que, às vezes não cita nome, faz denúncia, “mas fulano de tal”, sem maiores informações, “assedia várias outras pessoas”, não cita as pessoas, não cita dia, fato que ocorreu, o que de fato está acontecendo, o conflito que a gente sabe que existe e que pode existir. A problemática existe, a gente sabe disso. Mas é na hora de relatar isso, na hora de fazer essa denúncia, essa queixa, que as pessoas não sabem; e aí a gente fica aqui de mãos atadas, sem poder dar encaminhamento. E, geralmente, como isso é anônimo, a gente não tem nem como pedir informação complementar, porque eles não deixam nenhum tipo de contato, quando é anônimo. Mas se ele se identifica, deixa contato, aí a gente tem como entrar em contato com o cidadão por estes meios; pedir mais informação, pedir mais detalhes. Pedir, “ó, você fala aquele médico nunca está lá, que ele sempre falta. Tem alguma coisa que prove isso, que ele nunca tá?” Quando é o usuário, é realmente muito mais difícil, porque às vezes o usuário fala com o profissional, mas não pega o nome, não sabe quem é aquele profissional. “O médico tal”; e quem é o médico? Não sabe dizer o nome do médico, não lembra o nome do médico, não lembra o nome da profissional que atendeu ou da pessoa que tratou assim, ou que tratou assado. E aí na unidade de saúde grande... Aí a gente as vezes pega outros detalhes, não informou o dia e a hora pelo menos. Tem mais de um profissional nesse hospital, nesse dia, nesse horário... Assim, para tentar chegar ao máximo na pessoa, porque não dá pra fazer queixa vaga, muito vaga, que as pessoas vão ter que adivinhar quem foi, ou adivinhar como foi. Às vezes, a dificuldade de a gente trabalhar uma manifestação aqui é a falta de informação e de elementos suficientes para dar o encaminhamento. Isso ainda pesa muito aqui para a gente, a gente tem dificuldade, às vezes até recebe coisa bem bonitinha, redondinha, mas faltou uma informação ou outra, “pronto e agora?” [Indica número de unidades de saúde na localidade], eu vou encaminhar para qual? Então, fica difícil a gente trabalhar, assim, partindo daqui [da ouvidoria]. Mas se chega tudo bonitinho para a gente, a gente caminha. E aí é com a gestão como ela vai gerir esse conflito lá internamente, que chega e tá lá instalado, pra tentar resolver (Entrevistado 18).

[Na sua avaliação, os conflitos interpessoais envolvendo usuários e profissionais da saúde levados à ouvidoria do SUS são recorrentes?]

São. A gente recebe muita reclamação de atendimento de médico, atendimento de enfermeiro, mas todas essas reclamações a gente dá encaminhamento correto e faz análise de tudo e leva à [autoridade administrativa], todas essas manifestações decorrentes de mau atendimento, tudo a gente consegue levar.

[Como esses conflitos têm sido tratados?]

É tratado de forma, por exemplo, vamos dar um exemplo de servidor com paciente. Um paciente reclamou. Mas eu, como ouvidoria, eu já faço uma análise prévia do ocorrido e, se for uma coisa decorrente desse servidor da saúde, por exemplo, de mau

atendimento. Se a gente chegar na unidade de saúde e ver que realmente existem mais de 1 reclamação, 2 ou 3, aí já é levado para a sindicância. Aí a sindicância já faz a questão de apuração, que seria puxar câmeras, puxar vídeos para verificar se realmente o que o paciente alegou está acontecendo mesmo.

[Quais são as dificuldades em tratar estes conflitos que envolvem relações interpessoais?]

Dificuldade, não tem dificuldade. Assim, entre ouvidoria e sindicância não existe dificuldades. Nós até mudamos a nossa forma de documento, que hoje os documentos eles vão para a sindicância em forma sigilosa. Então, o profissional está lá na ponta, ele não está sabendo o que que está acontecendo, até mesmo para dar um respaldo para a pessoa que veio denunciar. A gente resguarda muito o denunciante (Entrevistado 20).

Alguns entrevistados narraram uma atuação participativa da ouvidoria no tratamento dado aos conflitos registrados em manifestações, mas em conjuntura de atuação delimitada à atribuição da ouvidoria na questão ou à existência de interação próxima e positiva com os setores da saúde envolvidos na questão:

Assim, a gente atende muitos conflitos. Casos de assédio moral, conflitos mesmo... até entre colegas, entre o paciente e o profissional e assim a gente envia esse problema, primeiro a gente atende, quando a gente atende presencialmente, a gente atende a pessoa, pergunta se ele levou o caso para o chefe imediato, tenta resolver (Entrevistado 12).

Eu tenho conflito do usuário e do servidor. Eu tenho esses conflitos. Eu tenho conflitos interpessoais de colaboradores, de colegas de serviço. Tenho duas situações, são resolvidos, são chamados. É, às vezes, o gestor, a pessoa lá não acordou bem. A cabeça do ser humano tem diferentes formas de atuar, ficou ruim, entendeu? Então, a gente tenta minimizar a situação, explicando que não é dessa forma. E sugerindo a um gestor lá, ou troca ou coloca em outro local que ela não... que a pessoa não atenda a público, porque não é o perfil. Nem todo mundo atende, nem todo mundo tem esse perfil, de atendimento ao público, de conversar ao público, de ter essa relação mais próxima do público. Tem gente que não aceita. A gente recebe muitas reclamações, mas também muitos agradecimentos também junto às unidades, que a enfermeira tratou muito bem, que se não fosse a enfermagem, se não fosse o médico, se não fosse, né, a equipe. Se não fosse o gestor, foram bem tratados. Da mesma forma acontece [referindo que, assim como acontece a reclamação sobre atendimento, acontecem os elogios sobre o atendimento]. Mas eu tenho relação com usuário e relação entre colegas, que eu acho que é até pior, porque a gente tenta... qualquer uma palavra mal interpretada já faz um estardalhaço. Aí a gente conversa, sugere, nosso processo é sempre de sugestão ao gestor. A gente sugere que sejam separados [os profissionais em conflito], pra não dar conflito mesmo. Porque existe os conflitos e os conflitos já não vêm, quando chega no embate mesmo é porque já faz tempo, entendeu? Já aconteceu, aquilo já está, já está mais pra lá do que pra cá. Então, separa, que nem família mesmo, quando os irmãos estão brigando. Coloca um pro lado, outro pro outro. É mais ou menos isso.

[Como esses conflitos interpessoais têm sido tratados?]

Gestão mesmo. A gente... a problemática, manda pro gestor, para ele avaliar, para ele poder ter a ciência e ele verificar o que está acontecendo. E a partir do momento que ele retorna pra gente, a gente sugere que sejam separados, dá nossa opinião ou a opinião de mediação, ou... porque a nossa relação é muito próxima dos gestores. Então, quando troca gestor, eu vou, me apresento, vou lá. Então, eu já fico numa ponte já com telefone. Que a gente pode estar mediando até mesmo pra acelerar as demandas. Não é diário, mas é bem constante.

[Quais são as dificuldades no tratamento desses conflitos interpessoais?]

As dificuldades, eu acho que é mais a questão de resposta mesmo. Porque existe vários interesses. Às vezes, um é mais amigo do gestor, ou outro. Então, eu tenho essas dificuldades. Mas quando eu mando a demanda, [fala detalhes da organização do serviço de ouvidoria onde atua], aí eu converso o que tá acontecendo, conversa com o gestor e aí abre essa demanda e eu já faço a ponte com o gestor. Tudo é mais que os gestores... eu falo muito assim “ó, imparcial, a imparcialidade, como gestor é importante, independente de quem você conhece”, [...]. Mas você tem que ter um equilíbrio. Da mesma forma que tu entra, tu tem que sair para mesma porta. Não pode ter essas relações mais delicadas. E aí acaba sendo bem, bem, bem complicado. Essa eu acredito que seja a pior. Pelo conhecimento do gestor, mas eu sempre falo de imparcialidade (Entrevistado 24).

Assim, a despeito da ausência de modalidade específica de manifestação em ouvidoria correlata a conflitos interpessoais, são questões que chegam ao serviço de ouvidoria, ponto em que se faz necessário repisar ponderação feita anteriormente de que o conflito não é necessariamente negativo. Como ilustrado pelos relatos dos entrevistados, trata-se de situação que mobiliza melhorias ou providências necessárias na relação e na realidade posta entre os envolvidos. Entrevistado 22 assinala:

Acho que, assim, o conflito ele tem que existir. Porque se não existir o conflito, como é que a gente vai saber onde é que está o problema? Quando você vê uma unidade de saúde, um serviço que não tem problema nenhum lá, alguma coisa está sendo velado lá, entendeu? Alguma coisa está sendo escondida. Então, pra mim, o conflito tem que ser recorrente. Se não tiver conflito é porque tem alguma coisa errada, alguém tá escondendo alguma coisa. Ninguém vem dizer que serviço de saúde não tem que ter conflito, tem que ter sim, porque a partir dos conflitos é que a gente identifica os problemas. [Narra experiência pessoal que teve quando atuou em núcleo de apoio de saúde da família em certa localidade] que tinha comunidade muito crítica lá. A gente discutia muito o acolhimento das unidades, a gente discutia como é que ia ser o atendimento da gestão com a população. E, nisso, apareceu muitos conflitos, de interesse, conflito de usuário com trabalhador. Pra mim isso era muito bom, porque a gente discutia com eles a partir do lugar deles de fala, e a gente cresceu com isso. Hoje, eu sou uma pessoa diferente porque eu tive a experiência. O conflito é bem maior nesse serviço de ponta do que na ouvidoria. Na ouvidoria existe conflitos, porque, na verdade, quando você recebe uma demanda, já é um conflito, que tá havendo no serviço, mas o conflito que eu vi assim foi na ponta mesmo, na ponta, quando você está lá na ponta, você está lá no usuário, nas pessoas, no trabalhador, você sente muito mais essa questão do conflito para trabalhar os problemas, sabe? E esse foi minha experiência com um conflito. E conflitos, como você bem sabe, existe todo lugar. E é positivo para mim, não é negativo, pra mim o conflito é positivo (Entrevistado 22).

Em que pese a realidade exposta no sentido de não ser atribuição da ouvidoria a solução de conflitos interpessoais e, em muitos casos, não ser ela sequer local adequado para essa tratativa, as entrevistas sinalizaram que o serviço de ouvidoria configura canal de tratamento de conflitos amplamente considerados que se inserem nas manifestações dos usuários. Amparando-se na afirmação de um serviço de ouvidoria qualificado e que concretiza suas atribuições, entrevistado ressaltou:

A ouvidoria é muito capacitada. Os técnicos da ouvidoria [em que o entrevistado atua] são servidores de carreira e trabalham na função há mais de x anos. As capacitações para a ouvidoria são frequentes, ofertadas pelo Ministério da Saúde, OGU, Controladoria Geral do Estado, TCU, TCE dentre outros órgãos de controle, e abordam temas ligados às leis de ouvidoria e tipos de manifestações, como tratamento de denúncias, proteção ao denunciante, ética, função do ouvidor, fluxo, defesa do usuário dentre outros temas relevantes e essenciais ao desenvolvimento dos trabalhos de ouvidoria. Os conflitos são registrados e encaminhados para as unidades competentes, que após sua análise, respondem ao cidadão. É um desejo da ouvidoria capacitação nesse sentido [de tratamento de conflitos], entretanto não é uma necessidade (Entrevistado 11).

Entrevistado 25 descreveu tramitação dada a conflitos interpessoais envolvendo profissionais da saúde, sinalizando que são tratados por setor de controladoria e ética pertinente à parcela da administração pública em que está inserido. Pontuou haver a contribuição da ouvidoria apenas quanto à tramitação da demanda e eventual contato com setores para orientar fluxos, ressaltando “as pessoas pensam mesmo que a ouvidoria [onde atua] vai tratar esses conflitos, vai fazer essa mediação, só que nós não fazemos. [No setor onde atua] quem faz essa mediação, quando é com o servidor, é [setor específico], que é a saúde do trabalhador”. Indicou apenas um caso extraordinário em que a ouvidoria participou diretamente no tratamento dado:

Teve uma situação, logo que eu entrei na ouvidoria, de uma manifestante que, ao longo dos anos, registrava uma mesma manifestação e questionava a mesma coisa e a recebia resposta, passava um tempo, ela abria a mesma manifestação, questionava as mesmas coisas. E isso, assim, de uma situação que aconteceu, se não me engano, em [há mais de 20 anos]. Então, a gente reuniu a ouvidoria da administração [a que está relacionada] com a ouvidoria da unidade de onde ela relata ter acontecido os fatos, com uma equipe de assistente social, psicólogo, diretores e médicos e ela foi chamada, compareceu na unidade e a gente explicou toda a situação para ela, que não tinha o que mais falar, que a situação já tinha sido esclarecida. Essa foi uma única situação que a ouvidoria foi convidada a participar, porque ela registava as manifestações na ouvidoria, mesmo recebendo as respostas por outros canais. Nós participamos desta forma e estamos alinhados que, quando tiver uma situação semelhante, a ouvidoria participa dessa forma. Para conduzir, para ajudar a explicar, e para resolver a situação (Entrevistado 25).

Pelos relatos expostos, constata-se que há conflitos entre usuários e os profissionais de saúde e, ainda, há conflitos entre os profissionais, que demandam tratativa específica da ouvidoria, do setor demandado ou do gestor correspondente aos profissionais envolvidos. Essa diversidade de conflitos exige diferentes formas de abordagem, considerando os sujeitos envolvidos, os elementos e a natureza do conflito, a estrutura da ouvidoria e do serviço em saúde, a apontar medidas propícias e concretamente possíveis a cada caso.

É essencial, portanto, que o ouvidor saiba discernir o que é do domínio da chefia ou da administração pública – ou mesmo dos órgãos disciplinares e judiciários – e o que não é, para que não subtraia o caso da apreciação pelo ente competente.

Segundo as informações prestadas em entrevista, pode-se observar que os serviços de ouvidoria que identificam o recebimento de manifestações envolvendo conflitos interpessoais e indicam que detêm, na própria ouvidoria, alguma via de tratamento deles, descrevem que o método de tratar os conflitos envolve abordagens promotoras do diálogo e da cooperação entre os envolvidos, práticas que dialogam com a mediação proposta neste estudo.

Além dos excertos já citados, confira-se:

Os conflitos entre usuários e profissionais de saúde podem surgir de várias fontes, incluindo divergências de opinião sobre tratamentos, comunicação inadequada, falta de empatia, disparidade de poder, diferenças culturais e até mesmo questões financeiras. Esses conflitos podem dificultar a entrega eficaz e compassiva do cuidado de saúde. É crucial promover a comunicação aberta, a compreensão mútua e a resolução de conflitos de forma construtiva para melhorar a qualidade do cuidado prestado. [...]

Existem várias medidas que podem contribuir para o tratamento adequado de conflitos entre usuários e profissionais de saúde, como estabelecer uma comunicação aberta, clara e empática entre profissionais de saúde e usuários, permitindo que ambas as partes expressem suas preocupações e necessidades. Oferecer treinamento contínuo para profissionais de saúde, visando aprimorar suas habilidades de comunicação, empatia e resolução de conflitos. Promover o respeito mútuo entre profissionais de saúde e usuários, reconhecendo a importância de suas experiências, opiniões e conhecimentos. Estabelecer políticas e procedimentos claros para lidar com conflitos de forma justa e eficaz, garantindo que as preocupações dos usuários sejam abordadas de maneira adequada. Oferecer serviços de mediação ou conciliação para ajudar a resolver conflitos de forma colaborativa e evitar escaladas desnecessárias. Realizar avaliações periódicas para identificar áreas de melhoria no tratamento de conflitos e implementar medidas corretivas conforme necessário, com melhoria contínua. Promover uma cultura organizacional que valorize a colaboração, a transparência e o cuidado centrado no paciente, incentivando a resolução construtiva de conflitos (Entrevistado 16).

Segundo Guillaume-Hofnung (2018), a inovação social gerada pela mediação, com recorrência, faz parte de iniciativas discretas e dispersas que se integram gradualmente em uma rede associativa. A melhoria das relações se dá com abordagem cooperativa de agir com o outro para criar ou recriar vínculos que não representem renúncias de si mesmo nem anulação do outro, obtendo-se qualidade relacional ao aceitar que o outro tem movimento próprio, reconhecer e cuidar das diferenças (Warat, 2001), o que se aplica aos serviços de saúde no SUS para instituição de relações, vínculos e comunicações necessários à assistência integral em saúde e efetivação do direito à saúde concebido enquanto estado de completo bem-estar físico, mental e social, sobressaindo à doença ou enfermidade.

Outrossim, a mediação que abrange o tratamento de conflitos e vai além, para a composição – ou recomposição – de vínculos relacionais, fortalece vínculos entre profissionais e usuários e extrapola deles seus efeitos, pois se conecta a elementos mais amplos, como a crise de confiança no profissional e nas instituições da saúde e a busca de afirmação de novos valores (Guillaume-Hofnung, 1999). Por evidente, a ouvidoria foi estabelecida também com o fim de promover a confiança na instituição ou, amplamente, no SUS e aperfeiçoar o serviço público em saúde.

As abordagens cooperativas narradas em entrevistas apontam, pois, conjunturas possíveis à consideração da mediação como instrumento às finalidades do serviço de ouvidoria. Na mediação, os envolvidos encontram espaço de reconhecimento – de si, do outro, dos direitos e dos interesses relacionados – que permite afastar valores absolutos do correto ou incorreto e construir um conceito de justiça ali aplicável, sob valores inseridos na vida dos sujeitos, voltada à melhoria da qualidade de vida em cumplicidade com o outro (Warat, 2001).

Nada obstante, as indicações dos entrevistados no sentido de todas as manifestações se inserirem no fluxo de processamento formalizado e que muitas das questões conflituosas objeto de registro terem seu tratamento feito por outros setores corroboram o princípio anteriormente consignado de que eventual uso da mediação pela ouvidoria não consistiria em uma panaceia aplicável a toda e qualquer circunstância. Ainda que se identifique como aplicável a mediação, seu papel não substitui, em momento algum, o do gestor ou da chefia ou de órgão competentes às questões concernentes às suas atribuições.

Nada obstante a atuação do serviço de ouvidoria do SUS na efetivação do direito à saúde nos termos acima descritos, muitos são os desafios externos à ouvidoria existentes para a promoção ampliada do acesso à justiça pela via de direitos na saúde, em que se incluem financiamento limitado ou insuficiente, formalidades que orientam e restringem a gestão e execução dos recursos, insuficiência de profissionais, serviços ou ações em funcionamento deficiente a afetar todo o fluxo de atendimento, gestão administrativa deficitária no atendimento da assistência integral em saúde, entre outros.

O reconhecimento dos direitos como manifestações da dignidade universal deveriam ser orientadores igualitários das interações sociais, notadamente considerando que “os direitos fomentam a capacidade de os indivíduos se respeitarem, na medida em que se percebem como merecedores do mesmo respeito devido a todos os seres humanos” (Avritzer; Marona; Gomes, 2014, p. 17). Embora os direitos não esgotem o debate sobre acesso à justiça, ocupam papel central nessa discussão, razão pela qual se procedeu, em capítulo antecedente, à exposição

ampla sobre o direito à saúde e sua composição, especialmente seus desdobramentos e garantias no âmbito da política pública.

Avritzer, Marona e Gomes (2014) pontuam que o acesso à justiça via direitos é condição necessária para a efetivação da democracia, ponderação indispensável à saúde pública que tem a participação democrática da comunidade entre as suas diretrizes. Em sua concepção normativa e estrutural, o SUS e suas medidas de efetivação do direito à saúde tomam por premissa a efetiva participação do usuário no processo de conformação dos direitos abarcados na saúde pública.

Sobre a questão, entrevistado 05 destacou:

[Há algo mais que você queira dizer?]

Eu gostaria de frisar novamente a importância da ouvidoria. Assim, a gente já como [pessoa atuante na ouvidoria respectiva] gosta de dizer assim, a gente já apagou muitos incêndios. Coisa que ia se tornar grandes e a gente acabou desarmando o usuário, com... informando o que é correto, informando o que é a lei, informando como ele faz pra adquirir medicamentos que não têm na RENAME. Então, assim, eu acho que é um serviço que deveria existir em todas as Secretarias, a gente insiste em falar isso, mas é um trabalho de formiguinha. A ouvidoria ainda é, apesar de ser um direito do usuário desde 1990. Desde a lei 8.080/90, a gente ainda tá caminhando a passos de tartaruga. Parece que quando a gente fala de direitos de usuários, eu não sei porquê, mas a gente continua caminhando muito devagar. Eu acho que falta o despertar também do usuário. Mas eu acho que a gente tem avançado muito, viu? E eu torço pra que a gente avance muito mais.

Em que pese toda a exposição supra evidencie que ainda não se alcançou o cumprimento pleno dessa diretriz e premissa de participação no Sistema, observa-se que a ouvidoria do SUS é meio para promover essa participação. A previsão teórica e legal que institui a ouvidoria aponta para sua pertinência com a participação da comunidade, mas sua configuração nesse sentido vai além, para uma constatação concreta de estar integrada por posição e elementos que a constituem via propícia e oportuna para essa participação.

Com efeito, quando reconhecida pelos usuários, profissionais e gestores e por eles utilizada como serviço relevante à saúde pública em todas as suas facetas – de prestação concreta, de gestão, de planejamento, de informação em direitos –, a ouvidoria se materializa como local de efetivação da participação do usuário no SUS e, mais além, participação dos sujeitos na conformação do direito à saúde no SUS. Em que pese o aspecto da participação na conformação do direito não seja dimensão integrada ao recorte que orienta o presente estudo, pode-se vislumbrar sua pertinência à ouvidoria, provocação que aponta a necessidade e valia de outros estudos na questão.

Constata-se, portanto, pelo estudo desenvolvido e segundo relatos de entrevistados, que a ouvidoria do SUS figura como serviço capaz de promover o acesso à justiça via direitos em suas atribuições, notadamente no que tange à promoção do conhecimento sobre direitos a todos os sujeitos do Sistema e ao recurso à instância legítima para dirimir eventual litígio ou violação de direito. Para a referida promoção do acesso via direitos, são vários os instrumentos passíveis de utilização pelo serviço de ouvidoria do SUS, em que se inclui, por previsão legal, a possibilidade de uso da mediação, pelo que necessário analisar se há o efetivo uso da mediação e como ele se faria adequado.

Anteriormente à abordagem da mediação, algumas ponderações anteriores são oportunas quanto ao acesso à justiça pela via dos direitos na saúde pública, observadas e construídas a partir das considerações feitas pelos entrevistados.

## **5.2 Acesso à justiça pela ouvidoria do SUS em certas circunstâncias: destaques dos entrevistados**

O presente estudo objetiva analisar a promoção do acesso à justiça via direitos pela ouvidoria do SUS e a inserção da mediação nesse serviço como possível instrumento para fortalecer sua atuação pelo acesso à justiça. Todavia, exposições feitas pelos entrevistados pontuaram questões correlatas ao acesso à justiça pela ouvidoria do SUS que extrapolam a referida temática, mostrando-se oportuna a consideração de algumas delas.

Ao responderem acerca da presença de conflitos interpessoais nas manifestações registradas junto à ouvidoria do SUS, muitos entrevistados relataram os conflitos na questão como sendo frequentemente relativos a faltas disciplinares dos profissionais ou a assédio, cuja tratativa incumbe a órgão competente para a matéria na estrutura institucional correlata:

A gente sabe que tem essa existência. Infelizmente, é uma questão de atendimento. Então, atendimento, às vezes, um desentende com o outro possivelmente. E aí, com isso, o que acontece? As manifestações chegam até nós, a gente manda para apuração. Quando é confirmado, aí há uma abertura de processo disciplinar, que é chamado PAD. E aí, apura e, de alguma forma, conforme em cada situação, busca a sua finalização, às vezes com a advertência verbal, formal e é assim por diante. Já houve casos de demissão, por quê? Houve casos mais graves, então, aí com isso, eu estou citando aleatoriamente (Entrevistado 02).

[Na sua avaliação, os conflitos interpessoais envolvendo usuários e profissionais de saúde levados à ouvidoria do SUS são recorrentes?]

São recorrentes. Não é o nosso maior público. Mas a gente mensalmente está atendendo, sim, demandas relativas a conflitos interpessoais com usuário, com servidor, servidor com servidor, servidor com seu chefe imediato, com o chefe, com diretor de unidade, a gente recebe sim.

[Como esses conflitos têm sido tratados?]

Foi criada uma comissão de combate ao assédio moral e sexual no estado. [...]. Então, quando é uma questão de assédio moral ou sexual, a gente procura ter um tratamento mais cuidadoso. Até porque a gente está no ano de combate ao assédio moral. E a gente encaminha pro setor competente. No caso aqui, o setor competente seria, se for a chefia, a gente caminha pro RH, pro diretor, pro chefe do departamento de RH, pro [gestor máximo], e muitas vezes nas reuniões da comissão também é colocado essa questão, sempre tendo cuidado que seja de forma sigilosa, porque são questões extremamente sensíveis. [...]. A gente vê as provas que a pessoa traz, a gente documenta muito bem aquela demanda, o que a pessoa trouxe; a gente também não vai influenciar, ou sugerir, ou tentar modificar aquela demanda da pessoa, aquela reclamação ou aquela denúncia. A gente escuta, pede tudo o que ela tenha documentado, se ela tiver questões de WhatsApp, a gente faz um print, imprime esses dados e coloca na demanda. Até porque a gente não tem a competência para fazer o julgamento disso, não é uma função de ouvidoria estar julgando. A gente não faz processo administrativo, nem disciplinar. A gente não vai estar punindo o servidor, fazendo qualquer coisa nesse sentido. Então, a gente encaminha. [...] muitas vezes a pessoa não gosta daquele chefe ou daquele diretor de unidade, aí vai difamar a pessoa, utilizando a ouvidoria, como instrumento para isso. Então, a gente tem esse cuidado, pra evitar que vire um setor de fofoca, porque se não tiver cuidado, eu já vi isso acontecer.

[Com relação aos conflitos que envolvem o usuário, entram nesse fluxo também? Ou o tratamento é distinto?]

Quando é usuário, se for a questão de assédio moral ou sexual, sim. Mas o usuário é difícil assédio moral, só se for uma forma continuada, se for um paciente que faz hemodiálise, pode ser que aconteça porque ele vai estar lá 3 por semana. Mas assim, a gente encaminha sempre a cópia para o [gestor máximo] e para o setor que foi demandado. Por exemplo, chega aqui um usuário e disse: “Olha, eu fui tratado de forma agressiva pela servidora fulano de tal na unidade, na UPA do distrito tal”, que é uma unidade nossa; então o que é que a gente faz? [...] Se for de forma identificada, a gente vai ter que dar uma resposta para ela. Então, a gente pega todos os dados dela, o número do cartão SUS, pega o endereço, o telefone; aí faz o relato, onde é que foi que aconteceu, quem foi a pessoa que agrediu, se ela sabe o nome da pessoa, as características dessa pessoa, encaminha uma cópia pro [gestor máximo], encaminha uma cópia pro diretor daquela unidade e uma cópia pra nossa [direção de assistência à saúde] se for uma questão administrativa. Aí, por exemplo, não tinha copo lá, eu fui beber água, não tinha copo na unidade de tal, “acho um absurdo”, eu fazia uma reclamação em relação a isso. Então, a gente encaminha [...]. E espera a resposta, com o prazo legal, [...] quando não responde, a gente dá mais um prazo, faz outro documento pra pessoa pedindo de forma urgente uma resposta, senão a gente fala, quando o demandante vem, “olha, a gente encaminhando; está aqui, foi encaminhado esse memorando para esses setores; não foi dado resposta. Tá aqui o seu documento dizendo que não foi dado resposta” aí ele, a partir desse momento já pode procurar os direitos dele. Porque esse direito que ele tem garantido por lei não foi efetivado. [...] A solução não somos nós que damos, a gente vai dar resposta da solução, mas ela não vai ser feita por nós. Ela tem que vir de outro local, do local que foi demandado (Entrevistado 26).

As informações obtidas em entrevista sinalizaram que a ouvidoria, de forma cotidiana, recebe registros e provocação de providências em relação a situações de assédio moral, como alguns excertos acima já pontuaram. Ao responder sobre conflitos interpessoais, envolvendo usuários e profissionais da saúde, levados às ouvidorias do SUS, vários entrevistados citaram conflitos pertinentes a assédio moral.

Em que pese não seja instituto objeto deste estudo, a gravidade do assédio moral à saúde pública e a abordagem da questão pela ouvidoria do SUS se mostraram relevantes, inclusive por sua recorrência nas manifestações registradas, pelo que se destacam algumas ponderações dos entrevistados:

A gente tem feito palestras de assédio moral, de assédio sexual, ou seja, tudo volta para aquele cunho de orientação e conhecimento. Se eu estou insatisfeito com o meu chefe de perguntar porque eu cheguei atrasado, faz parte do meu trabalho, trabalhar, então, não é um assédio. Então, a gente às vezes tem que orientar para ele falar assim: “Calma aí. Não é o chefe que está errado”. Só que de forma mais inteligente, a gente está tentando qualificar, porque querendo ou não, são mais de [x funcionários na saúde da localidade]. E que nem todo mundo tem um emprego só, porque você roda os hospitais aí, você vê que tem gente trabalhando no hospital, em outro hospital. E para viver, né? E, de algum jeito, a gente busca orientar de forma com conhecimento. [Cita palestras e treinamentos promovidos na localidade por órgãos próprios.] Então, voltando, a gente busca sempre qualificar para dirimir essas eventuais rugas ou más interpretações que, com conhecimento, às vezes você está errado, mas o seu amigo que você confia fala assim: “Calma, aí é você que está. Não é ele...”. “A lei tá dizendo que isso é de direito”, às vezes tem que estar numa lei para saber que o óbvio, né? A gente busca qualificar pra melhorar (Entrevistado 02).

Em relações interpessoais também, a gente tem muita situação entre colegas de trabalho que acabam, vamos dizer, a maioria, eu acredito que seja, pela falta de tato as vezes. Esses dias, eu fiz uma palestra, chamei todos os gestores de um determinado local, todos os coordenadores de uma determinada unidade de saúde, para falar de assédio. Então, por quê? Por que o assédio? Porque o assédio moral, o assédio sexual é recorrente. E isso acontece. Porque hoje tu falar é tudo assédio. A pessoa não sabe nem o quê que é assédio, mas ela diz que é assédio e coloca na cabeça dela que é assédio. Então, as formas de você conversar com o seu colaborador, a forma que você está trabalhando, as brincadeiras, que quando tu é gestor, tu pode tirar com maior propriedade, entendeu? A forma desses grupos, o que você se manifesta nos grupos já tende a ter uma situação [referindo a situação conflituosa]. Coloca uma tempestade no copo de água, para se aumentar. Aquela forma de falar. Então, aí fica assédio. Tava tendo muito demanda [referente a assédio]. Então, desse local [unidade de saúde onde a palestra ocorreu], a gente tratou essa situação. [...]. E até mesmo esse WhatsApp, onde tu coloca aquele... pra te ouvir x1.5, x2 [indicando recurso do WhatsApp para ouvir áudio em velocidade acelerada]. Dependendo da forma que tu tá ouvindo tu... na tua cabeça... Agora, imagina, né? Trabalhar com pessoas é muito minucioso, tem que ter muito tato. Nós vamos fazer essa palestra e fazer essas mediações, a gente tende a trabalhar com o processo de informação, processo pra tentar minimizar as coisas que acontecem dentro de cada setor (Entrevistado 24).

[Os conflitos interpessoais envolvendo usuários e profissionais de saúde levados à ouvidoria do SUS são recorrentes?]

Muitos, porque, inclusive, a ouvidoria, ela tanto atende o público interno, como o público externo. Então, a gente tem muitas demandas, principalmente demandas de hospitais envolvendo servidores com gestão, com assédio, com isso, não só no âmbito hospitalar, mas também na própria [cita setores da localidade] também, mas são bem recorrentes sim. Inclusive, a humanização fez um evento, a humanização aqui [da administração pública respectiva], junto com a saúde do trabalhador, fizeram um evento em conscientização a esses tipos de... sobre assédio moral que as pessoas sofrem, pra tentar, ver se consegue amenizar um pouco essa situação.

[Como esses conflitos têm sido tratados?]

A gente encaminha para a área técnica responsável. E aí eles fazem essa tratativa porque a gente somos apenas um canal de intermediação, a ouvidoria, né? Então, assim, dependendo do teor, do que for, como que vai ser tratado, se é afastado o

servidor... porque tem alguns casos que não pode afastar imediatamente. É mandado para [setor com função de corregedoria], pra aí a corregedoria fazer a apuração, que já que é o órgão responsável pra isso. [...]. Que nem eu falei, a gente encaminha. Dependendo da situação, o que for, do teor que for, é afastado imediatamente, é exonerado, ou se é algo que já registrou aqui, que caiu na mídia também, que acontece. Demandas de cunho até de assédio sexual. Só que aí é encaminhado, que nem eu te falei, pro órgão, que faz a fiscalização e a punição, aí eles que fazem essas tratativas [Na sua perspectiva, o que contribui para o tratamento adequado desses conflitos interpessoais?]

Eu acho que é o que eu comentei com você, que é o próprio núcleo [referindo à atenção à saúde do trabalhador] fez com a humanização. Que é a conscientização, que é um trabalho voltado, aquele trabalho de formiguinha mesmo que é feito, mas sempre é recorrente, sempre tem, entendeu? E a própria conscientização da pessoa, do próprio assediador. Quando eu falo assediador, na forma moral também, porque a gente sabe que existe pessoas que mesmo havendo punições, já chegou a ter demanda recorrente, continua agindo da mesma forma. Então, assim, ou é afastar o servidor daquela função, ou é realmente puni-lo de uma forma mais rigorosa (Entrevistado 10).

Como consignado anteriormente, as ouvidorias não devem ser encaradas enquanto meros canais de reclamação dos usuários do SUS ou instrumentalizadas como simples ferramentas de gestão, pois têm atribuições ampliadas, revelando-se espaço com potencial estratégico ativo e fundamental para a implementação e execução de políticas públicas, na garantia da participação social, e para o acesso à justiça na dimensão da efetivação do direito, nos níveis de informação sobre direito e sobre acesso a instância resolutive.

Nesse âmbito de atuação, o registro, processamento e resposta da manifestação também se configuram via de abordagem em questões envolvendo profissionais da saúde, como a adequação da conduta profissionais para sanar eventual falha verificada, orientação da chefia sobre condutas em desvio, encaminhamento para autoridade competente para instauração de procedimentos de apuração ou disciplinares quando for o caso.

Como pontuado pelos entrevistados, a ouvidoria não foi instituída como órgão fiscalizador, mas colaborativo em apontar necessidades e melhorias:

Então, a gente acaba tendo esses conflitos diariamente. Mas, de toda a sorte, como eu repito, é importante que haja, é importante que apure e é importante que haja uma concepção, desde o gestor até o ouvidor da unidade menor que possa existir, que esse serviço ele é de colaboração, porque se todo mundo entender que eu estou aqui tratando uma denúncia, que alguém fez um desvio de conduta, ou equivocadamente ou propositalmente, e se corrige para que não haja mais. Porque, se houver, se já houve um desvio, apurar. E se não houve, que não chegue até o desvio (Entrevistado 02).

Eu acho que a questão da valorização [é um desafio], a questão de enxergar a ouvidoria como uma ferramenta de planejamento, realmente. Eu acho que isso também é uma dificuldade que a maioria dos gestores têm. Que chega “lá, vem aquele pessoal da ouvidoria”, é tipo o Ministério Público da Saúde, e eu acho que não é bem por aí. A gente tá pra auxiliar e, como esse canal democrático, tentar fazer com que o serviço funcione. O cidadão vem aqui, relata, a gente faz a escuta dele, uma escuta imparcial, do problema dele, a gente coloca no papel, depois coloca esse problema no

sistema, encaminha para o [gestor] e encaminha para o setor que foi demandado (Entrevistado 26).

Agora, uma coisa que tem que ficar bem claro porque ela [ouvidoria] não tem poder de polícia e nem de fiscalização [...]. A gente pode ter algumas limitações, a gente vai até onde a lei nos permite. Agora, a gente faz sempre algo mais. [Fala dos funcionários de sua ouvidoria] nós tornamos essa ouvidoria como uma ouvidoria mais humanizada, de escuta mesmo, propriamente dita. [...] Então, houve muito ecos no começo. Então, houve muitas reclamações de assédio, mas não eram assédios. O que a gente também tem que entender o que é assédio. Então, a ouvidoria também fez esses trabalhos pra que a gente fizesse com que as pessoas soubessem realmente o que é assédio. A ouvidoria é transversal, ela tem que estar em todos os lugares (Entrevistado 05).

No tratamento dado às manifestações, ressaltou que a consideração ampliada das manifestações, com valoração e análise de sua frequência, conteúdo, problema retratado e sujeitos envolvidos, porventura aponta providências que possam ser tomadas a nível institucional ou sistêmico para tratamento amplificado da questão recorrente nos registros e para prevenção e gestão de novas ocorrências. Em outras palavras, permite um diagnóstico sobre o SUS, sobre órgão ou instituição específicos, sobre uma equipe, um serviço ou uma ação em saúde, conjuntura em que a ciência do problema enseja oportunidade de intervenção e tratamento sobre ele.

Nesse âmbito, estão a orientação da equipe profissional ou dos setores de uma instituição por meio de treinamento ou de processo de educação na temática objeto de manifestações recorrentes, para orientação dos profissionais quanto a condutas adequadas, por exemplo com cursos, seminários ou palestras.

Além do relato anteriormente citado sobre a necessidade de capacitação em assédio moral, outros temas foram indicados como recorrentes em demandas e ensejadores de iniciativas impulsionadas pela ouvidoria para a promoção de treinamento e capacitação como via para tratamento de conflitos e atendimento às questões postas nas manifestações:

Nós promovemos, o ano passado, um encontro, uma capacitação, tanto com os gestores também, com os ouvidores, com os gestores. Agora, novamente, vamos fazer uma nova ação no mês [específico]. E sempre capacitando, naquilo que eu vejo que tá mais... é, por exemplo, agora a gente tá com um pouco de dificuldade com as demandas da lei de acesso à informação. Então, a gente vai fazer uma nova capacitação com eles, pra frisar a importância. Porque eles usam muito questão, “Ah, mas a portaria do estado fala isso”, mas a portaria ela não sobrepõe a uma lei federal. Então, querendo ou não, eles têm que obedecer (Entrevistado 10).

Então, acho que essas atividades de educação permanente ajudam muito na qualificação do encaminhamento porque quanto menos erro, de encaminhamento, das demoras de resposta, melhor foi o trabalho. Então, mesmo que aumente a demanda, trabalha mais tranquilo assim. A questão da qualificação das respostas também. Ter as respostas completas, eu acho que isso é algo que a gente trabalha muito. A [ouvidoria geral do SUS no estado] também fez ano x algumas ações assim de chamar os [funcionários atuantes em ouvidoria] pra lives sobre temas específicos, enfim. A

gente quer continuar fazendo isso e acho que isso qualifica e diminui desafios de problemas assim na rede e também engaja mais [segue falando sobre engajar gestores a entenderem papel e importância da ouvidoria] (Entrevistado 04).

[Mencionando objetivos da ouvidoria], propor o desenvolvimento de soluções integradas, a gente tem essas reuniões, onde ocorre esses alinhamentos de desempenho mesmo, constituir uma rede colaborativa voltada para melhoria. [...]. Atuar de forma coordenada, integrada com todas as áreas que compõem o SUS; desenvolver e implementar mecanismo de articulação com as ouvidorias públicas; produzir relatórios consolidados. [Narra rotina de elaboração de relatórios pela sua ouvidoria e andamento que recebem.] A gente teve semana passada uma reunião com as ouvidorias, onde a gente passa as diretrizes, as coordenadas, aponta onde que tem que melhorar, propõe ações de melhoria de, por exemplo, teve uma unidade que teve um aumento considerável de insatisfação, principalmente com o atendimento de equipe médica. Então, a gente propôs palestra, capacitação de um atendimento mais humanizado (Entrevistado 25).

Indo além, as entrevistas salientaram com recorrência a relevância das medidas de cuidado com a saúde mental a todos os sujeitos em estudo, tanto sua disponibilização ao usuário do SUS na assistência à saúde mental, como o cuidado da questão com os profissionais do SUS amplamente considerados:

Eu acho que precisaria realmente de um setor, que existisse com psicólogo [para o profissional da saúde]. Inclusive aqui [na estrutura administrativa em que está inserido] tem, existem psicólogos, a gente pode marcar [mediante convênio da administração pública com faculdades de psicologia]. E quando a gente detecta assim, a gente até encaminha, sabe? [...] Então, a gente manda pra lá, envia. A dificuldade maior é pessoas, psicólogos mesmo pra atender (Entrevistado 12).

Entrevistado 26 também sinalizou a importância do cuidado com a saúde mental dos profissionais atuantes na ouvidoria:

Porque a ouvidoria não é lugar para todo mundo, tem que ter esse perfil. A questão de internalizar essa questão também, dos problemas. Eu acho que tem que ter tratado, eu acho que o que faltaria também acho que uma conversinha com o psicólogo de vez em quando, para quem trabalha em ouvidoria, eu acho importante. Porque a gente recebe uma carga muito grande de várias situações problemáticas e não... ter o cuidado, ter o preparo de não internalizar isso. Porque aí vira “resolvedoria” também, quando você internaliza, você fala “não, mas isso é revoltante!” Então, você não tem que se revoltar, como ouvidor; você tem que fazer o seu trabalho, que já está muito bem-feito, se você fizer o trabalho, porque se você começa a querer... Chegou uma criança aqui, uma criança especial que ela está sofrendo e tudo... a gente encaminha para onde tem que ser encaminhado, espera a resposta. Isso, no começo do meu trabalho, eu acho que eu pequei um pouco. A gente queria resolver, indo, levava e muitas vezes não... A gente tem um problema aqui, que a gente está tentando solucionar como instituição (Entrevistado 26).

Ademais, em entrevista, os profissionais de ouvidoria foram questionados, em sua opinião e pela sua experiência, as principais dificuldades ou desafios atuais na efetivação do

direito à saúde, cujas respostas expuseram aspectos sintomáticos da saúde pública que precisam ser enfrentados.

As dificuldades relativas ao financiamento dos serviços e das ações no SUS, especialmente sob o aspecto da insuficiência ou limitação desse financiamento, foi elemento recorrente na exposição dos entrevistados:

Eu diria que duas questões são muito importantes: o desempenho da gestão e a questão do financiamento do SUS, pra mim são os 2 maiores desafios. Nós temos uma desproporção entre o que a gente precisa fazer e o que a gente efetivamente faz. A gente sabe disso e a gente precisa avançar nisso. Então, são muitas variáveis dentro de cada um desses principais problemas, a gente tem muitos desdobramentos. Mas eu acho que a questão é essa, é acertar um modelo de gestão e nós temos características aí disponíveis no Brasil, como organizações sociais, que podem promover, se administradas de forma séria, o acesso à saúde de forma mais ampla. Porque eu acho que é desafiador para o gestor público hoje. [Tece considerações sobre a presença de servidores públicos bons e ruins.] E, hoje, nós temos uma tabela do SUS extremamente defasada. Se a gente gasta, e eu estou citando assim, supostamente um valor. Se a gente gasta dois mil reais com parto cesáreo, eu acredito que a gente vai receber cerca de 10% de ressarcimento por parte do SUS com relação a esses serviços prestados. Então, hoje, por mais que [o ente ao qual o entrevistado está integrado] tenha um orçamento relativamente bom, [menciona que o orçamento da segurança pública na localidade é muito maior]. Então, eu acho que essa equação precisa ser revista. E o investimento precisa melhorar na saúde e que vai levar, logicamente, mais recursos. Sem gestão, ele é desperdiçado. E existe a questão da corrupção também, que a gente sabe que sempre vai existir, e que a gente precisa mitigar. Então, eu diria que as dificuldades estão sediadas nessas duas questões: gestão e financiamento (Entrevistado 03).

Para melhorarmos o SUS envolve uma série de medidas, como garantir financiamento suficiente para o SUS, permitindo a expansão de serviços, aquisição de equipamentos modernos e capacitação de profissionais de saúde. Promover uma gestão mais eficiente dos recursos, incluindo aprimoramento da gestão hospitalar, otimização do uso de tecnologia da informação e investimento em sistemas de monitoramento e avaliação. Investir na atenção primária à saúde, com foco na prevenção, promoção da saúde e atendimento básico de qualidade, reduzindo a demanda por serviços hospitalares. Garantir condições de trabalho adequadas para os profissionais de saúde, incluindo salários justos, capacitação contínua e melhores condições de trabalho. Investir na melhoria da infraestrutura de saúde, incluindo a construção e modernização de unidades de saúde, hospitais e centros de especialidades. Garantir que todos os cidadãos tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, independentemente de sua localização geográfica, renda ou condição social. Promover a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, garantindo uma rede de serviços coordenada e eficaz. E incentivar a participação da comunidade na gestão do SUS, permitindo que os usuários e a sociedade civil organizada participem das decisões relacionadas à saúde.

Essas são apenas algumas das medidas que podem contribuir para melhorar o SUS. O desafio é complexo e requer um esforço conjunto de diferentes atores, incluindo governos, profissionais de saúde, academia e sociedade civil (Entrevistado 16).

Entre os desafios atuais para efetivação do direito à saúde, entrevistados também citaram dificuldades relacionada à organização e estruturação do SUS envolvendo profissionais da saúde que compõe quadro de pessoal do Sistema, formalidades e delimitações legais que

orientam os atos da administração pública que às vezes resultam em embaraços à gestão, desconhecimento sobre direitos e sobre a organização do SUS e necessidade de alocação adequada de recursos e ações:

Olha, assim, a dificuldade maior é a falta do medicamento. A falta é... o número de médicos também, o número de profissionais pra atender aquelas pessoas. A gente vê a dificuldade que aqui no [estado onde se encontra]. [Descreve a regionalização da saúde no estado como medida de melhoria na prestação da saúde no estado.] A pessoa, o [cidadão deste estado] não precisa mais sair de uma região pra ir pra capital pra ser atendido.

Mas a gente percebe, até pelas demandas de ouvidoria, a gente percebe a dificuldade que [os gestores] têm em contratar médicos para atuarem lá nos municípios [diverso da capital do estado]. A maioria dos profissionais querem ir pra capital e, apesar de os hospitais serem muito bem montados, sabe? Tem um hospital aqui novo, [entrevistado descreve a qualidade da estrutura do novo hospital]. Nós fomos visitar e é assim uma coisa de outro mundo. [...] mas a gente vê a dificuldade que tem na contratação do médico. Então, eu acho que assim se as pessoas fossem mais, quem fosse do interior e terminasse a faculdade e voltasse pra atuar lá na sua região, seria bem mais interessante (Entrevistado 12).

Na realidade, a ouvidoria, ela trabalha com a garantia de direitos. Então, a todo momento que o usuário procura a ouvidoria, ele quer que o direito dele, garantido lá na Constituição Federal, seja garantido. E aí, às vezes, as pessoas que trabalham no SUS, eles não sabem isso, que aquilo que o usuário está requerendo não é favor, é um direito. Então, isso também é complicado. Você sensibilizar seus parceiros do trabalho que aquilo não é “Ah, eu dou se eu quiser”, não, ele tem direito a ter o acompanhante, ele tem direito a ter o medicamento da dor. Só que a dificuldade, hoje, para você ter o seu direito garantido, além de você ter um pouco também de conhecimento, porque quem procura o seu direito para garantir é geralmente a pessoa que tem um pouco mais de instrução, que sabe que ela pode ir no advogado, ela pode ir no tribunal, ela sabe que ela pode ir no Ministério Público. Nem todo mundo tem esse entendimento, de que ela tem esse direito e ela tem que garantir esse direito. Mas hoje, por conta da burocracia, talvez, há sempre uma justificativa. Hoje o recurso do SUS, a gente sabe que realmente ele não é infinito. Existe um limite. Então, mesmo que você tenha direito a um medicamento que custe 200 milhões, ele tem direito? Tem. Mas o SUS tem esse recurso disponível para comprar um medicamento para esse paciente? Às vezes não tem. Então, o direito, ele existe, mas às vezes você não garante esse direito, por conta da burocracia. “Ah, existe uma forma de comprar um medicamento para atender o paciente”, “Ah, as empresas não deram o lance”, “Ah, o processo licitatório caducou”, quê que eu vou fazer? Quem é que vai obrigar o fornecedor a me vender o medicamento, se ele não quiser? Como é que eu vou garantir? Olha, agora a gente está com problema aqui sério de alguns medicamentos. [Cita medicamento utilizado por pacientes transplantados que está em falta; a administração pública da localidade tentou comprar e a licitação “não deu certo”]. Então, assim, como é que eu vou garantir esse direito, se eu preciso resolver a parte burocrática, e se eu compro sem licitação, aí vem o Tribunal de Contas, vem a Nova Lei de Licitações, aí vem o TCE. “Por que que você comprou sem se justificar? Por que você comprou fora do processo? Utilizou esse dinheiro de forma indevida”, aí ninguém vai falar “Não, porque era para atender a criança que estava sem a [medicação referida]”. “Não, mas existe um processo burocrático”. Então, isso também é ruim, porque a ouvidoria, como ela é da instituição, você garante o direito do paciente, mas você depende da burocracia da instituição. Eu sei que ele tem direito, ele também sabe, mas como é que eu vou garantir esse direito, não é verdade? [...].

E a gente depende da resposta do setor, a ouvidoria da instituição, hoje, como a resposta não é nossa, é do setor. Talvez o usuário se sinta que não está tendo seu direito garantido. Por conta dessa situação, e aí ele vai procurar outras instâncias, Ministério Público, Tribunal de Justiça, para garantir esse direito e até as outras

instâncias hoje estão com dificuldade. Por exemplo, o leito, o paciente de demanda judicial, ele quer que tire o paciente do leito para botar o dele. Aí como é que você vai dizer isso para o familiar? Ele diz assim: “Olha, tá aqui a sentença, vocês têm até 5 horas da tarde para colocar meu pai no leito”, mas como é que eu vou botar o pai dele no leito às 5 da tarde se não tem nenhum leito vago? Porque para liberar um leito ou o paciente tem alta melhorada, ou ele vai a óbito. Aí tem que rezar para o outro morrer pro o meu pai ir pro leito. Então, a saúde, ela é complexa por isso. Não é como uma ouvidoria da [concessionária de serviço de saneamento] que quebra um cano, a ouvidoria do Detran, que é um documento do carro e a pessoa pode esperar, se não der certo, ele espera, se não der certo, faz outro. A saúde, ela é diferente por conta disso. Você tem o direito, tem como garantir, e ele é uma vida. Se você não garantir no tempo oportuno, aquele paciente às vezes não espera. E como é que você vai garantir isso dentro da saúde? Não tem como. Então, a ouvidoria, ela é sim, esse canal de direito. Mas hoje, por conta da resposta não ser da ouvidoria, você não tem como garantir isso, porque você depende do processo burocrático daquele outro setor. E, hoje, as leis burocráticas, elas estão fortes. Não é uma leizinha não, são leis fortes que você tem. Hoje, os gestores, eles não fazem nada se não tiver no Plano [local] de Saúde, se não tiver dentro de um instrumento, nem um dispositivo do planejamento, você não consegue fazer nada. Porque senão, o Tribunal de Contas vem, o Ministério Público, vem a Polícia vem, todo mundo vem. [...].

Eu acho que essa é a dificuldade, o desafio, fazer com que o gestor, ele tenha disponível no momento que o paciente precisa. No tempo oportuno, porque às vezes eles diz: “Não, eu vou comprar, daqui a um ano eu compro”. Ele não está dizendo que ele não vai comprar o medicamento. Ele está garantindo o teu direito, mas ele compra quando ele tiver o dinheiro, ele compra quando tiver o fornecedor, ele compra quando der. Não é assim “Ah vou comprar hoje, vou comprar amanhã”, né? Então, eu acho que essa é a dificuldade (Entrevistado 08).

As dificuldades é que são muitas demandas da população e as ofertas nem sempre são conforme necessário. Se você for comparar com o serviço público e privado, até no privado tem dificuldades. Não é só chegar com dinheiro, que você opera e fica sarado e no outro dia você está trabalhando. Então, a questão de saúde, é uma questão íntima e mais delicada, no sentido de que você quando está com a enfermidade ou sofre um acidente, você acaba indo pra um tratamento, depois, demora para se curar, para se reabilitar. Então, as dificuldades é a própria questão de saúde pública, e não particular. A gestão tem as suas questões de dificuldade, mas daí a gente consegue, com sabedoria, buscar e unir forças para a gente melhorar o serviço (Entrevistado 02).

A gente tem um problema muito grande com escalas de plantão aqui. E essas escalas de plantões, elas demandam muitas, muitas ocorrências, do médico que não foi fazer a cirurgia, que não foi não sei o quê, então eu tenho muito... E, quando isso acontece [cirurgia não realizada por ausência do médico], o usuário vai para o fim da fila novamente. E aí, ele bate aqui com a gente, porque talvez ele não aceita que quem estava no dia, que tinha que fazer a cirurgia dele, por uma falha de escala, uma falha de pessoas, isso acabou não acontecendo. Nós temos muita demanda relacionada a isso. E a gente tenta, tenta não, resolve por aqui mesmo, a gente passa pro gestor, o gestor não está sabendo, e isso é sanado gradativamente. Mas existe muito ainda. Então, um equipamento, como eu falei agora há pouco, um equipamento que não dá pra fazer o exame, que ficou parado um dia. Então, isso, essa engrenagem, quando não roda num dia só, prejudica. Não é pouca gente não. É muita gente. Até porque o sistema de saúde, vocês sabem que é muita gente, tem muita gente que precisa desse serviço e, quando isso não acontece, a demanda vai aumentar, vai quebrar em algum lugar, entendeu? Esse é o principal questionamento. Então, se tudo rodar direitinho, não tem por que ter uma quantidade de usuários insatisfeitos (Entrevistado 24).

Outro entrevistado sinalizou desafio no “estabelecimento de novas relações entre as instâncias de poder e promoção da inclusão social”, destacando a necessidade de “busca ativa

do princípio da igualdade, visando a redução de risco de doenças e outras graves situações de saúde” (Entrevistado 06).

Entrevistado 04 destacou a necessidade de fortalecer a assistência da família e a atenção básica, que “teve avanço e retrocesso ao longo do tempo”, questão que inclusive foi apresentada por sua ouvidoria para composição do planejamento da saúde do último ano e que “é lá que deveriam ser resolvidas 85% acho que dos problemas da saúde e a gente sabe que hoje a atenção básica fragilizada acaba encaminhando os cidadãos pra outro lugar, ou às vezes não conseguem fazer interlocução com a rede pra tentar resolver de outra forma as questões”. Acrescenta que “teve um período agora que a gente passou pela pandemia com pouco suporte de rede de saúde mental” e que “acho que o foco foi dado muito pra questão hospitalar, não que não fosse importante, é superimportante, mas tem que atuar em conjunto; no SUS é preciso sempre trabalhar esses eixos”, destacando que “quem cuida da população, a maioria das vezes, é essa rede de atenção primária, de saúde mental, as redes transversais, linhas de cuidado, linhas de cuidado materno infantil, essas linhas serem trabalhadas de formas mais transversais assim, acho que isso falta ainda”, referindo-se à falta de articulação (Entrevistado 04). E complementa:

A gente ainda enxerga, por exemplo, a nossa experiência que às vezes os hospitais não se enxergam como parte da rede, os serviços especializados não se enxergam como parte da rede porque não estão trabalhando em conjunto com o dia a dia. Então, as pessoas tão... chega no lugar tem uma visão, aí chega no outro, tem outra, e ninguém se conversa. Até esses dias eu atendi uma pessoa aqui, que ela tem um familiar, que tá no processo de tratamento e ela tá, ela vai num lugar, ela recebe uma parte do tratamento, ela vai no outro, ela recebe um novo; aí esses dias ela teve um olhar transversal e ela só queria ser atendida lá porque foi lá que “tá, mas me traz o prontuário dele de lá”, “ah mas essa medicação aqui é melhor que não seja administrada em conjunto, essa aqui é melhor fazer assim”, então alguém que olhou pra tudo, e aí a pessoa quer ficar só naquele lugar. Daí pra ela chegar naquele lugar, ela precisa que um desses dois que tavam atendendo encaminhem, daí eles não querem encaminhar. Enfim, isso acontece e aí a pessoa fica nesse... fica nesse meio. Quem é que coordena o cuidado da pessoa, que deveria coordenar, é a atenção primária. Então acho que atenção primária tem que ser forte, tem que continuar acompanhando. A gente ouviu muitas vezes “Ah a pessoa já tem atendimento especializado, ela não precisa continuar consultando atenção primária”, não é assim, não deveria ser assim, pelas diretrizes, ela deveria continuar tendo o acompanhamento. Então, mas a gente sabe que os recursos, como eu falei, são limitados, o investimento às vezes não dá prioridade pra esse cuidado transversal, dá prioridade pra outras coisas (Entrevistado 04).

Entrevistado 22 também apontou o fortalecimento da atenção básica entre os principais desafios na efetivação do direito à saúde:

Se o governo estadual, o Ministério da Saúde e os governos municipais valorizassem a atenção básica, a saúde seria diferente. Porque se a atenção básica funcionasse, ninguém precisava estar investindo em hospitais, em cirurgias e paliativos que, na

verdade, se resolveria na ponta. E acho que o desafio maior hoje no SUS, desde que eu me entendo como uma pessoa que defende o SUS, é efetivação, de verdade, da atenção básica, uma atenção básica que funcione, que encontra o paciente no local, do lado dele, que trata aquele problema dele, antes de se agravar. Se a atenção básica funcionasse, o SUS seria outro. Mas a atenção básica não traz votos pra os governantes, o que traz é um hospital construído. E aí a gente vai vivendo nesse, como é que se diz, nesse enxugar de gelo. Mas a gente sabe onde é que é o problema, é na atenção básica. Pra mim, se a atenção básica funcionasse, a efetivação da saúde seria bem maior pra todo mundo (Entrevistado 22).

Aspectos concernentes à própria organização do SUS e às controvérsias que isso gera foram pontuados pelos entrevistados como dificuldade para a efetivação do direito à saúde.

Nesse sentido, entrevistado 11 pontuou que “As dificuldades estão nas definições de competências claras entre estado e municípios no tocante às questões de regulação de pacientes e disponibilidades de leitos” e, entrevistado 04, “essa questão da gestão [do SUS] tem parte que é boa, que é algo bom pro sistema porque existe uma corresponsabilidade e apoio mútuo, mas às vezes também é mais complexo porque tem algumas coisas que esbarram no que é responsabilidade de cada ente”.

No mesmo sentido:

Os desafios estão no conceito, porque tem serviço que é de conceito, de responsabilidade municipal, tem serviço que é de responsabilidade estadual, tem serviço que é de responsabilidade federal e aí aonde entra os desafios. Porque tem coisas que o estado resolve, mas é obrigação do outro. Há uma necessidade de sinergia e integração. Bom, quando dá certo, mas nem sempre é plenamente certo, porque não depende de uma vontade só, depende de muitas questões, às vezes até legais. A unidade quer fazer, as partes querem fazer, mas legalmente não é permitido. Então, os desafios são buscar integrar os serviços e otimizar os resultados dentro da legalidade porque nem tudo é possível, que tem coisas que é de responsabilidade federal, que o federal passa o dinheiro pro estadual e o estadual terceiriza. Então, não é a questão do serviço, tem essa integração, que é um grande desafio, porque se a gente conseguir [...] integrar municípios com saúde do estado, integrar nas intenções, que a gente pode diminuir dificuldades e otimizar em resultados. Esse é o grande desafio pra a gente buscar essa sinergia. [Mencionando medidas para 2024] também é um ano eleitoral e ano eleitoral o serviço não para, mas as questões eleitorais é que as pessoas vão dedicar energia pra outras prioridades, né? (Entrevistado 02)

A judicialização da saúde também foi pontuada como elemento dificultador da efetivação do direito à saúde na atualidade, indicando-se que “Outra dificuldade é a prescrição de modernos medicamentos pelo médico, que não é previsto pelo SUS, o que acarreta na judicialização” (Entrevistado 11).

Por sua vez, entrevistado 26 narrou elementos de carência locais de canais de comunicação com o usuário afetando a própria concretude da intermediação promovida pela ouvidoria na efetivação do direito à saúde:

Vou te dar outro exemplo: a pessoa está há meses esperando uma consulta; a gente encaminhou para o setor de regulação daqui da Secretaria, que a pessoa está desesperada porque está sentindo dores e já marcou essa consulta já tem muito tempo e não foi retornado dizendo uma data provável pra consulta. Aí eles respondem pra gente: “Identificamos no sistema que realmente é uma pessoa que tá agendado como forma vermelha, ou de urgência, foi marcado por dia tal e tudo”; aí a gente entra em contato com a pessoa, porque muitas vezes, eles marcam uma forma mais rápida. E a gente avisa a pessoa: “olha, eles vão ligar também”, mas daí a gente como ouvidoria liga, “olha, foi marcado, a gente recebeu a resposta da sua demanda, foi marcado a sua consulta para o dia tal, o senhor pode vim aqui para...”. Então, a pessoa tem que vir buscar a resposta aqui com a gente [referindo à prática da ouvidoria de entregar a resposta formal impressa ao manifestante], aí ele vem buscar, ou não. Às vezes ele só queria mesmo era a consulta e já deu a data, o horário. E aí falo: “olha, se não ligarem para o senhor da regulação, é bom o senhor vim aqui. Porque eles passaram para a gente esse documento. O senhor pode vim buscar o documento aqui na ouvidoria da sua resposta e também ver essa questão. Mas já está agendado o dia tal”, até porque muitas vezes a pessoa, ela não... por falta do aviso da consulta, ela perde uma consulta. A gente notou também aqui na ouvidoria, outro problema. A gente pede sempre mais de um telefone para contato e pergunta para a pessoa se realmente aquele telefone funciona. [...]. Muitas vezes a pessoa não teve aquela consulta... ela faltou a consulta. Quer dizer, ela tirou a vaga de uma outra pessoa que poderia estar ascendendo a esse serviço e não foi, porque ela não atende o telefone. Isso aconteceu da gente mesmo finalizando a demanda, ligar para a pessoa e a pessoa não atender. Então, a gente procura geralmente colocar pelo menos 2, ou 3, ou 4 números de telefones, o tanto que a pessoa quiser, porque a gente liga. Às vezes liga, a pessoa não atende, mas o outro número que ele deu é de uma filha ou de algum parente que atende ou de um vizinho (Entrevistado 26).

Lado outro, neste tópico direcionado a outras circunstâncias pertinentes ao acesso à justiça pela ouvidoria, necessário salientar a relevância e pertinência intrínseca da gestão e do gestor do SUS na política de saúde, na efetivação dos direitos em saúde e na própria atuação da ouvidoria a essas finalidades.

Ao responder sobre principal dificuldade ou desafio atual na efetivação do direito à saúde, entrevistado 21 indicou questão relativa à gestão e ao gestor do SUS em todas as esferas:

Eu acho que falta ainda muito, para que a gente coloque tudo [da saúde] em prática, uma organização, uma gestão e eu vou te contar por quê. A gente está num trabalho muito grande junto à regulação de vagas. O estado tal [no qual o ouvidor entrevistado está inserido e reside] tem toda uma dimensão. E eu, como cidadão, eu é... cidadão do município [específico onde o ouvidor entrevistado reside], quê que eu faço? Eu vou para uma UPA, para um postinho, para uma UPA e eu entro numa fila para a regulação de vagas de determinada especialidade. Só que eu conheço um médico que trabalha num hospital estadual e ele me arrumou uma vaga lá, e aí eu entrei lá e ele me colocou na regulação do estado. Se a gente não tiver uma boa gestão entre o estado e o município, eu vou estar na fila do estado e eu vou estar na fila do município. Só que eu morri, alguém avisou? Hum... hum hum [negativa]. Então, eu continuo nas duas filas, certo? Ah, não, mas como no estado, o médico era meu amigo, ele ficou sabendo, ele me tirou da fila, só que eu estou na fila do município. E isso pode acontecer porque eu fui atendida no município e eu não avisei ao estado ou porque eu resolvi fazer particular e não saí das duas filas, vamos ver onde isso vai dar. Então, assim, eu acho que falta gestão em algumas situações para que a gente agilize o atendimento. Às vezes, não falta vaga, falta organização. Eu vejo dessa forma pelo material que a gente tem em mãos, tá? Não é “o SUS é pequeno”, não é pequeno. Ele deu conta do COVID. O que falta? Organização. E o que falta, mais especificamente ainda? Os entes

federativos falarem entre si. Eu já escutei muito, “O seu governador/prefeito não é do meu partido. Eu não vou trabalhar com você”. Os seus eleitores votaram em você e eles precisam da gente e agora? “Agora não”. Então, são 4 anos que eu perco de trabalho com aquele município [em que o gestor se negou ao trabalho conjunto]. Então, para mim, a gestão e, de novo, a articulação é muito importante. [Entrevistado menciona atuação do chefe do Poder Executivo da sua localidade foi ao chefe do ente federado mais abrangente para resolver certa questão em saúde a despeito de ser de partido rival.] Não estou falando: “Ele [o mencionado chefe do Poder Executivo] é meu herói”, tá? Não é isso. Eu estou te dando um exemplo de uma situação que eu sei que aconteceu. Outras boas e ruins aconteceram também, mas neste caso, para a saúde foi bom. Por quê? Porque ele falou: “Eu sou o [chefe do Poder Executivo] daqui. Eu preciso governar e eu preciso articular com quem? Com ele que tá lá. Quê que eu vou fazer? Não vou mandar recado”, [se deslocou], foi lá e falou: “E aí, como que a gente vai fazer?”. [...] [Entrevistado fala sobre não condicionar as atuações necessárias na saúde a aspecto político partidário.] A gente [o ouvidor] é político de boa vizinhança. A gente [o ouvidor] é político para articulação. Eu [ouvidor] preciso que o município trabalhe comigo porque eu preciso negociar com o Ministério [da Saúde], mas independe de quem está governando lá e quem está governando aqui. [...] Não sou eu [ouvidor] que escolho o meu chefe [se referindo ao chefe de governo do ente federado em que está inserido], eu escolho também. Então, a articulação de novo entrou na sua resposta, dessa vez eu somei a gestão, que eu acho que é superimportante também (Entrevistado 21).

Entrevistado 21, ao descrever medidas de determinada chefia de governo da esfera em que inserida a ouvidoria onde atua e apontar ações que colaboraram com o serviço de ouvidoria, indo de encontro às suas atribuições e às respostas necessárias a denúncias registradas pelos usuários, elogiou as ações da gestão, ressaltando “não sou partidário, tá? Mas eu preciso da política para eu trabalhar, não é?” (Entrevistado 21).

A falta do conhecimento – e especialmente do reconhecimento – da ouvidoria por parte dos gestores e por instituições, órgãos e chefias, revela-se fato dificultador da consolidação da ouvidoria na ordem social e no SUS. A efetivação da gestão participativa, do acesso à justiça pela via dos direitos na saúde e do próprio projeto proposto pelo SUS nas questões alcançadas pela ouvidoria só será exitoso com o apoio dos gestores, das instituições e dos órgãos do SUS no sentido de reconhecerem – de forma efetiva e não meramente formal – o papel e a relevância da ouvidoria, inclusive com a apropriação e consideração dos dados por ela gerados a partir das manifestações dos usuários e o direcionamento de recursos suficientes para sua estruturação e desenvolvimento adequado.

Sobre isso:

Eu acho que tem as dificuldades do ponto de vista estrutural, da própria dinâmica de funcionamento da máquina pública. A ouvidoria tem uma razão de ser e de existir que tá posta, que é fundamental, que dialoga com a questão do controle social, da transparência pública. Entretanto, dentro desse universo da política pública, de funcionamento mesmo no próprio SUS, a gente sente que a ouvidoria, ela às vezes fica relegada a segundo, terceiro plano pra gestão. Então, eu me ressinto às vezes disso. Eu entendo que a ouvidoria poderia estar em outro patamar pra gestão e não

está entendendo essa lógica mesmo. A gestão acaba priorizando ações que se entende mais prioritárias no cotidiano, da execução da política e a ouvidoria vai ficando pra depois, às vezes. Então, às vezes, as informações produzidas pela ouvidoria, os relatórios, enfim, não são tão bem absorvidos pela gestão. E aí, em decorrência disso, a gente vê um setor que necessita de recursos humanos. Então, a gente tem uma equipe muito pequena pra o volume que se tem de trabalho. O nosso espaço físico, em consequência, também é muito pequeno, a gente tem uma necessidade de ampliação. Então, falando de maneira mais abrangente, essa posição que a ouvidoria ocupa dentro do que se entende como algo privilegiado (Entrevistado 19)

Um dos entrevistados, não especificado para obstar sua identificação, narrou evento ocorrido em região na qual atua que corroborou a necessidade e relevância de o gestor levar em consideração os dados e apontamentos advindos da ouvidoria:

Departamento regional de saúde que fica no município de X, [município e região ricos]. Então, naquela região, você tem uma população, que tem uma assistência médica grande, farta, legal. [...]. Então, são regiões ricas e são regiões que têm uma saúde melhorada. Só que o departamento regional de X está com falta de funcionário, como toda a [unidade da administração pública em saúde daquela região]. Ocorreu um roubo de um medicamento nesse departamento [...]. Um medicamento caríssimo, caríssimo, caríssimo, caríssimo, que foi furtado de dentro do departamento. Obviamente, não foi o primeiro, mas foi o que foi que pegaram. Bom, polícia federal... Recebemos [na ouvidoria] uma denúncia de que isso estava acontecendo no ano passado. O gestor recebeu a denúncia e não se manifestou. Recebemos uma segunda denúncia, encaminhamos para o gestor, o gestor falou: “Ih sinal de alerta, vamos verificar”. Verificou e, a princípio, não identificou nada. 2 meses depois, tava no jornal [o roubo do medicamento]. Polícia federal e tudo. Aí, eu te digo, eu te pergunto: “A ouvidoria funciona ou não funciona?” Funciona, mas o gestor precisa acreditar. Mas o gestor precisa entender como a ouvidoria trabalha. O gestor, ele precisa perceber que a ouvidoria é parceira dele e não é aquela área que só aponta o que está errado. Ela alerta. “Bom, tá acontecendo”. “Não está dando certo, não está dando certo, uma hora isso vaza”, e vazou da pior forma possível (Entrevistado).

Entrevistados pontuaram as repercussões e a relevância de os órgãos e atores integrantes do SUS na localidade atuarem em conjunto, incluindo que o gestor respectivo coopere para as medidas indicadas como necessárias naquele âmbito, em face das demandas postas nos atendimentos prestados pela ouvidoria:

Cada ouvidoria é uma oportunidade e quanto mais a gente olhar pra elas e pro conjunto delas, mais a gente tem a possibilidade de trabalhar práticas. As pessoas circulam nas redes e, se a gente tratar sempre tudo de forma pontual, nem sempre vai surtir um efeito. E nunca dá pra trabalhar só com a ouvidoria ali. Acho que a ouvidoria é uma parte, um dos instrumentos de gestão. Eu acho que a ouvidoria ter a gestão participativa, saber quais os problemas que ocorrem aí no dia a dia. Eu acho que a ouvidoria, ela dá um suporte pra isso, mas eu acho que só a ouvidoria não resolve assim esse problema (Entrevistado 04).

[Quais avanços e destaques você identifica na atuação dos serviços de ouvidorias do SUS?]

A questão dos dados, que a gente coleta. A partir dos dados que a gente consegue coletar, das manifestações registradas, a gente consegue propor ações corretivas. Essa

questão de ter esse trabalho de avaliar o que a gente tá recebendo e aonde é que tá o problema, a gente consegue propor ações corretivas. Então, eu acho que isso também a gente consegue ajustar o serviço com a qualidade que a gente deseja e até mesmo a gente se colocando no lugar de um usuário. Porque a gente também se vê como um usuário do serviço. Então, a gente sabendo que tem essa ligação entre cidadão e o serviço público é um ponto de destaque que eu considero (Entrevistado 25).

[Descreve painel público com os dados da ouvidoria onde atua.] E, apesar de nós sermos campeões de reclamação, mas também somos campeões de elogios. A gente fica sempre ali entre 40 e 50% de todos os elogios destinados ao [ente da administração público em que está inserido]. Então, somos bem elogiados e eu tenho percebido, inclusive, uma melhora de resolutividade, que é o indicador que a gente tem aqui, que é quando o usuário entra na manifestação pra dizer se a demanda dele foi resolvida ou não. A primeira perguntinha, ele tem uma série de perguntinhas, [...] a primeira perguntinha que é feita [nas tipologias] reclamação, denúncias e solicitações de serviço, que é: “sua demanda foi resolvida?”. Então, a gente tem percebido a melhora, inclusive dentro de alguns assuntos, da resolutividade avaliada pelo usuário, como por exemplo, o atendimento em unidade básica de saúde, que é uma área que está sempre no top 5, você vai ver lá no painel, está sempre entre a 5 mais recorrentes. E a gente tem visto, na série histórica de 2020 a 2023, uma melhoria da resolutividade. A gente fica muito feliz. Isso eu acho que existe um esforço conjunto baseado em tudo o que nós já dissemos, um comprometimento da gestão. Todo gestor de UBS [unidade básica de saúde], ele responde bonitinho as manifestações de ouvidoria, tem um cuidado, a maioria deles, de fazer reuniões, de trazer essas informações para melhorar a questão do acolhimento, da humanização no atendimento, que... para mim, um dos maiores problemas na unidade básica de saúde, porque o acolhimento é, na minha visão, é você procurar entender o problema do usuário, se é seu ou se não é seu, você tem que ajudá-lo a resolver dentro de uma UBS. A única coisa que você não pode fazer é: “Não sei, não é comigo”. Você tem que acolher e procurar, se não for contigo, encaminhar para a pessoa que possa resolver o problema, está relacionado com o atendimento nas equipes, está relacionado com agendamento de consulta, está relacionado com a distribuição de medicamentos da atenção primária. Dar um esclarecimento adequado. “Esse medicamento, ele está faltando, mas vai chegar tal dia”. “Tem uma previsão de chegar tal dia”. “Esse outro medicamento, o senhor não vai encontrar na rede. O senhor pode comprar na farmácia particular”. Esse acolhimento, para mim, é o mais importante. Então, a gente percebe que tem melhorado bastante essa questão. Dessa relação entre o usuário e a [entidade da administração pública à qual o entrevistado está integrado] (Entrevistado 03).

A gente participa no planejamento, tanto trimestral como anual [do órgão da administração pública em que está inserido]. Então, a gente passa os nossos dados pro setor de planejamento [do órgão], a gente tem alguns instrumentos que a gente tem que incluir, tem que colocar os nossos dados lá de forma estatística. E para se trabalhar o planejamento e é discutido algumas ações que a gente pode estar implementando, pode estar sugerindo. A gente teve as conferências de saúde também, eles sentaram com a gente para ver o que poderia ser tratado, dentro da conferência, na questão de ouvidoria. O setor de planejamento teve esse cuidado. Acho que poderia ser maior ainda, mas existe sim, já esse cuidado desse setor tá consultando todos os outros demais setores do organograma [do órgão] para trabalhar o planejamento do ano subsequente (Entrevistado 26).

Além do reconhecimento e promoção formal e estrutural da ouvidoria do SUS pelo gestor, as entrevistas, como acima ilustrado, pontuaram a importância de que o gestor apoie e colabore efetivamente com o serviço para que cumpra suas atribuições. Entrevistado 04 indicou “eu acho que tem peso diferente de ter uma direção, que ajuda a levar essa pauta e que valoriza a pauta da ouvidoria também e, além disso, a gente tem o suporte, né?”.

Os dados obtidos em entrevista apontaram a necessidade de direcionamento de esforços e recursos para a capacitação dos gestores sobre o papel e a importância do serviço de ouvidoria do SUS, de modo a promover um ambiente administrativo propício para fortalecimento da ouvidoria e eficácia das medidas e contribuições por ela oferecidas. É imprescindível desenvolver uma cultura de reconhecimento da ouvidoria que propicie seu pleno funcionamento em toda sua dimensão e potencialidade.

Como pontua Cyrillo (2015), a ouvidoria pública demonstra o compromisso com o usuário ao qualificar sua demanda e trabalhar na busca de solução mesmo para a reclamação mais simples e singela, bem como quando contribui para aprimorar a gestão pública pelo fornecimento, aos gestores, de matéria-prima e dados para orientar políticas públicas, projetos e ações. No mesmo sentido, entrevistado 03 consignou:

Temos uma média de resposta de x dias [fala no contexto de observarem o prazo legal de resposta]. Depois do prazo, a gente, lógico, que se preocupa com a forma como a gente entrega a resposta ao usuário. Isso é muitíssimo importante. A gente tem a preocupação de fazer uma entrega baseada em linguagem acessível, linguagem fácil, de forma que qualquer usuário compreenda o que a gente está falando. Então [...] a gente pede que se evite o uso de termos técnicos, de jargões, de siglas que são pouco compreensíveis para os usuários e que a resposta seja objetiva e que não se exima da norma culta da língua portuguesa, que isso é muito importante também. E aí assim, vamos lá, pra não perder a linha aqui de raciocínio. Então, falamos primeiro de prazo, seguimos para a qualidade da resposta. Aí vem a terceira. O terceiro pilar, que para mim talvez seja o mais importante, voltado realmente para eficiência, eficácia e efetividade do serviço público, é a questão da governança de serviço. Pra mim, uma manifestação de ouvidoria, ele é um excelente instrumento para a gente dentro de uma unidade de saúde, dentro da administração [à qual está integrado], pra gente mitigar problemas, pra gente equacionar problemas e o usuário é muito bom nisso. E aqui [...], a gente tem essa oportunidade, porque quando um problema surge, as demandas aumentam. A gente tem um termômetro. E nós temos painéis anexados no sistema que já funcionam hoje, que foram desenvolvidos [pelo setor pertinente] e que nos permitem, claramente, esse diagnóstico. E aí, a gente tenta fazer com que cada manifestação tenha a sua individualidade respeitada, para que a gente trate ela com as características específicas que ela possui, para que a gente tente resolver o problema. Então, a gente analisa, nos nossos monitoramentos, se o gestor, ele se empenhou o máximo possível para resolver o problema do cidadão. E, lógico que, para isso, a gente tem que conhecer todos os serviços da [localidade de saúde em que está inserido], os fluxos... o que também é muito desafiador (Entrevistado 03).

Entrevistado 03 complementa a indicação de desafios apontando a importância de um sistema informatizado ou recurso que permita uma efetiva e ampla gestão de dados sobre as manifestações registradas em ouvidoria, de modo que possam apresentar ao gestor dados hábeis a evidenciar necessidades e vias de atuação:

Quando a gente fala de subdimensionamento, subfinanciamento, isso traz repercussões generalizadas. Então, a gente tem menos médicos do que a gente precisa e a gente tem menos servidores, de modo geral, do que a gente precisa e a gente tem

menos gestores do que a gente precisa. Um dos nossos grandes desafios é fazer com que o gestor ele adira ao serviço e comprometa com o serviço de ouvidoria, ao ponto de seguir essas nossas recomendações, relacionadas a prazo, qualidade da resposta e governança de serviço. Então, não, não tem sido fácil fazer isso e, um outro grande desafio que a gente tem, também fruto dessa característica do subfinanciamento, é a dificuldade de gestão de dados. Como as manifestações são muitas, a gente acaba não tendo tempo que a gente entende como necessário para a gente alcançar, preparar esses dados para que eles sejam utilizados. Porque o painel que eu relatei [gerado a partir do sistema informatizado da ouvidoria], [...] ele só nos traz uma primeira camada com relação ao assunto da manifestação, que ele é demasiadamente superficial. Se eu falo, por exemplo, de agendamento de consulta, eu preciso ser um pouco mais específico, trazendo a especialidade e eu preciso trazer qual é o problema relacionado ao agendamento de consulta daquela especialidade. Se eu não chegar a esse nível de especificação, o gestor não vai conseguir entender quais são as demandas do cidadão. E hoje a gente tem tido dificuldade, e é um desafio no qual a gente está trabalhando atualmente, para a gente conseguir superar essas dificuldades e a gente trazer relatórios que sirvam para a governança de serviço. Então, eu acho que a gente atua na governança de serviço, tanto na tratativa individual de cada manifestação de ouvidoria, assim como na produção de dados pra que, em bloco, a gente subsidie o processo de tomada de decisão dos gestores. Então, eu acho que a palavra-chave que eu utilizaria [para indicar a dificuldade do serviço de ouvidoria], é escassez mesmo, a gente se reinventar dentro desse contexto da escassez, pra a gente conseguir alcançar o que a gente precisa.

Corroborando a necessidade de que as informações da ouvidoria para a gestão sejam qualificadas e incorporadas:

Do serviço de ouvidoria, outro desafio... eu acho que a atuação na mudança de prática, acho que a ouvidoria ainda é um pouco... [a ouvidoria] tem qualificado bastante isso, tem cada vez mais feito relatórios e trabalhado com as áreas técnicas pra que os relatórios também deem embasamentos pras ações que vão ser tomadas. Mas a gente sabe que a ouvidoria, às vezes, ela não é vista como um instrumento de gestão desse tipo, [...] o quê que é possível eu fazer pra mudar a prática, de atenção, de cuidado, pra qualificar o atendimento. Às vezes eu acho que tem uma visão muito pontual, se tem uma visão muito pontual sobre o papel da ouvidoria. Então, eu acho que convencer os gestores a usarem esses dados de uma forma mais qualificada, acho que é importante, não só os gestores, mas os trabalhadores do dia a dia e dos serviços. [...] Acho que tem a questão de planejar ações, mais ações em conjunto, acho que é importante sim. Às vezes a gente planeja muito sozinho assim ainda, sabe? Sem tá em parceria com outras áreas. [Cita prática de certo ano na administração pública que integrou de construção de plano de saúde conjunto que] atravessou todas as áreas, isto uniu também as áreas. Então, todo mundo, na hora de confirmar pro [plano] estratégico, na hora de construir as ações pro plano, todo mundo olhou um pro outro, até porque a gente foi atravessado por um assunto, um tema que guiou a elaboração do plano. Mas eu acho que na rede deveria ser qualificado assim, a gente conseguir planejar as ações mais em conjunto com os municípios e os municípios em conjunto com as suas áreas. [Menciona casos de serviços de ouvidoria de seu estado em que esse planejamento conjunto aconteceu e outro em que não ocorreu.] Teve regionais que a ouvidoria teve um destaque nos planejamentos, algumas regionais, a ouvidoria meio que deu uma atuada assim de “Olha, isso aqui precisa entrar [no plano estratégico da saúde], isso aqui tem que ser falado, isso aqui é algo que vem pela ouvidoria e precisa ser olhado pelos gestores”. Então, até teve encontros assim regionais, que os gestores falaram: “A ouvidoria foi muito importante pra gente planejar as ações da região do território”, mas acho que isso precisa, é um desafio porque precisa ampliar. A gente começou a ouvir falar mais, do que eu ouço falar dos colegas assim, mas acho que isso precisa ampliar. Ampliar e retomar né, olhar para o histórico também, pra ver se não já teve ações nesse sentido. Mas, assim, pelo que a

gente escuta dos colegas e tal, a ouvidoria tá tendo mais destaque assim ao longo do tempo (Entrevistado 04).

Corroborando a importância da ouvidoria do SUS e o reconhecimento dessa importância pelos gestores, especialmente em âmbito municipal onde se faz necessário maior implantação e fortalecimento do serviço de ouvidoria, entrevistado 04 destaca a relevância de uma ouvidoria especializada ao SUS – em lugar de existir apenas ouvidoria geral a todos os assuntos relativos ao serviço público –, em razão da própria especificidade da saúde pública. Nesse ponto, salienta, ainda, a relevância do estabelecimento de fluxos na saúde pública e o conhecimento deles pelos profissionais de ouvidoria para o efetivo atendimento das demandas. Confira-se:

Acho que botando esse tema na pauta, eu acho que engaja mais os gestores a entender o papel e a importância da ouvidoria. Porque eu acho que, tendo uma rede mais completa, isso que eu falei da rede, da dificuldade de pessoal [referindo à insuficiência de pessoal que apontou como desafio do serviço de ouvidoria] é só da estadual. Da municipal, temos mais desafios ainda, às vezes, porque nem todos... os municípios não são obrigados a ter ouvidoria. Eles são do SUS, eles são obrigados a ter ouvidoria geral, mas a gente sabe que na saúde, além de ter uma demanda enorme, são demandas muito específicas. Então, acho que mobilizar os gestores pra questão da ouvidoria do SUS é importante por esta especificidade que tem na saúde e essa demanda aqui. Eu acho que, por ser o maior sistema público que a gente tem no país, ele demanda muita coisa. Então, faz muito atendimento de... a gente faz coisas muito diversas. São solicitações de informações sobre qual é o lugar da pessoa na fila de especialidades, de cirurgias e cada um tem um fluxo diferente, um aqui encaminha pra regulação, outro encaminha pra hospital, outro encaminha pra unidade de saúde... às vezes, questões de reclamação sobre práticas de saúde. Então, cada uma tem uma especificidade e tem uma abordagem diferente. Então, alguma vai ter uma questão mais pontual, a outra vai ser uma questão que vai ter que trabalhar com equipe e a [ouvidoria geral do SUS no estado] sempre tenta qualificar também que as repostas não sejam só por responder mesmo, que sejam... tenha uma resposta qualificada, mostre o que foi feito, o que foi tomado de medida sobre aquilo ou que dê uma informação mais completa possível. Claro que, às vezes, em relação à regulação de consultas, a gente não consegue dar uma posição fixa da pessoa na fila, mas a gente tem que dar o máximo de informações possíveis sobre a situação dela, prioridade, quando entra na fila, se tá tudo bem com o encaminhamento, se não tem nenhuma pendência, como ela pode fazer caso ela tenha uma piora no caso dela. Então, a gente tenta dar o maior número de informações possíveis, sem criar uma expectativa que não vai poder ser atendida, não dá pra dizer que vai ser atendida em 5 dias, a gente não consegue prever isso exatamente, pela dinamicidade que é a fila hoje em dia. Por exemplo, essa é uma das demandas. Falta de medicamento, por exemplo, é uma outra demanda que depende do quê que é de competência do estado, depende do quê que é de competência do município. A gente tem que ter profissionais qualificados pra entender como é que registra, pra onde encaminha, quem é que responde. Então, hoje, a gente tem já há algum, há bastante tempo, na verdade, as gestões interiores da [menciona sua rede estadual de ouvidoria do SUS], elas têm um fluxo muito organizado. Então, a gente não pode perder o encaminhamento correto, isso acaba atrasando a resposta, enfim. Então, a gente tenta fechar bem os fluxos pras pessoas saberem, baterem o olho na demanda, ouvirem a pessoa e já saber “ó isso aqui é componente especializado. Isso aqui é componente básico. Isso aqui vai pra tal lugar, isso aqui vai pra outro”. Então a gente tem que ter esses fluxos bem desenhados. Quanto mais a equipe, a rede estiver qualificada em relação a isso, melhor (Entrevistado 04).

Assim, o monitoramento e aprimoramento dos registros, das respostas, do sistema informatizado e do processamento de dados correspondentes são elementos centrais na concretização e no aprimoramento do SUS sob a atuação da ouvidoria do SUS. Nesse sentido, reafirma-se que a produção de relatórios baseados nos dados das manifestações proporciona informações valiosas para diversas áreas da saúde pública, contribuindo para uma tomada de decisão embasada em evidências. Nada obstante, o potencial desses recursos somente se efetiva mediante reconhecimento e utilização efetiva da ouvidoria do SUS pelo gestor.

Traçados esses elementos relevantes correlatos ao acesso à justiça postos em entrevistas, passa-se ao exame da mediação na questão.

### **5.3 A mediação na ouvidoria do SUS e parâmetros para sua adequação**

A legislação brasileira prevê, às ouvidorias nos serviços públicos da administração pública, a atribuição de promover a adoção de mediação entre o usuário e o órgão (Brasil, 2017a) e, aos serviços de ouvidoria do SUS, a competência de realizar a mediação administrativa junto às unidades administrativas do órgão para instrução correta, objetiva e ágil das demandas dos cidadãos e sua conclusão no prazo estabelecido para resposta, âmbito em que estabelece as iniciativas de mediação de conflitos, diálogos sobre respeito à diversidade e à prática dos direitos humanos como integrantes das ações e serviços de promoção da saúde, especialmente no aspecto de prevenção da violência e promoção da cultura de paz e dos direitos humanos (Brasil, 2017b).

A atuação da ouvidoria do SUS, notadamente no âmbito da intermediação entre o usuário e a instituição de saúde com seus profissionais e gestores, bem como da informação relacionada ao conhecimento sobre o direito à saúde e à sua efetivação, têm pertinência com a metodologia da mediação. Nada obstante, se faz necessário examinar a adequação da mediação ao serviço de ouvidoria, suas particularidades e eventuais elementos norteadores dessa adequação e utilização, objeto de tópico próprio deste estudo.

Adotando-se a mediação voltada à abordagem das relações e dos vínculos, agregada à informação em direito, importa considerar as questões relacionais e informativas concernentes à ouvidoria.

O presente trabalho é voltado à análise do serviço de ouvidoria na saúde, pelo que apresenta e aprofunda em elementos afetos a esse serviço específico. Todavia, inclusive por sua contribuição ao fortalecimento dos vínculos, essencial salientar que medidas humanizadoras e

qualificadoras das relações interpessoais, dos atendimentos e dos serviços de saúde são necessárias a todos e por todos os sujeitos envolvidos.

Ao indicar os conflitos presentes nas manifestações junto da ouvidoria, entrevistado 12 manifestou entender que a parte humana é que precisa ser trabalhada; “todos deveriam ser, né, humanizados. Se somos humanos, por que não sermos humanos?”, assinalando a importância do atendimento humanizado para a efetivação do serviço de saúde e para o tratamento de conflitos.

Para o entrevistado 21, a postura do profissional da saúde é elemento central para promover uma boa relação com o usuário ou para prejudicar a qualidade dessa relação:

[falando de dificuldades correlatas aos conflitos interpessoais] Postura do profissional. A postura do profissional é difícil. Então, a gente tem os profissionais que são os mais novos, que são os residentes, que querem aprender, que querem crescer e que muitas vezes são dedicados. E a gente tem aqueles profissionais que já são os antigos, que já estão prestes a se aposentar, “Tô para me aposentar mesmo. Tô cansado, não aguento mais”, né? Então, são dois profissionais muito diferentes pra gente e eles têm perfil diferente. Quando a gente trabalha com as unidades de administração direta normalmente eles são concursados, o que é que a gente pode fazer? Conversar, treinar, capacitar, para tentar reverter esse quadro. As OSs [organizações sociais] normalmente demitem e contratam outro. Então, isso interfere também na conduta do profissional, porque “Eu não vou ser punido, eles não podem me tirar. O que eles vão fazer, me mudar de unidade?” Isso é a cabeça de alguns servidores públicos ainda, tá? E os profissionais que são das OSs, que são os contratos particulares “meu Deus, eu não posso perder o emprego”, ou “eu gosto daqui, eu não quero sair, então eu vou fazer bem feito”. Ou “aqui eu vou fazer o meu nome”. Tudo isso interfere. Além da postura desse profissional, que aí é de cada pessoa mesmo. “Ah, mas fulano é mais estúpido mesmo, é mais grosseiro, a outra é mais delicada, o outro é mais gentil”, é perfil. Então é a conduta deste profissional junto com a segurança ou a insegurança que aquele local que ele está passa. Eu vejo essas situações juntas e misturadas (Entrevistado 21).

Corroborando o apontamento acima no sentido da relevância da postura do profissional para a qualidade da relação estabelecida com o usuário, oportuno o relato de um dos entrevistados, que não será individualizado para assegurar a impossibilidade de sua identificação:

Eu trabalhava [em determinada unidade de um complexo hospitalar], e a gente via a relação dos médicos cirurgiões com a família. Isso acontecia, essa interação acontecia por uma janelinha desse tamaninho assim, pequenininha, que o médico colocava a cabecinha e os familiares estavam do outro lado. Isso, para mim, era uma de uma frieza absurda e me incomodava. Mas, uma vez, aconteceu de um familiar receber a notícia de morte e a esposa, que era uma senhora, entrou num desespero absurdo, absurdo. Mas ela gritava e ela chorava, e ela batia nos filhos, todos adultos. Aquilo me deu uma angústia, uma dor assim, que eu fui atrás de um outro cirurgião que eu conhecia e falei pra ele, eu lembro até hoje [...], “Doutor [...], pelo amor de Deus, está acontecendo isso, isso, isso, a senhora está assim, assim, assim”. Ele falou: “Vamos lá”. Ele abriu a porta do centro cirúrgico, que não pode, ele destrancou a porta. [...] E

tentou conversar com ela e ela só gritava, só batia, batia, e ele segurou ela assim, abraçado até ela acalmar. E ela batia nele, gritava, batia. Ela foi acalmando, acalmando, acalmando, quando ela acalmou, aí ele falou: “Vamos conversar?”. Aquilo, pra mim... é o que falta. O que ele fez? Ele acolheu, ele cuidou, ele ouviu, ele esperou o momento dela para conversar. Isso, para mim, era o que precisava (Entrevistado).

Perguntado sobre os conflitos interpessoais e elementos que o afetam, em sua perspectiva pessoal, o entrevistado 20 respondeu “Eu acredito que seria a falta de humanização mesmo do profissional, profissional que faz o atendimento. Nesse caso, para mau atendimento, né? Porque existem outros casos também”.

Nesse mesmo sentido:

Eu acho que o outro desafio é a qualificação profissional, dos profissionais de saúde mesmo que está na ponta, dos profissionais que atendem na recepção, dos profissionais que estão na área administrativa. A gente percebe muita insatisfação em relação ao atendimento dessas equipes. O que eu não sei se é estresse da rotina, muita gente trabalhando no caos, mas que para a gente não justifica uma falta de informação, de orientação. É um paciente que vem do interior e quando chega para ser atendido “Ah o médico não está, o médico não veio”, ou “Foi desmarcado”. Por que não avisou antes? Eu acho que precisa aperfeiçoar esses instrumentos de trabalho. Saber aperfeiçoar a questão da marcação ou da desmarcação de uma consulta, para que o paciente não tenha que se deslocar, de onde é que ele venha, para poder receber a notícia de que foi desmarcado. Eu acho que tem muita coisa que precisa melhorar e que poderia ser melhorado, isso eu acho que depende muito mais, talvez uma boa vontade ou de uma de uma organização, um serviço ali interno. Porque é algo que não precisa de recurso para isso, mas que dá pra fazer, quando a equipe é comprometida, quando a unidade é comprometida, quando eles têm um mínimo de organização ali dos processos deles de trabalho, para minimizar o sofrimento daquele paciente que está aguardando. É aquela recepcionista que não precisa estar de bem com a vida para atender com humanidade, com cordialidade o cidadão que chega muitas vezes estressado. Mas saber dar uma orientação, o paciente na unidade, ele ter o direito à informação, que muitas vezes não tem. Ele recorre à ouvidoria da unidade e recorre ao serviço social da unidade para poder conseguir falar com o médico sobre um parente que está internado. Então, falta muita informação e comunicação pro cidadão, quando ele fala em atendimento, quando é um parente que está em atendimento, eles se queixam muito disso... dar um atendimento mais humanizado. [...]

A gente percebe muita insatisfação, que a gente classifica aqui como reclamação. Muita insatisfação de atendimento, do médico que foi grosso; do médico que não vai lá acompanhar o paciente, não faz evolução; da enfermeira que foi grossa; da recepcionista que não atendeu direito. Então, existe sim [conflito interpessoal levado à ouvidoria]. É recorrente a insatisfação em relação ao atendimento prestado nas unidades ou determinados profissionais, começando do porteiro, que discriminou, que não atendeu direito, que disse que nem entra, que não é ali, e que foi grosseiro, enfim. Existe de tudo, a gente recebe sim e não são poucas, muitas queixas de usuários em relação ao profissional da unidade, independente que ele seja um profissional da assistência médica mesmo, enfermeiro ou médico, ou que seja um profissional da área administrativa. Mas, enfim, há sempre queixa, como a queixa também de profissional pra profissional. Existem muitas queixas de relação interpessoal ali entre as equipes, entre superior e hierárquico. Não são poucos também (Entrevistado 18).

Assim, cada sujeito pode, segundo suas competências e possibilidades, ser o terceiro em alguma situação cotidiana, suscitar espaços intermediários em que o diálogo e a relação sejam

restaurados ou fortalecidos, contexto em que as práticas acima apontadas são dignas de reconhecimento e ações de humanização são importantes aos vínculos na saúde pública. Porém, deve-se ressaltar que, quanto ao mediador instituído como tal, não se pode confundir as funções, sendo essencial que a pessoa que atua como terceira em uma mediação esteja atenta e habilitada ao papel que ocupa (Six, 2001).

As ações e os serviços em saúde são orientados por protocolos e diretrizes a eles pertinentes, mas esses elementos formais de regulação não asseguram em si a boa relação na saúde pública, devendo-se destacar o potencial e o valor de ações e iniciativas individuais, coletivas e institucionais que promovam relações humanizadas, de respeito e de reconhecimento dos sujeitos e de suas necessidades.

Essa conjuntura foi salientada por entrevistado, ao discorrer sobre reclamações apresentadas em ouvidoria concernentes a atendimentos que foram identificados como não humanizados:

Na questão do mau atendimento numa unidade de saúde, falta a sensibilidade do corpo médico, do corpo clínico, e também dos funcionários, dos servidores que estão ali na ponta, antes do paciente entrar para se consultar. Eu acho que precisa de sensibilização, de humanização, essa é a palavra. Humanização no cuidado daquelas pessoas, porque se elas estão dentro de uma unidade de saúde, muitas delas até dorme em filas para conseguirem atendimento, elas estão já ali extremamente fragilizadas. Então, a questão de regulação, tanto em termos ambulatorial, quanto em termos de leito, quanto a questão de atendimento ao público, ao paciente, no contexto geral, desde o segurança, desde o porteiro da unidade de saúde até o atendimento final feito pelo médico, eu acho que falta mais humanização. Eu acho que o SUS tem tudo... o SUS é, quando a gente lê sobre o SUS, a gente entende que é um serviço maravilhoso, só existe no Brasil, mas eu acredito que o trato interpessoal, ele dificulta demais e ele fragiliza ainda mais as pessoas que se utilizam desse sistema (Entrevistado 14).

Como pontuado por Massing (2017), a unidade ou serviço de saúde é um ambiente com seus requisitos, técnicas, formalidades, códigos e hábitos ao qual o usuário se sujeita, muitas vezes por problemas de saúde, o que o coloca em posição de potencial vulnerabilidade e usualmente em contato com grande número de agentes intervenientes (que intervêm em seu corpo, vida e condutas), o que pode gerar tensões no próprio usuário e entre ele e os profissionais intervenientes. E, como bem ilustrado na descrição feita pelo entrevistado:

Então assim, tem de tudo, e a gente tem que estar preparado para um público que a gente não sabe quem é. Porque a gente recebe o cidadão que é informado, que é educado, que tem conhecimento, como a gente recebe aquele cidadão supersimples, que não sabe falar, que não sabe perguntar o que ele precisa, sabe? Que não conhece de nada, de nada (Entrevistado 21).

Dessa forma, o conceito geral de usuário do serviço de ouvidoria do SUS não é uma categoria homogênea ou homogeneizante, mas contém diversidade de indivíduos e coletividades, incluindo aqueles estruturalmente sujeitos à exclusão socioeconômica ampliada, a afetar sua inclusão e acesso à saúde.

A heterogeneidade também se estabelece no conjunto dos sujeitos, marcando a saúde por referências heterogêneas. Guillaume-Hofnung (2018, p. 57) descreve que, no sistema de saúde, existem pessoas que escutam, principalmente psicólogos, e existem ainda mais pessoas que falam ou querem falar, sendo raras as pessoas que se comunicam “porque poucas palavras têm o mesmo nível, e os profissionais que as ouvem raramente têm a missão complementar de se relacionar”.

A autora acrescenta que a unidade de saúde configura ambiente em que o discurso é dividido em níveis hierárquicos, havendo “a palavra dos médicos, com as modulações institucionais que passam das palavras do professor para a palavra do simples médico, os membros não médicos da equipe, os mecanismos da instituição de cuidados, os pacientes, muitas vezes usuários de um serviço público”, destacando-se que “para os doentes em uma situação de vulnerabilidade, o *déficit* de comunicação é mal vivido. A qualidade da comunicação médica torna-se um elemento da qualidade dos cuidados” (Guillaume-Hofnung, 2018, p. 57).

A comunicação adequada e de qualidade, de forma compreensível ao usuário e que o permita entender sua condição e possibilidades sobre sua saúde, em abordagem humanizada, portanto, são centrais na qualidade do vínculo na saúde pública e do serviço correlato, como ilustrado em entrevista:

São recorrentes [os conflitos interpessoais que chegam à ouvidoria]. São tratados dentro da lógica mesmo de funcionamento dos processos de trabalho da ouvidoria. São recorrentes sobretudo porque a gente vivencia hoje uma realidade no serviço público que é do pouco diálogo. A maioria das demandas aqui de ouvidoria envolvendo usuários e profissionais, quando a gente vai esmiuçar, é da pouca comunicação. Ou daquele usuário que não entendeu bem ou da mais completa ausência de informação, da pessoa ficar, chegar muitas das vezes nas unidades, ficar batendo cabeça porque não recebeu uma orientação devida. Então, essas questões a ouvidoria acolhe, encaminha pras chefias imediatas pra apuração dos fatos. E aí entra uma outra vertente importantíssima, que é a humanização. A política de humanização e de educação permanente para trabalhadores é fundamental e a ouvidoria, inclusive, tem que trabalhar casada com esses equipamentos do SUS. Não tem como também a ouvidoria não olhar pra isso. [Menciona medidas da sua localidade para execução da política de humanização.] Essas demandas de ouvidoria, elas são inclusive elementos pra subsidiar as ações nas unidades de formação, de treinamentos, de qualificações pra esses profissionais.

[Quais são as dificuldades no tratamento desses conflitos?]

Acho que a dificuldade primeira é muitas vezes do profissional... O quê que acontece, nessa relação profissional x usuário, o profissional, ele tá ali numa relação talvez

hierárquica, de poder superior àquele usuário. Naturalmente, ele é o agente público que está na instituição, ele é o detentor do conhecimento, [...] ele tá numa posição. Então, muitas vezes os profissionais têm dificuldade de ter um diálogo mais horizontalizado com esse usuário (Entrevistado 19).

Entrevistado 19 complementa narrando situações concretas, concernentes a reclamações de usuários, “onde [profissional ou instituição alvo da reclamação] coloca toda a culpa do processo [conflituoso] só no usuário; a instituição se exime de toda a responsabilidade do conflito”, em que a postura do profissional da saúde ou da instituição de saúde é fornecer respostas defensivas que atribuem ao usuário do Sistema uma posição de desqualificado para compreender ou lidar. Em casos assim tratados, o ouvidor entrevistado narrou que “A gente sente uma... não quero falar a palavra desumanização não, mas um não cuidado, com a comunicação efetiva desse profissional no seu cotidiano para estes usuários” (Entrevistado 19).

A essencialidade da comunicação efetiva e de qualidade entre os sujeitos é complementada e reforçada pela necessidade de atendimento e de abordagens humanizadas nas relações estabelecidas nos serviços e ações de saúde pública, como a seguir discriminado:

Avanços [do serviço de ouvidoria] eu acho que essa segurança que o paciente tem em conversar com as ouvidorias. A ouvidoria, ela não soluciona o problema, mas ela tem que ter uma escuta qualificada e diferenciada. Por quê? [...] A gente precisa conversar com o cidadão e fazer com que ele perceba que o atendimento que ele teve não foi de todo ruim. Que muitas vezes, a maioria das vezes, ele vem para a ouvidoria com um problema, ele não vem elogiar. Só que [o serviço de ouvidoria do entrevistado, dentro da parcela institucional que integra] é que mais recebe elogio. Por quê? Por causa da condução que a gente dá na conversa. Percebe, condução, eu não estou induzindo, eu estou conduzindo a conversa. Então, você chega para mim e fala: “Vim reclamar do médico, o médico não olhou na minha cara. O médico não levantou da cadeira. Ele não me examinou. Ele foi horrível”. Ok, registramos, beleza? Beleza. “Cibele, como você chegou na unidade? Você conversou com o segurança?”, “Ah, conversei”, “Você conversou com a recepção?”, “Sim”, “e como foi a enfermagem?”. É daí que saem os elogios. Porque aí o paciente percebe que ele teve mais que o atendimento ruim do médico, ele teve a enfermeira que foi super simpática, conversou com ele, perguntou se estava tudo bem. Então, “merece um elogio, o quê que o senhor acha?” Porque a gente tem que valorizar o trabalho dela também. “Sim, ela chama Ana, foi super legal”. Elogio. E na recepção? “Ai uma menina ignorante, né?” Aí eles soltam tudo que eles querem. Aí fala do hospital, aí fala dos departamentos. Então, é dali que saem os elogios. E aí é o que eu te falo, a gente precisa saber trabalhar com o que a gente tem na mão e eu acho que esse é o diferencial da saúde [do setor que o entrevistado integra]. Eu não só registro o que o cidadão trouxe, mas eu busco entender o que aconteceu como um todo. Aí entra princípio e diretrizes do SUS, trabalhar com a integralidade. Quero saber o que aconteceu no todo, não só no ruim. Tem coisa boa, não tem? Sabe que quando eles saem, eles saem mais tranquilos, porque aí eles falam: “Mas não foi ruim”. Então, eles mudam de ideia. E eu acho que isso que é o importante nesse trabalho que a gente vem fazendo, é eles perceberem que o SUS funciona. “Ah, mas teve uma coisa que não funcionou”, uma coisa só, a mais importante? Não sei, não é? Então, é isso que a gente traz nesse trabalho, é o compreender este todo, que eu acho que é o diferencial (Entrevistado 21).

Especificamente no que toca ao serviço de ouvidoria, entrevistados destacaram sua relevância enquanto local onde o usuário pode encontrar escuta qualificada e acolhimento, além de informação sobre seu direito no âmbito da saúde e canal para impulsionar providências porventura necessárias.

Segundo indicações apresentadas em entrevistas, o acolhimento – adequado e de qualidade – do usuário pelo serviço de ouvidoria e a escuta qualificada com recorrência figuram como medida propícia e necessária para a satisfação do manifestante:

[Respondendo o que entende contribuir para o tratamento adequado dos conflitos interpessoais.] Eu acho que essa própria individualização na tratativa das demandas e uma conversa afável dentro do sistema ou até fora do sistema. Porque a gente tem a cultura aqui de... a gente tenta, na verdade, introduzir isso na cultura do processo de trabalho das ouvidorias. O pré-atendimento e o pós-atendimento, atendimento antes da resposta e o atendimento após a resposta de ouvidoria, pra justamente o cidadão se tornar, se sentir acolhido. Então, eu acho que isso é um bom acompanhamento, a gente ter uma resposta preliminar, quando a gente recebe a demanda, foi encaminhado para o setor adequado, a primeira coisa que a gente faz na tratativa, ele vê que está sendo realmente tratada a demanda. Então, é a forma que nós encontramos de resolver esses problemas. [...]

Então, aqui [faz uma descrição do serviço] a gente tentou fazer um ponto de atendimento aqui próximo [à entrada do local, explicada com referência sobre estar no centro da localidade], e a gente tentou tornar acessível a ouvidoria. Então qualquer usuário cadeirante, ele tem acesso, a sala é ampla, ela permite a circulação de cadeiras de rodas, pessoas com muletas. Estamos... o governo [do local], como um todo, o sistema de ouvidoria [da localidade], tem uma preocupação com acessibilidade. O sistema tem característica, por exemplo, a pessoa PCD [pessoa com deficiência], ela tem um indicador dentro do sistema de ouvidoria, que a pessoa que registrou é um PCD. Então, a gente dá uma atenção especial dentro do contexto da pessoa e, de modo geral, eu acho que esse relacionamento é bem intenso. E a gente capacita, tem dentro do rol de cursos voltados para ouvidoria, tem atendimentos complexos, atendimento inclusivo, tem uma série de cursos voltados para isso, até com psicólogos, inclusive, pra gente saber como lidar com um conflito imediato dentro das unidades de ouvidoria, a gente saber acalmar o usuário. A ter plena consciência que ele não está brigando não é com a gente, é com o Estado, que a gente tem que acalmá-lo e ajudá-lo (Entrevistado 03).

Ações de acolhimento empreendidas pela ouvidoria realizadas mediante consideração das particularidades do local onde está instalada também foram pontuadas nas entrevistas:

[Menciona o perfil de sua localidade] tem muita gente pobre, é um [local] carente de tudo, entendeu? Então, assim, esse olhar da ouvidoria ser mais humanizado, de ter um atendimento mais humanizado, de entender, de ter empatia, com aquela pessoa que chega aqui, porque, assim, só se procura a ouvidoria quando a pessoa já foi pra todos os setores e não conseguiu uma resposta. [...] Essa questão da dimensão humana que, na realidade, nós temos essa empatia, essa maneira de o usuário chegar, conversar à vontade, e aqui a gente tem um grande papel do [local do Brasil onde se encontra], que é exatamente essa questão da informação, que as pessoas não têm essa informação. E a ouvidoria, a gente tá trabalhando muito isso de dizer pras pessoas realmente os direitos que elas têm, os deveres que elas têm, e a ouvidoria tá fazendo

esse papel aqui na [localidade] mesmo, essa questão da dimensão humana (Entrevistado 05).

Eu vou falar uma coisa bem básica pra ti. Eu acho que você se colocar no lugar do próximo, ele já ajuda muito na solução desses conflitos. Se você vê um idoso de 80 anos vindo num setor de ouvidoria, um dreno de tórax, que deveria ter sido trocado há uma semana e não foi atendido, então, quando você relata, procurar relatar “o senhor tá sentido dor?” “Sim”. “O senhor tá conseguindo dormir? Tá prejudicando muito a sua vida?”, tentar colocar parte daquele sentimento no papel, eu acho que quem vai estar lendo aquela demanda, ele não tem como não se sensibilizar. Ele vai ter uma mãe, um irmão, naquela mesma idade, e a pessoa se colocando no local, no lugar do outro. Uma pessoa num tratamento de câncer, que está faltando a medicação, ele tem que tomar, para garantir o prolongamento da vida dele. Não ter aquele medicamento... então, é uma coisa complicada. Outro dia, a gente atendeu um morador de rua, que ele falou: “Poxa, eu estou conseguindo agora sair da rua, que eu estou morando numa casa de ajuda”, que a gente chama aqui de [cita o nome], “e eu consegui um telefone agora, eu tenho um número para vocês me ligarem”, porque a gente tinha entrado em contato e não conseguia. Ele falou: “Não, agora tenho um número”. Então, é um senhor de 60 e poucos anos, que mora mais de 20 anos na rua. Ele é uma medicação de alto custo, ele pega num serviço especializado aqui de medicamento, de fármacos. E ela está em falta. E ela é comprada [pelo estado]. Então, a gente fez a demanda dele, encaminhou para [setor competente], que é quem compra. Agora, ele virou “habituê” aqui da ouvidoria. Ele vem visitar a gente, a gente conversa... Tratar também, acolher, saber acolher a pessoa (Entrevistado 26).

Entrevistado 18 disse lidar pessoalmente com conflitos interpessoais no atendimento presencial, indicando que “a gente tem que lidar com as emoções dos usuários que chegam aqui e todo dia tem algum usuário aqui, e às vezes o mesmo que vem várias vezes, para registrar aqui a sua manifestação”, lida positiva para colher todas as informações necessárias “porque a gente tá de frente a frente com o usuário, então, é melhor nesse sentido” e permite “situações que a gente consegue chamar a área aqui para atender diretamente o cidadão e a própria área da orientação, a informação; resolver a questão” (Entrevistado 18).

Segundo relatado por entrevistados, o bom acolhimento refletido no registro adequado auxilia inclusive no que se refere à tramitação formal e administrativa da manifestação registrada:

A ouvidoria tem que ter muito cuidado e muita responsabilidade no acolhimento desta reclamação, dessa denúncia. Quando eu digo cuidado, não só do sigilo, da ética em si da atuação, mas sobretudo colhendo as informações que são necessárias. Porque não adianta também o usuário dizer que está insatisfeito com profissional A ou B, se ele também não traz elementos que vão consubstanciar uma devida apuração dos fatos. Tá insatisfeito por quê? O que aconteceu? O que a pessoa disse ou não disse? São elementos fundamentais. A ouvidoria tem um papel importante nesse processo inicial do acolhimento e da escrita, do caso em si. E a gestão tem que ter uma responsabilidade nesse tratamento, nessa apuração. Tem que dar, claro, uma oportunidade deste profissional ser ouvido, mas para além deste profissional ser ouvido, uma apuração tem que ser feita mínima que seja, a partir dos elementos trazidos no corpo do texto. E uma outra coisa fundamental, que casa com a humanização, precisamos dar um retorno a esse cidadão. Esse cidadão precisa entender que ele levou um conteúdo, uma insatisfação e que a gestão minimamente

acolheu aquele conteúdo, minimamente agiu sobre o problema e vai dar uma devolutiva a esse cidadão, não fazer pouco caso com o processo. A gente vê muito isso também, às vezes as demandas de reclamação ficam aí. O prazo vence de responder, não se respondem as demandas (Entrevistado 19).

Ao narrar como lida com as dificuldades do cotidiano, entrevistado salientou que “filtragem e tipificação das demandas são as chaves para eficiência nesta atuação; o tempo despendido em um atendimento bem detalhado e investigativo posteriormente será ganho com a sua efetividade, sem transitar por um longo período dentro do sistema” (Entrevistado 23).

Ressai, no âmbito do acolhimento efetivado pela ouvidoria, que ele se dê em consideração de todos os envolvidos, de modo que não se restrinja ao usuário e leve em conta o profissional porventura envolvido na questão:

A forma como o cidadão chega não é exatamente a forma que o profissional vê a demanda. Tem sempre os 2 lados, acho que principalmente essa questão de conflitos, entre profissional e usuário. A gente explica isso pro cidadão que vai ser dado o direito de resposta pro profissional também e vai ser ouvido também [...]. Mas a gente sempre tem que entender que as histórias, elas têm dois lados e o lado do cidadão precisa ser ouvido. [...]. Principalmente quando é algo, questão de conflito que precisa detalhar melhor ou ver se não tem mais alguma coisa que precisa ser perguntada, pra que a demanda possa ser apurada. Porque isso é muito importante em relação aos conflitos, tu saber exatamente onde é que a situação ocorreu, que horário ocorreu, quem estava envolvido, o que aconteceu, o quê que foi dito, se foi atendido, se não foi atendido, se isso gerou alguma outra... outro desdobramento, [...] pra fazer um registro de forma mais completa. [...]. Porque, enfim, as pessoas já tão fragilizadas, as pessoas já chegam pra gente, às vezes já passaram por mais de um lugar buscando resolver algum problema e aí tiveram conflitos. Então, a gente tem que ser esse lugar de acolhimento e também a gente dá muita orientação às vezes de como a pessoa pode tentar resolver o problema na sua cidade, no... “conversa com [setor de gestão da cidade do usuário] e aí se não conseguir, voltar pra gente”, inclusive pra que a gente também busque, faça o registro para que a [autoridade de gestão] se posicione também. Porque às vezes a pessoa já foi em vários lugares, não conseguiu em lugar nenhum ter um atendimento, aí são vários registros diferentes, sobre aquela mesma situação. Então, ela tem que saber onde e quem é que vai responder e quem é que vai olhar pra aquilo pra conseguir entender como registrar e como encaminhar porque, se não, a demanda, ela é olhada de forma incompleta (Entrevistado 04).

Ressai que a ouvidoria detém – ou em potencial para realizar – práticas de acolhimento, humanização, promoção da comunicação e escuta qualificada que, em si, configuram práticas colaborativas e de abordagem construtiva e positiva em eventual conflito. Repisa-se, pois, que, embora não configurem em si mediação, configuram técnicas em si mesmas promotoras de acesso via direitos e que dialogam com a mediação.

Sob essa mesma compreensão de práticas contributivas ao acesso à justiça, mas que não conformam mediação sob a abordagem adotada neste estudo, verifica-se haver outras mediações – ou interlocuções – possíveis à ouvidoria do SUS, compreendida enquanto

intermediação de um terceiro que se coloca entre e com duas partes para impulsioná-los na busca da solução de um problema pertinente a ambos. Sob esse ângulo, constata-se como mediação pertinente a toda ouvidoria do SUS aquela constituída como mediação administrativa interinstitucional ou intersetorial, executada sob o aspecto da mediação entre usuário – ou a coletividade a ele pertinente – e o gestor.

Em conjuntura como a exposta, em que o ouvidor lida apenas com o processamento da manifestação, cuja tratativa e resposta incumbe a outro setor, observa-se a possibilidade de adoção de outras medidas e estratégias promotoras das finalidades do serviço de ouvidoria, voltadas ao acesso à justiça pela via dos direitos na efetivação do direito do usuário e do aperfeiçoamento do sistema de saúde.

Entrevistado, que não será identificado para garantir sigilo de sua identidade, atuante como ouvidor geral do SUS em um estado, salienta a possibilidade de realização da mediação pela ouvidoria se considerada enquanto uma mediação entre gestores ou setores:

Então, eu até acho que às vezes... eu não chamaria de mediação, [...] porque eu não costumo colocar as duas partes juntas, a não ser que seja uma negociação junto a gestores, tá? Mas aí, muitas vezes não é movida pela... na manifestação, mas por algum processo que envolva alguma manifestação, entendeu? É um trabalho mais interno, mais dos bastidores. Para que eu resolva aquele problema, eu preciso conversar com aquelas duas áreas, sabe? Dependendo das duas áreas eu posso... “ah, eu sei que fulano se entende com ciclano”, aí podemos conversar os 3 juntos, ok. Agora, tem área que eu sei: “Ah esse cara não se dá bem com fulana, eu não posso conversar com eles juntos”. Então, tem [a necessidade de uma condução política], a ética, o respeito aos profissionais. Eu também não posso me indispor, porque se eu me indispor com um deles, quando eu precisar pra ajudar o cidadão, eu não vou conseguir. Então é um dos itens que a gente coloca como perfil de ouvidor. Ele tem que ter, assim, esse trabalho de conhecimento desses profissionais, pra que ele também não se coloque em roubada. [Narra abordagens de construção de boa relação pessoal com os gestores e chefias das áreas.] Então, assim, você tem que dar um jeitinho sim, quebrar o gelo. Então, isso não é mediação. Isso não é conflito, né? Isso é o conquistar aquela pessoa para que a gente possa trabalhar junto harmonicamente. Então, tem algumas palavras que não consegue encaixar nem em conciliação, nem em conflito. É um jogo de cintura mesmo, é o bom senso. Que é muito importante (Entrevistado).

Constata-se que todas as ouvidorias do SUS, nada obstante suas particularidades, realizam mediação administrativa junto às unidades administrativas do órgão com vistas à correta, objetiva e ágil instrução das demandas apresentadas pelos cidadãos, bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta ao demandante, nos termos previstos na Portaria de Consolidação nº 1/2017, do Ministério da Saúde (Brasil, 2017b), consignados no capítulo terceiro deste trabalho.

A ouvidoria está posicionada entre os direitos e interesses dos usuários e a funcionalidade da instituição que integra e, em última instância, do SUS, colocando o ouvidor como intermediário das relações entre o usuário do serviço e a instituição ou a administração pública. Com efeito, a mediação tida enquanto mediação dos sujeitos com os setores e instituições, é verificada na ouvidoria do SUS e adequada às suas atribuições. Nesse agir, como descrito pelo entrevistado 19, a ouvidoria faz uma mediação do acesso ao direito.

A avaliação da qualidade do serviço e o levantamento de possíveis soluções na atuação da ouvidoria a constituiu via para fazer frente a conflitos econômicos na área da saúde, colaborar com formas de estabilização financeira de instituições, traçar aspectos de aumento de produtividade e fornecer vias para racionalizar a atuação de usuários, profissionais e gestores especialmente em serviços e instituições especificados. A ouvidoria se revela pertinente também ao trato de conflitos de ordem política, colaborando no traçado e concretização das políticas de saúde em todas as esferas da federação, destacando-se os princípios do SUS, notadamente da participação popular e da facilitação do acesso, e das políticas institucionais, relacionando-se à gestão administrativa e à desburocratização institucional, também no que toca à política interna e ao trato de usuários, trabalhadores, colaboradores e gestores. Nessa atuação, pode-se identificar potencial da ouvidoria do SUS em promover regulação social, a despeito de se dar por abordagem distinta da mediação de relações, porquanto a possibilidade de agir sobre as relações sociais tem diversos meios de efetivação, sendo a mediação de vínculos apenas um deles.

Necessário salientar que não é papel do ouvidor fiscalizar o trabalho dos profissionais da saúde ou dos gestores, investigar irregularidades, impor medidas resolutivas ou execução de ações. Ao receber a manifestação do usuário, seja reclamação, solicitação, sugestão, elogio ou denúncia, o ouvidor a converte em manifestação formal e oficial à qual é devida resposta, positiva ou não, incumbindo-lhe trabalhar para o atendimento do manifestante em processo constante de interlocução com os órgãos, setores, serviços e sujeitos integrados ao SUS.

Trata-se de via de informação e transparência da administração pública e meio de provocação da ciência e resposta sobre fatos objeto de manifestação, notadamente por contribuir na identificação de falhas na prestação de serviços e na celeridade à busca de soluções, com a participação do usuário. Nesse ponto, “nós [da ouvidoria do SUS] estamos o tempo inteiro trabalhando em cima dos dados que recebemos nas ouvidorias e transformando isso em informação pra gestão, pra que possa auxiliar nas tomadas de decisão” (Entrevistado 15).

Configura-se, portanto, via de qualificação do atendimento e melhoria da relação entre a instituição e os usuários e, ainda, entre trabalhadores da instituição, configurando meio potencial de diminuir zonas de conflito e qualificar as relações. Oportunas as considerações de Pereira em estudo desenvolvido no âmbito da sociologia sobre a ouvidoria hospitalar:

Argumentamos que as ouvidorias propiciam uma ação de envolvimento, isto é, potencializam as relações institucionais entre usuários e os serviços hospitalares e entre os hospitais e os trabalhadores em saúde. Ao acolher as reclamações, os hospitais passam a envolver os reclamantes oportunizando que, através de sua voz, exerça-se um controle público da qualidade dos serviços prestados. Envolver, aqui, significa ouvir o interesse dos diversos grupos sociais, em inter-relação no espaço hospitalar, quando a instituição recebe reclamações de usuários. O serviço de ouvidoria é um dispositivo que favorece este envolvimento.

Nesta pesquisa foi considerado que houve envolvimento quando a partir do acolhimento das reclamações dos usuários é tecida, pela instituição através da ouvidoria, uma rede de relacionamentos que implicam, em relação aos usuários, ouvir sua voz com o sentido de informação, aplacação ou consulta e em relação aos trabalhadores em saúde, implementar estratégias que favoreçam sua integração passiva, adesão ou interação em relação aos projetos institucionais que criaram este serviço (2000, p. 49).

Também nesse sentido:

Os conflitos entre usuários e profissionais de saúde têm sido tratados através de várias abordagens, incluindo políticas de comunicação e mediação, treinamento em habilidades de comunicação e empatia para profissionais de saúde, estabelecimento de canais de feedback e reclamação para os usuários, implementação de protocolos de resolução de conflitos, e, em alguns casos, intervenção de mediadores. Além disso, a promoção de um ambiente de trabalho saudável e respeitoso, que valorize o diálogo e o respeito mútuo, é fundamental para prevenir e lidar com conflitos de forma construtiva (Entrevistado 16).

A atuação administrativa intermediadora da ouvidoria com diagnósticos do serviço e proposições ao gestor eventualmente pode alcançar também os conflitos interpessoais porventura inseridos na manifestação. Um dos entrevistados, que não será individualizado para assegurar o sigilo de sua identidade, atua como ouvidor geral do SUS em determinado estado e narrou situação pela qual a ouvidoria geral pode, nessa mediação administrativa, repercutir no tratamento dos conflitos interpessoais:

[Os conflitos interpessoais que chegam à ouvidoria] São recorrentes e a gente tem um trabalho. A gente procura fazer um trabalho bem específico, nesses casos. Então, dentro do sistema de ouvidoria, a gente consegue identificar o profissional, a especialidade e o nome desse profissional. Então, a gente pede para que os ouvidores, de tempo em tempo, de acordo com a gestão deles, levantem quem são os profissionais que recebem maior número de reclamações. Por quê? Porque eles apresentam esse relatório à gestão e a gestão toma uma providência. Então, neste processo, a gente já pegou assédio moral, importunação sexual. Então, assim, é uma forma que cada

serviço tem de observar o que tá acontecendo internamente. Só que em todo lugar acontece o bom e o ruim. Eu não tenho outro profissional na minha região para atender essa especialidade. Ele é ruim, mas é melhor com ele. Isso é péssimo, mas acontece. Então, assim, existem problemas recorrentes? Sim. Como lidar com a ouvidoria? A ouvidoria aponta para o gestor, a providência cabe ao gestor. A gente não tem gerência sobre este processo, mas a gente tem a obrigação e a atribuição, por lei, de informar. É o que eu posso te ajudar. Queria que fosse diferente, eu queria ter uma voz mais forte nestes processos. E o que que a gente faz? Recebi a resposta da unidade, eu não gostei. Eu passo para o [superior naquele setor], “superior, olha isso”, se ele falar: “Eu não posso fazer nada”, a gente passa pro [nível hierárquico acima]. Aí a gente vai subindo as instâncias. [...] para que todos estejam informados do que está acontecendo (Entrevistado).

Patente, pois, que o instituto da mediação administrativa é presente e pertinente ao serviço de ouvidoria. Nada obstante, o presente estudo se debruça à mediação sob concepção diversa, análise que se retoma.

Voltando às vias para tratamento de conflito e fortalecimento de relações, nas entrevistas realizadas, os profissionais de ouvidoria foram questionados se tiveram alguma formação em tratamento de conflitos, ao que, entre os que responderam, a maioria indicou a participação em palestras ou módulo no tema inserido em cursos para ouvidores e alguns responderam negativamente.

Os entrevistados indicaram “Não tive [formação em tratamento de conflitos], mas nós tivemos palestras, nós fazemos oficinas com a rede de ouvidoria, a nossa rede, mas eu mesmo não tenho nenhuma formação” (Entrevistado 12); “Eu fiz cursos, cursinhos bobos” (Entrevistado 21); “Nesse curso de certificação em ouvidoria, na verdade é um curso composto por 8 cursos menores e um deles é de conflitos, são 8 pequenininhos” (Entrevistado 05).

De forma semelhante, “Acho que não tive, em tratamento de conflito não. Nas atualizações, nas capacitações, eu participo, mas assim, [a capacitação] dá explicação do que é SUS, do que é ouvidoria, qual a importância da ouvidoria, não diretamente com uma capacitação” (Entrevistado 24), e acrescenta que “a gente trabalha na vivência”. Ainda, “Em tratamento de conflitos, não, eu procuro ler bastante sobre tratamento de conflitos” (Entrevistado 26)

Outros disseram “realizamos uma formação através da Ouvidoria Geral do SUS do Ministério da Saúde” (Entrevistado 06); “Fiz cursos pela Ouvidoria Geral da União” (Entrevistado 01); “Tive sim [formação em tratamento de conflitos]. Na escola nacional de administração pública, oferece cursos. Como eu falei, a gente exige x, são os mais pertinentes de ouvidoria, aí tem alguns de gestão de conflitos” (Entrevistado 02).

Entrevistado 10 indica que teve formação em tratamento de conflitos inserida no curso feito de formação em ouvidoria, descrevendo “na certificação de ouvidoria, tem a certificação

de tratamento, é resolução de conflitos, certificação de resolução de conflitos aplicados, aplicado ao contexto das ouvidorias”.

Entrevistado 20 informou que no curso de formação em ouvidoria “existe uma matéria que tem resolução de conflitos, existe uma etapazinha lá, que a gente lê e depois, consequentemente, faz a provinha, mas, tem”.

“Sim, faz parte do rol de cursos promovidos pela ouvidoria geral, então, a gente tem alguns cursos que a gente aprende a lidar com isso” (Entrevistado 03) e prossegue descrevendo formação para abordagem mais adequada com público LGBTQIA+ e com pessoas com deficiência, em que cita surdos e cegos.

Entrevistado 04 diz que “especificamente pra atuar aqui na ouvidoria não, mas ao longo da minha trajetória de estudos, acho que essa pauta, ela foi aparecendo” e relata questão de gestão de equipe e gestão participativa presente em seu curso de ensino superior.

Entrevistado 22 menciona formação em tratamento de conflitos que teve quando atuou na assistência em saúde da família, indicando que “formação assim, no papel, não tem nenhuma, foi só aquela coisa de discutir processo de trabalho mesmo” e “eu acredito que eu tenho muito o que aprender, inclusive eu acho que eu nunca tive uma formação específica em mediação de conflito”.

Os dados coletados em entrevistas apontaram que muitos ouvidores não tiveram formação ou capacitação em tratamento de conflitos, ao passo que, entre os que tiveram, a maioria absoluta se deu enquanto palestra pontual ou módulo de noções gerais na questão integrado a cursos relativos à ouvidoria, sendo pontuais aqueles que tiveram formação ampliada e aprofundada na matéria.

Ademais, fica evidente que a concepção do ouvidor sobre tratamento de conflitos é permeada pela visão que detém sobre o conflito propriamente. Ilustrando a questão, oportuna ponderação do entrevistado:

Então tem uma série de questões que diariamente... é uma palavra que a gente não... não verbaliza “conflito”. Mas, se parar para pensar, existe conflito, no teu dia, o teu dia a dia, e sem mencionar a palavra conflito. Desde o lidar com uma determinada pessoa, às vezes hierarquicamente, subordinação, insubordinação. Passa por uma série de questões. E o conteúdo das suas manifestações é um recheio de conflitos. Então aqui a gente tem que, de uma forma metódica até, nós temos que resolver, dar resposta. Então “para que setor vamos encaminhar?”, “qual tratamento vamos dar”. É nesse sentido que meu dia a dia fica permeado. [...]. Então a gente tem que lidar com os diversos temas que aparecem no dia a dia, na rotina. Às vezes pode ser algo totalmente “ah, nunca aconteceu!”, então vamos procurar a resposta para a primeira vez. [...]. Acho que isso acaba, em algumas linhas, acaba passando por conflitos, internos ou pessoais, qualquer ordem. Acho que, nesse sentido, acabo lidando e passando, e a

minha equipe também, por todos esses tipos de conflitos. Além dos usuários de saúde, obviamente (Entrevistado 27)

Pelo fluxo existente na atuação do serviço de ouvidoria do SUS, as demandas e manifestações do usuário do SUS chegam à ouvidoria para que ela identifique a abordagem e o encaminhamento apropriados a cada questão, contexto em que incumbe ao ouvidor a análise do caso e a identificação dos procedimentos e medidas cabíveis de adoção na questão. Dessa forma, o ouvidor ocupa papel definidor da abordagem que manifestações e conflitos receberão, o que permite identificar que caberia a ele o exame acerca do eventual uso da mediação sobre um caso concreto.

Nesse ponto, à luz dos elementos constatados em entrevista, fica reafirmada a necessidade, posta no capítulo terceiro, de que a definição sobre abordagem de uma situação conflituosa pelo ouvidor seja precedida pelo exame da realidade concreta, elementos que a integram e consideração da adequação das diferentes abordagens ao caso, o que exige habilitação e capacitação na questão.

Como exposto, a mediação é um instrumento entre vários possíveis de utilização no âmbito do acesso à justiça e da abordagem de conflitos, razão pela qual sua eventual adoção deve ser precedida da análise de sua efetiva adequação à situação concreta, o que deve levar em conta não apenas os elementos que integram a mediação, mas também o caso concreto, o conflito porventura envolvido e outros meios possíveis de abordagem que possam se revelar mais apropriados. Assim, a formação embasada e efetiva de ouvidores acerca do tratamento de conflitos é questão valiosa ao próprio serviço de ouvidoria em suas atribuições e, especialmente no recorte pesquisado, imprescindível à adequada adoção da mediação.

Norteados pela necessidade de adequação da técnica adotada à natureza da relação ou do conflito abordado, deve-se analisar e avaliar a condição do vínculo e do conflito, elementos e atores que o integram, sujeitos afetados e outros aspectos que possam instruir a identificação do método a ser utilizado e, ainda, eventual adaptação do método às particularidades da situação abordada. Assim, destaca-se a importância da análise continuada durante todo o procedimento de tratamento do vínculo e eventual resolução do conflito, permitindo identificar novas informações ou novas possibilidades de soluções ou de desfecho, além da importância da capacitação que habilite a essas análises.

Outrossim, impositivo reafirmar a necessidade e importância de formação ampla e continuada em mediação para sua adequada e efetiva utilização em qualquer situação. Considerando-se a mediação enquanto método específico orientado por premissas específicas,

não é possível enquadrar o ouvidor como inerente ou automático mediador de conflitos, porquanto, embora ele atue como gerador de canais de diálogo e cooperação passíveis de ensejarem qualificação de vínculos e solução ao conflito objeto da manifestação, intermediando demandas face o setor ou a instituição, sua atuação como mediador propriamente dito demanda qualificação específica.

Dessa forma, ainda que se possa considerar a possibilidade de o ouvidor ser também – ou atuar também – como mediador no caso em que a mediação se fizer adequada, a configuração e correlata atuação do ouvidor como mediador está condicionada à sua efetiva formação e capacitação para utilizar o método em questão. Ainda que o ouvidor possa vir a adotar técnicas integrantes da mediação em sua rotina de trabalho, como a escuta ativa e sessões individuais ou conjuntas com os envolvidos, a adoção da mediação propriamente dita e sua conformação em mediador devem ser precedidas de capacitação específica para tanto.

Impositivo pontuar que, a despeito do papel assinalado do ouvidor para a análise do caso concreto e ponderação sobre cabimento e adequação da mediação, a conclusão positiva na questão importa que o ouvidor ofereça essa abordagem aos envolvidos ou convide-os ao processo de mediação, tendo em vista, como posto no capítulo terceiro, ser processo voluntário que tem por elemento essencial a autonomia dos envolvidos.

Imprescindível, ainda, que se tenha clareza que a mediação não é adequada a todo e qualquer conflito ou a toda e qualquer relação, destacando-se que a falta da valoração prévia e necessária sobre efetiva adequação da mediação a certa situação antes de adotá-la pode agravar conflitos e romper relações em significativa gravidade.

Em consonância com o exposto, entrevistado 23 indicou que sua ouvidoria oferece atendimento presencial e que “realizo atendimentos presenciais nos quais, em alguns casos, é necessário proceder com habilidades de resolução de conflitos para lidar com as demandas”. Acrescentou que “Para uma administração mais eficaz e desenvoltura no atendimento estratégico, é fundamental investir em treinamento técnico-prático”, de modo que a posição do ouvidor “demanda preparo e habilidade específica no gerenciamento de conflitos” (Entrevistado 23).

Entrevistado, que não será identificado, atuante como ouvidor geral do SUS do estado indicou negociações que realizava com ouvidor de determinada Secretaria da Justiça para promoção de um curso em tratamento de conflitos para ouvidores da saúde, ressaltando que eventualmente consegue vagas em número reduzido em algum curso, “Mas não é isso que eu quero, eu quero para a rede [de ouvidorias do SUS], tá? Mesmo que não seja um de formação,

mas que seja de orientação” (Entrevistado). Informa que conseguiram promover curso de sensibilização em outras temáticas, “Mas não conseguimos ainda de mediação em conflito. A gente vai conseguir” (Entrevistado).

Conforme exposto no capítulo terceiro, as normas regulamentares da mediação estabelecem que práticas e métodos de resolução pacífica de conflitos devem ser executados por profissional devidamente capacitado para isso, ao passo que a própria mediação, em razão de suas particularidades, exige capacitação específica para sua utilização adequada e de modo compatível à especificidade da situação em que inserida. Com efeito, a Lei de Mediação impõe, em seu art. 9º, que o mediador extrajudicial seja pessoa “capacitada para fazer mediação”, capacitação que remete à habilitação específica em mediação (Brasil, 2015b).

Necessário reforçar que a mediação em análise não se restringe ao trato de conflitos, mas se dá sobre os vínculos. Sob essa compreensão, a mediação também permite trabalhar as palavras para uma comunicação real e não mero cruzamento de declarações ou até mesmo o uso dos mesmos termos em significados frequentemente incompatíveis e geradores de incompreensão (Guillaume-Hofnung, 2018). No processo da mediação, o terceiro mediador auxilia os envolvidos a perceberem essa realidade e tratem a questão.

Como sumarizado por Guillaume-Hofnung (2018, p. 110), “pode haver mediação sem conflito, por necessidade de diálogo, por humanidade”, razão pela qual se reforça o proveito da mediação para a comunicação e para a melhoria das relações na saúde pública.

A concepção de mediação adotada no presente trabalho não é a única ou absoluta, tratando-se, como exposto no capítulo terceiro, de uma concepção entre outras existentes. A diversidade de conceitos e compreensões sobre a mediação e, ainda, de técnicas ou práticas a ela associadas é verificada entre os ouvidores, como ficou evidenciado nas entrevistas.

Alguns entrevistados pontuaram reconhecer atuar como mediadores de relações e de conflitos e realizar mediações, propriamente ditas, em questões levadas à ouvidoria, conforme relatos que seguem:

[Qual é a presença da mediação na sua atuação cotidiana como ouvidor?]

É constante, inclusive com a equipe de atuação na ouvidoria do SUS. A gente precisa estar o tempo todo mediando as situações, questões profissionais. Questões pessoais também. Tem que mediar, não existe... não tem como dissociar a mediação do trabalho de ouvidoria. Não tem como (Entrevistado 14).

A mediação, ela existe na nossa rotina, que eu acho que cada vez que a gente faz esse “meio de campo”, entre o cidadão e o gestor, nós estamos fazendo uma mediação. Então, não tem como fugir e a mediação é uma... é a nossa função, é a atribuição da ouvidoria. Ela é uma mediação, depois que o cidadão recebe a resposta. [...]. Eu sempre me imagino na metade da linha, de um lado está o gestor, de outro o cidadão,

e eu estou no meio fazendo o “meio de campo” entre eles. Quando eu preciso, recebo o problema do cidadão e eu preciso levar aquele problema pro gestor, naquele momento, eu sou o cidadão. Mas nem sempre a resposta do gestor é aquela que o cidadão quer receber, nem sempre é o sim. E quando eu preciso me reportar ao cidadão e levar a resposta do gestor, naquele momento, eu preciso me portar como Estado, como gestor e explicar para ele as condições, o porquê daquela resposta. Nem toda vez ele vai receber a resposta que ele espera, que ele deseja. E, então, assim, eu acho que isso tem um trabalho de mediação. O jogo de cintura que eu tenho que ter o tempo todo, enquanto ouvidor, enquanto equipe, pra que todos sejam ouvidos (Entrevistado 09).

[Qual a presença da mediação na sua atuação cotidiana como ouvidor?]

É direto. Por mais que você não queira trazer a ouvidoria para esse aspecto, a ouvidoria é sinônimo de problema. Todo mundo diz: “Olha, lá vem o ouvidor, vem o [nome do entrevistado], vem um problema aí”. Então, a mediação de conflito, ela é intrínseca da ouvidoria. Todo dia, eu tô mediando, mediando conflito entre os trabalhadores, mediando conflito entre usuário. Pra você ter ideia, tem um casal brigando lá na [parcela da administração pública à qual se vincula], eles mandaram pra ouvidoria. “Gente, vocês têm que discutir a relação de vocês em casa, não aqui”. Quer dizer, é mediação pura, ouvidoria é mediação pura. Qualquer problema que dá: “Não, vai lá na ouvidoria, que ele resolve”. E isso é diariamente, mediação de conflito. Deveria ser ouvidoria e mediação de conflito. Porque tem tudo a ver. Todo dia (Entrevistado 22).

[Qual é a presença da mediação na sua atuação cotidiana como Ouvidor?]

A gente é mediador na vida da gente mesmo. E eu vou te ser sincero, eu dei uma lida sobre mediação agora, pra poder tá mais... para poder conversar com você. Mas assim, o que eu vi na mediação, na questão do diálogo, de um processo estruturado de diálogo, privilegiando a escuta, tudo isso, eu acho que é realmente o que a gente faz aqui. [...] A mediação é a gente ter o diálogo com a pessoa, ter a escuta ativa, de dar algumas sugestões, se for uma questão que eu vejo que a pessoa tá correndo um risco ali de morte. A gente, até por ética, vai estar orientando a pessoa também. “Olha, senhor...”, “tô sentindo muita dor, não sei o que fazer...”, “olha o senhor tem que procurar..”, então um paciente oncológico tem uma emergência oncológica lá no [unidade de tratamento de câncer], “o senhor como paciente oncológico pode ir lá”, “Pode ligar pro samu, que eles vão lhe mandar pra lá”, ou então o senhor “olha, eu tô sentindo muita dor agora, eu não aguento” então, a gente no pior dos casos, chama mesmo uma ambulância para levar a pessoa para a unidade de saúde (Entrevistado 26).

Olha, a gente entende mediação como a arte de reduzir os conflitos entre duas partes, reduzir a insatisfação, tentar explicar as dificuldades que temos. Porque eu acho que a gente está numa relação desproporcional, sendo Estado com relação ao usuário. Ele é a parte mais frágil. Então, nós temos que deixar claro que, apesar dele tá demorando, por exemplo, a ser chamado pra uma consulta, tem uma fila rigorosamente seguida. Uma fila que considera fatores cronológicos e de risco e que ele vai ser contemplado junto com as pessoas que deram a entrada na solicitação junto com ele. Então, eu acho que mediação empiricamente falando, se eu me lembro bem do conceito, está voltado mesmo, realmente, para reduzir essas insatisfações dos usuários com a administração pública, que são muitas. Como o atendimento é hipossuficiente hoje, o atendimento não consegue alcançar todos. Nem todo mundo que vai a uma UBS [unidade básica de saúde] consegue alcançar o objetivo. Nem todo mundo que vai ao hospital consegue o atendimento, mesmo que seja de emergência, porque se você tem uma atenção primária deficiente, você sobrecarrega o atendimento especializado de emergência. E aí chega no hospital, a pessoa “não, mas você deveria ser tratado na Unidade Básica de Saúde”. “Mas na unidade me mandaram pra cá porque lá não tinha atendimento”. Então, é tentar explicar pro cidadão esses problemas. E é isso. Com relação à mediação é o que a gente entende. Pelo que eu me lembro que é o contexto (Entrevistado 03).

A gente faz aqui a mediação, a gente já fez algumas vezes. Inclusive com uma servidora e a diretora dela. A gente... sentamos todos nós, buscamos soluções pra aquela servidora e deu certo. A gente costuma fazer assim a mediação aqui na ouvidoria. A gente coloca as partes, e a gente... e a direção dá as soluções e a gente vê o que é melhor pra servidora e o que é melhor pra direção. Aqui na nossa salinha mesmo (Entrevistado 05).

[Você conhece a mediação?]

Sim, fazendo as tratativas de interesse de cada um, verificando cada um, as situações de cada um e tentar resolver, e tentar mediar mesmo, resolver, informar. Então, pegar o foco principal e tentar esmiuçar cada situação, o porquê isso está acontecendo e explicar que, às vezes, a verdade daquela pessoa que está indo falar alguma situação, denunciar alguma situação, não é a verdade e mediar junto aos gestores um processo de compra de material que não está acontecendo, de equipamento quebrado que tá acontecendo, que ele não tá sabendo, de um profissional que não foi trabalhar, de um assédio, de uma pessoa mais complicada no serviço. Então, a gente tenta saber... porque uma pessoa falando, a gente já fica assim... [faz sinal de desconfiança]. 2, 3, 4, 5, 10 falando daquele profissional, alguma coisa tem, entendeu? E a gente tenta chamar todo mundo para mediar, para saber o que está acontecendo. Então, a gente trabalha assim aqui. E os meus [funcionários da ouvidoria], eles estão na mesma, na mesma linha de pensamento (Entrevistado 24).

[Você identifica a presença da mediação na sua atuação cotidiana como ouvidor?]

Olha, eu identifico no sentido de que a gente sendo um canal de comunicação. E fazendo essa questão de análise, se foi uma resposta completa ou não completa, se foi um tratamento adequado ou não. Eu acho que nesse sentido, eu identifico a mediação, porque a gente não faz simplesmente só uma comunicação, a gente não pega a demanda e simplesmente manda e aí o que vier, veio e pronto tá bom. Então, a gente consegue entender a demanda, mandar pro lugar, tentar entender, ver se nós primeiramente conseguimos entender e se aquilo é realmente o que a pessoa tava querendo. Mas, por exemplo, em relação a conflitos, eu acho que a gente atua muito no sentido também de mediar no sentido de saber que tem o que é possível resolver de outra forma e aí a gente também dá esse espaço pra pessoa. E o que é possível resolver a partir de outras atividades, de uma intervenção da ouvidoria. Então, por exemplo, já teve casos de denúncia de cobrança indevida, que é algo que acontecia num lugar específico, e aí a pessoa já tinha procurado todos os órgãos responsáveis e não tinha conseguido resolver. Aí a gente pegou aqui, pegou a auditoria, a auditoria abriu um processo e foi ressarcida a pessoa, então, a partir de uma mediação da ouvidoria. Então, acho que no dia a dia a gente faz, é que são vários nuances, de mediação, eu acho e aí a gente vai trabalhando com cada uma, mas eu acho que assim, em alguns casos, a gente consegue fazer o papel em uns [casos] mais mediador e em outros menos, em outros a gente vai passar exatamente o que foi passado pra gente porque sabe que não tem muito outra coisa que pode ser feita. Então, por exemplo, um medicamento tá em falta e isso às vezes gera um conflito porque a pessoa chega lá, daí o profissional disse: “Não, tá em falta”, a pessoa ficou irritada, discutiu com o profissional, o profissional diz: “Não vou mais atender você tá... foi mal-educada, não sei o que”. Então, a gente faz essa mediação de saber o que é uma questão de falta de medicamento e o quê que é uma questão de conflito entre os dois ali, porque tem que ser resolvido. Então, a gente vai comunicar o órgão responsável, pra que o órgão responsável diga “foi conversado, a pessoa pode voltar que vai ser atendida, não precisa se preocupar”, entendeu? Se não conseguir dessa forma, pode ser atendido dia tal, vai continuar normal o atendimento, é isso que precisa ser feito. Então, não restringir o atendimento da pessoa por causa de um conflito interpessoal. Eu acho que nesse sentido sim, a gente faz mediação no dia a dia. Mais... por exemplo, no sentido de dar uma informação de algo específico, que talvez “ah tamo vendo aqui que esse medicamento agora tá muito em falta, o que vai ser feito?”. Às vezes é tanta demanda sobre a mesma coisa e que não tem muito o que ser feito porque depende do processo de administração, que vai continuar aquele problema ali. Então, é algo de comunicação. E às vezes essas demandas, elas se sobrepõem, são muito... em quantidade muito grandes e aí acaba que no dia a dia, como ouvidor, a gente tenta

sempre estar atento pra quando a gente pegar um caso que não é isso. A gente tá atento pra saber o que dá pra ser feito e que não é só um caso de falta [se referindo a não ser falta global de medicamento, mas uma falta específica àquele usuário que pode ser resolvido pela ouvidoria] (Entrevistado 04).

A mediação é um processo em que nós como ouvidores, chamado de mediador, ajuda as partes envolvidas em um conflito a chegarem a um acordo mutuamente aceitável. O mediador facilita a comunicação entre as partes, ajuda a identificar interesses buscando soluções que atendam às necessidades dos usuários (Entrevistado 16).

[Você conhece a mediação?]

A mediação é aquilo que a gente faz no dia a dia, para mim, é um dos processos da mediação, é aquilo que eu faço no dia a dia. Eu tenho que a mediação se dá através do meu processo de trabalho. Eu, como ouvidor, que tenho as inúmeras manifestações que chegam, a mediação se dá no processo de encaminhamento, solução e o retorno adequado. Então, para mim, isso é um processo de mediação, eu estou aqui com mediador de execução de processo de trabalho que leva a resultados eficientes para o atendimento à população. Eu entendo assim, dessa forma, não sei se é correto, mas é a forma que eu entendo

[Qual é a presença da mediação na sua atuação cotidiana como ouvidor?]

A gente respondeu também, mas a gente pode ser mais preciso. É todo dia. Todo dia, toda hora eu executo, exercito o processo de mediação, é o meu papel como ouvidor. Já faz parte da minha atribuição como ouvidor. Mediar ou até na solução de conflitos ou de solução de processos de trabalho. [...] todo o meu processo de trabalho, ser mediador, mediador de postura, de execução, de atividade, de serviço. Seja de mediador de conflitos e de processo de trabalho. Então, a todo o momento, eu estou dentro dessa prerrogativa de mediar o processo de trabalho, aquilo que gera qualidade do serviço prestado à população e garantia de direito à população. Então, é todo um processo, dentro de todo o meu processo de trabalho eu tenho que atuar no processo de mediação (Entrevistado 07).

Mediar conflitos internos de ordem técnica, operacional ou jurídica. No dia a dia, até nas relações interpessoais e equipe, tem muito conflito, às vezes acha que não, mas tem. Então, eu acho que ela [mediação] está mais baseada na minha experiência em lidar com as questões em si, não com uma técnica propriamente dita. Justamente porque, como eu te falei essa questão de algum treinamento específico de atuação, eu realmente nunca tive.

[Qual é a presença da mediação na sua atuação cotidiano como ouvidor?]

Justamente. É das coisas mais simples às mais complexas. Com a equipe diariamente, com uma dúvida “para onde vamos encaminhar?”, “para onde não vamos”, “como vamos dar tratamento a essa manifestação”. Aí a gente senta, discute. [...]. Antes da nossa entrevista, estava conversando com meu supervisor aqui... “olha só, tive que encaminhar primeiro pra essa área; vamos ter resposta, para depois ver se encaminhamos uma segunda instância”. [...]. Então, é aquela questão, [...] ver como é que vai vir a resposta, como é que nós vamos tratar internamente, inúmeras ordens, às vezes é técnico, é jurídico, é pessoal. A gente tem que analisar o que a lei fala; conflita, não conflita. [...]. A gente recebe, colhe essa manifestação, mas o órgão tem que criar uma objetividade na condução dessa resposta. Então é mobilizar as áreas para que a gente tenha a melhor resposta possível no tempo adequado, que até a legislação exige; que é uma preocupação minha, que a gente tem que estar correndo atrás sempre, contra o tempo (Entrevistado 27).

Entrevistado 20, respondendo se conhece mediação, disse que “Sim, muitas vezes a gente trabalha mais com a mediação do que com a manifestação em si. Porque às vezes são... às vezes é coisa que a gente resolve muito rápido. E quando resolve muito rápido, apenas com um telefonema, é a mediação e a gente faz”. Perguntado sobre a presença da mediação em sua

atuação cotidiana, respondeu “por exemplo, nós temos um WhatsApp, um telefone público que as pessoas mandam todos os tipos de dúvida e todos os tipos de solicitação. Então, às vezes é só uma questão de ‘Ah, eu não fui atendido hoje, mas que dia que eu posso ser atendido?’, aí a gente resolve ali mesmo”, sem precisar gerar um protocolo de documento (Entrevistado 20).

No mesmo sentido, entrevistado 23 afirmou que a presença da mediação em sua atuação cotidiana se dá de modo constante, enfatizando que “a mediação é uma prática contínua no dia a dia de um ouvidor” e que “A natureza da mediação deve estar alinhada com as atribuições previstas em uma ouvidoria”.

Entrevistado 12 explicou a mediação que entende aplicarem internamente à própria equipe de funcionários atuantes na ouvidoria:

Está [a mediação está presente na atuação cotidiana como ouvidor] porque a gente sempre tem esse cuidado. A gente percebe quando... Aqui mesmo na ouvidoria com as pessoas que trabalham aqui. A gente percebe como uma [pessoa] está e aí a gente conversa pra vê, pra tentar que aquilo não se agrave. A gente percebe que uma pessoa tá assim “Ai hoje eu não gostei da fulana de tal, ela me tratou assim”, então, a gente vai, conversa e vê o que foi que aconteceu com a outra pessoa também e diz “Olhe, se coloque no lugar dela, ela hoje veio assim porque tem TPM”. [...] então a gente tem que fazer... aí vai, leva uma brincadeira, faz uma coisa e a gente vai tentando mediar dessa forma e tem surtido efeito. Às vezes, a gente vê que tá assim já pra acontecer alguma coisa. Então, a gente chama, conversa, conversa com um, conversa com o outro lado e aí vai... nós fazemos também reuniões. [...] Então, se nós não vamos ser amigos, vamos pelo menos ser colegas e respeitar o colega um dia que ele tá meio... veio meio ríspido. Então a gente dispensa muita coisa [...] pra evitar conflitos maiores. A gente vai mediando dessa forma, pelo menos tentando (Entrevistado 12).

Outros entrevistados sinalizaram que, embora atuem como mediadores em certa concepção, não procedem à mediação considerada enquanto procedimento formal e estruturado de tratamento de conflitos:

Nós temos processo de trabalho, nós temos fluxo correto, fluxo definido teoricamente, a gente tem teoria e tem método de trabalho típico que não equivale a nada disso. Não se equivale com a mediação, no sentido clássico do direito. No sentido da justiça, não é mediação da justiça, não é a mediação comercial, não é a mediação de conflito de trânsito, de conflito de terra, de conflito familiar, de conflitos. Não é essa mediação. A nossa garantia é do acesso a um serviço protocolar feito pelo gestor. Então o gestor faz a rede, o gestor faz o caminho. Então o meu trabalho, a contribuição que eu tenho hoje é isto, é trazer a ouvidoria para o lugar (Entrevistado 17).

A gente tenta mediar uma coisa se... Porque eu acho que o ouvidor, ele... por tanta, pela experiência que tem de atender tanto as pessoas, a gente é meio que psicólogo também. Então, a gente tenta mediar, que o conflito não aumente. Tenta conversar com um lado, conversar com o outro. Mas assim a gente não tem, nós ainda não estamos trabalhando na mediação mesmo do conflito porque... é uma competência da ouvidoria, mas a gente ainda não está oficialmente trabalhando isso (Entrevistado 12).

Não... de forma de forma empírica, sim, empírica, sim, porque a gente acaba tendo que lidar com isso, nos casos mais complexos. Mas sem... com a qualificação, você interpreta e lê com mais clareza as situações possíveis, de manipulação, de acuação, às vezes alguém pode estar acuado e, com a qualificação, é muito mais eficaz esse resultado.

[Perguntado sobre o que quer dizer com lidar de forma empírica com a mediação]

Na prática, na prática. Casos graves de possíveis manifestações aqui do grupo de assédio, esse grupo mais delicado, no sentido da pessoa se sentir prejudicada. Então, a gente acaba ajudando na mediação. Porque nem tudo, como eu falei, nem tudo um está certo, nem tudo o outro está certo. Tem hora que os 2 estão errados até... os 2 lados que eu quero dizer. Então, a gente acaba ajudando a mediar e todo mundo, se for um caso de assédio, tem que trabalhar. Às vezes, o chefe não quer liberar o servidor do setor. Então, tudo a gente tem que buscar uma mediação prática, bom para a produtividade, para a qualidade de vida no trabalho e também a gente buscar resultado, senão a pessoa vem trabalhar e não produz nada. Ou o chefe espreme e a pessoa sai doente. Então, a gente acaba intermediando na mediação, sim, nos casos mais específicos que são mais difíceis (Entrevistado 02).

[Quando recebe manifestação concernente a conflito envolvendo o profissional de saúde] A gente chama o responsável do núcleo [de atenção à saúde do trabalhador], que é a parte da saúde do trabalhador, pra fazer essa escuta junto comigo como ouvitor. E aí, a partir desse momento, eles fazem essa... eles já pegam à frente o trabalho. Até porque, como eu falei, nós somos apenas um canal de intermediação e até pra gente não tentar se envolver pra não parecer que a ouvidoria está tomando partido de um lado ou do outro, que o papel nosso também não é esse. [...]

[Você conhece a mediação?]

Assim, eu nunca cheguei a fazer uma mediação com o servidor, entre servidor e denunciado. Denunciante, denunciado, se for o caso. Porque a gente não precisou passar por isso. Que nem eu te falei, a gente manda... quem faz as oitivas, quem faz essa tratativa é a própria corregedoria. O que a gente faz, foi a escuta, dependendo do contexto, mesmo que for assédio, quando se tratar de demandas que vêm, que procura a gente, que é demandas presenciais que é assédio, a gente entra em contato com o núcleo de saúde do trabalhador, o diretor vem e faz a escuta junto comigo, mas só esse lado. [Mencionando especificidade do setor de corregedoria da localidade], é mais fácil encaminhar, que o processo é mais rápido para eles poderem estar tomando as medidas.

[Qual é a presença da mediação na sua atuação cotidiana como ouvitor?]

A gente não... eu não tenho. Então, não posso te falar. Assim, não, não tenho. Então, não tem como eu te falar assim um algo vivenciado em relação a isso (Entrevistado 10).

Mas a mediação que a gente faz aqui é muito nesse âmbito, a gente não faz aquela mediação, as duas pessoas aqui, o conflito ali no meio. Não é bem essa mediação que a ouvidoria faz. Quando a gente coloca mediação aqui, é essa mediação que a gente já faz, a partir da demanda que a gente recebe, que a gente tem que comunicar a gestão e tentar ali buscar essa resposta da gestão, uma resposta mais cordial, no sentido de lidar ou de gerir esse conflito, que está acontecendo. Porque às vezes a resposta vem também de forma agressiva e na defensiva. E a gente percebe que dessa forma você não diminui o conflito e nem extingue aquele conflito. Então a gente tem essa capacidade de fazer essa leitura e dizer: “Essa aqui não tá legal não, essa aqui volta” porque não é por aí. Então, não pode ser levado por uma questão pessoal. A gente tem que agir com parcialidade e tentar compreender esse impacto ali para a situação do cidadão que está buscando o serviço e teve todo aquele problema. Então, o conhecimento que eu tenho de mediação é muito nesse sentido, mais esse trabalho de ouvidoria. Mas essa mediação, mais direta, pessoal, assim, realmente... eu não lido com ela. Nunca, nunca precisei. [...]. A gente está fazendo mediação o tempo todo. A partir do momento que a gente está ali, ouvindo o cidadão, pegando a demanda dele e levando para a gestão. A gente tá fazendo essa mediação muito nesse sentido, tentando fazer essa interlocução, tentando ajudar o cidadão a resolver a sua demanda ali, os seus conflitos (Entrevistado 18).

A mediação que nós fazemos hoje aqui é aquela do processo de trabalho automático. Porque a gente tenta mediar não necessariamente um conflito, mas mediar o acesso do usuário ou serviço do SUS que tá com problema. A gente tenta mediar o acesso dele com a regulação. Aqui na [unidade onde atua], nem todos os usuários podem subir para falar com algum [setor administrativo]. Aqui existe esse impedimento para o usuário chegar na área do protocolo e dizer assim: “Eu quero ir lá na assistência farmacêutica”, ele não pode ir. Aí direciona aqui para a ouvidoria. E aí eu vou, escuto o que ele quer, aí eu vou lá para o departamento mediar para ele alguma situação, entendeu? “Ah, eu preciso ir lá na central de leito”, não pode ir, então ele vem através da ouvidoria, aí a gente escuta o que ele precisa e a gente mesmo vai em acesso à regulação da saúde. Então, essa mediação a gente já faz de forma automática, que não seria um conflito entre pessoas, mas um conflito entre ele e o direito dele. O nosso conflito que a gente trabalha automaticamente talvez seja esse, esse acesso que ele não tem o acesso garantido de uma forma, tempo oportuno, porque o direito dele, ele garante, mas não é naquele momento, ele precisa que seja naquele momento. Então, talvez o direito do tempo oportuno é o maior problema do SUS, que ele precisa do direito dele, ele precisa, mas é naquele momento, nem sempre é garantido (Entrevistado 08).

Entrevistado, que não será individualizado para assegurar a impossibilidade de sua identificação, que figura como ouvidor geral da SES do estado em que atua, relatou sobre a prática da mediação:

É o que a gente tem feito aqui na prática. Sempre trata com um, depois com outro, porque senão às vezes acirra. Às vezes, não, não evolui. E aí, quando há esses casos, a gente chama outras pessoas do segmento de ouvidoria pra auxiliar, a Ouvidoria Geral do Estado, para que a gente consiga ter uma eficácia, porque isso aí não é uma coisa que você vai tenta, depois tenta, depois tenta. Tem que ser certo, né? Não é uma coisa que você fica ali amadurecendo. E aí a gente já vai com a equipe específica, mais qualificada, mais treinada para cada caso, conforme a situação que a gente chamou o especialista, se é de um segmento, a gente chama um, se é de outro segmento, chama outro, se é... e aí, a gente já vai pontualmente e nunca chegou a fazer acareação não, porque acareação é com as duas partes. E tem dado um resultado até onde a gente interpreta, satisfatório, no sentido de sanar. [...].

A mediação não tem sido constante não, tem sido esporádica. No sentido de que mediação, a gente só lida com casos mais graves e específicos, e o resto é rotina, não seria mediação. Então, a gente tem a avaliação que a mediação não é constante, que ela é esporádica, e quando necessário, a gente só ergue a mão e aparece quantos a gente precisa. Se a gente ergue a mão para 5, vem 5. Então, a gente tem tido, de forma satisfatória, amparo e auxílio dos pares aqui para a resolução de conflito, porque a gente também não pode expor, não é? Não pode falar assim, pô, abrir no Jornal Nacional, “quem pode me ajudar para resolver esse caso”. Não é assim. Então, a gente fala com um, com outro, com, e a gente tem sido, tem tido eficácia nas situações (Entrevistado).

Lado outro, alguns entrevistados afirmaram que a mediação está ausente ou pouco presente na atuação cotidiana do ouvidor:

Eu acho que institucionalmente as ouvidorias, mas aí é uma defesa, pessoal. Eu acho que, institucionalmente, as ouvidorias, especialmente as ouvidorias públicas, que lidam com esse acesso e viabilidade de diretos, eu acho que elas não fazem mediação. Minha opinião. A ouvidoria é aquele espaço em que as pessoas acessam para registrar

suas manifestações. A ouvidoria vai fazer sim um acolhimento e vai fazer a mediação. Mas a mediação do acesso. A mediação do acesso a esse direito, mas não a mediação do conflito. No meu parco entendimento sobre o tema, não sou estudioso, tá? Mas eu vejo muito a mediação do conflito com essa figura, que vai fazer literalmente a mediação, vai botar as partes pra chegarem ali num consenso, digamos assim, e eu não vejo que a nossa atuação caminhe para isso. Inclusive a gente não faz [na localidade do entrevistado], não faz esse tipo de mediação. “Ah senta aqui, fulano. Vou chamar a cicrana pra gente poder aqui debater e chegar num denominador comum. Vou te ouvir, e vou te ouvir também”. Não. A ouvidoria ouviu o cidadão, vai encaminhar a manifestação. Essa outra parte, digamos assim, ela vai ser ouvida pelo gestor, não pelo ouvidor, e é esse gestor que vai efetivamente responder essa manifestação pra ouvidoria. A ouvidoria vai reportar a resposta ao cidadão. A ouvidoria não vai fazer um juízo de valor, até fazemos. Exemplo, a gente recebe a resposta da área, você faz aquela leitura ali, “pô, não respondeu bem, faltou”, aí a gente devolve a demanda, antes até de chegar ao cidadão. Mas a gente não vai fazer aquela análise de *per se*, de como aquele gestor chegou naquela resposta, digamos assim, que isso é responsabilidade da gestão, não é da ouvidoria. Então, quando você traz pra mim esse conteúdo do conflito, que você perguntou. Bem resumidamente, existe conflito entre o cidadão e o profissional de saúde? Eu disse: “Existe”. A ouvidoria recebe esses conflitos no seu cotidiano? Eu disse a você o quê? “Recebe”. Você fez algumas perguntas, o quê que você acha que poderia ser feito para melhorar essa questão, eu até respondi, mas dentro do meu limite enquanto ouvidor. Que ação em si, eu entendo que a ouvidoria não faça, mas isso é um posicionamento meu. [...]. Respeitando as outras visões que devam existir contrárias, que eu sei que existem. [...]. Vou chamar aí de correntes de pensamento, eu sou de uma outra corrente. Isso, volto a dizer e sendo enfático, falando de ouvidorias de dentro de uma atuação de serviço público. [...]

Acho que a ouvidoria, ela faz a mediação do acesso ao direito e não a mediação em si de conflitos (Entrevistado 19).

Eu acho que a gente precisa avançar na questão da mediação, porque eu acho que a gente hoje tem essa preocupação de resolver o problema do usuário, na grande maioria das vezes, mas não existe um trabalho assim maciço com relação à mediação de conflitos entre essas duas partes de forma mais abrangente, envolvendo grupos de pessoas. Eu não vejo isso sendo feito nas Unidades Básicas de Saúde e isso, inclusive, tem relação, lógico, com a escassez de mão de obra no âmbito das ouvidorias [no estado em que o entrevistado reside]. Tem ouvidoria hospitalar hoje que recebe mais demandas que uma Secretaria de Estado, do [estado do entrevistado] e que tem só o ouvidor, não tem equipe. Inclusive, quando ele [ouvidor] sai de férias ou ele se afasta, por qualquer outro motivo, ele passa a chave na porta e o serviço de ouvidoria é praticamente suspenso, não é suspenso de todo, porque [a ouvidoria central da rede estadual em que se insere] tenta fazer a gestão, mas que é muito difícil. É bem diferente do ouvidor que tá dentro do hospital, conhece os problemas, mas é mais um desafio que a gente tem (Entrevistado 03).

Eu lembrei aqui de uma de uma situação [referindo-se ao questionamento sobre a presença da mediação em seu cotidiano], mas eu não, talvez, não sei, se seria assim. Nós recebemos uma denúncia, umas denúncias recorrentes e o setor responsável pediu pra gente ir até o local averiguar. Ouvidoria, o técnico do local e um técnico dos recursos humanos, que falava sobre escala médica, não era médica, escala de enfermagem. E nós conversamos com o diretor do hospital junto com a pessoa que estava sendo reclamada, mas isso aí não foi uma mediação, né? Porque não... a gente não confrontou, não fez... a gente só mais orientou. Então, não entra como parte, não seria uma parte de conflito, né? Não... Seria [mediação] de outra coisa (Entrevistado 10).

De forma semelhante, foi relatado que “quase nunca precisamos fazer mediação” (Entrevistado 01) e que “A gente não trata esse assunto, a gente não media” (Entrevistado 25).

Entrevistado 25, na questão, reafirmou o encaminhamento de conflitos de funcionários aos setores competentes “que são responsáveis por mediação de conflitos” e ressaltou que “quando é uma situação que não configura isso e que a gente consegue responder e orientar o manifestante, a gente orienta, porque às vezes a pessoa acha que foi um conflito, mas foi uma resposta que ela não queria ouvir” (Entrevistado 25).

Entrevistado 13 disse que “Eu diretamente, não, não tenho essa necessidade. Minha mediação interna, talvez da equipe, pode ser que eu precisasse fazer alguma mediação. Mas acho que diretamente, eu não tenho não”, e acrescenta que “faço um pouquinho mais em relação a essa rede de ouvidoria”, mencionando troca de sistema e atualização de processos de trabalho.

Entrevistado 17 foi enfático em sinalizar que entende impossível e incompatível na ouvidoria a adoção da mediação sob a concepção adotada no Poder Judiciário, sinalizando que a ouvidoria exige uma compreensão distinta da mediação de conflitos:

Desde que você me solicitou essa entrevista que eu venho tentando refletir sobre o que a mediação faz na ouvidoria, o que da nossa ação comporta o conceito de mediação. E eu, sinceramente... se comportar, tem que ser um re-conceito, esse conceito precisa ser novo na ouvidoria do SUS, porque nada é compatível com o SUS. [Faz comentários sobre a distinção e particularidade da saúde com as demais ouvidorias.] Se for para chamar de mediação o que a ouvidoria faz tinha que ter outro conceito. Não há um conflito entre o direito, o Estado e o cidadão. Não tem esse conflito. O Estado, nas três esferas de governo, reconhece esse direito. Não tem conflito. Eu não tenho que “oh Estado, você não quer dar isso? Dá um tanto! Dá depois!”. Não tem isso. Quando você precisa de uma cirurgia, você não media nada, você precisa é dessa cirurgia. Eu não posso trocar uma cirurgia do rim por uma do coração, eu não posso rebaixar, ampliar, diminuir ou acrescentar direito no quesito, no item de saúde solicitado da ouvidoria. Eu tenho só que ensinar para o cidadão o caminho que ele não foi ensinado em algum lugar, em algum momento ele perdeu o caminho. Mas o direito que tem é o que eu tenho que garantir, eu tenho que garantir o direito que ele tem. Tem ouvidorias que falam “eu não sou resolvidoria”, então não é ouvidoria, então tem que sair da ouvidoria. Ouvidoria resolve problema para o cidadão que, sozinho, não conseguiu chegar onde ele precisa chegar. Quando a gente coloca mediação, eu estou levando ao meio o pedido e a negação do pedido. Mediação eu vou dar um meio, não é nem o que o cidadão pediu e nem o que o gestor está querendo dar, para ficar bem, principalmente com o gestor – porque o cidadão não vai aceitar isso, ele pode ser imposto a caminhar nessa direção. Mas ele não vai aceitar trocar uma cirurgia por outra, trocar um exame por outro, um exame que é de urgência não ser feito hoje. Então, não tem a mediação no sentido clássico que a Justiça usa, o conceito clássico de mediação não se coaduna com o que a ouvidoria faz. Muita gente chama de mediação – eu entendo que as pessoas não sabem nem o conceito e nem o que é que faz. [...]. Onde uma ouvidoria funciona, você não precisa da Justiça. Qual é um conflito que a gente tem hoje muito grande com o conceito de direito sanitário? [Narra material que criou na questão para atores do Judiciário]. Em alguns casos é preciso da Justiça para você acessar o direito. Eu não divorcio sozinho, eu preciso da Justiça para fazer o caminho do meu divórcio. Mas a saúde não precisa da Justiça para ter acesso ao serviço. O direito sanitário existe para lembrar o cidadão sobre o direito dele de acesso à saúde. [Reafirma o caráter da saúde de prestações insubstituíveis e inegociáveis.] Não tem mediação aí. [...]. O direito sanitário está ao lado do cidadão, letrando o cidadão sobre os seus direitos. [Critica a judicialização da saúde, a prestação judicial de medicamentos não aprovados na ANVISA e de medicamentos equivocados para o tratamento de fato pertinente ao quadro do requerente.] A

mediação precisa ser reconceituada para a ouvidoria do SUS, ela precisa ser muito específica para chamar de mediação, porque a tradicional, teoricamente, no método e na aplicação, não se coaduna com o processo de trabalho da ouvidoria (Entrevistado 17).

Observa-se que a resposta do ouvidor sobre a presença da mediação no serviço é influenciada pela concepção que ele tem sobre a mediação, notadamente considerando a formalidade que porventura atribua ao instrumento e a abordagem que entende corresponder a uma mediação. Ademais, ressaltamos que a visão dos ouvidores sobre mediação é variada, havendo aqueles que a consideram como intermediação de sujeitos, de setores e de interesses, outros que adotam concepções mais estruturadas e concernentes a técnicas específicas e formais e ainda outros que vinculam a mediação ao instrumento aplicado em conflitos entre sujeitos, descaracterizando outras atuações como mediação.

Portanto, a presença da mediação identificada pelos entrevistados é muito distinta entre os serviços de ouvidoria, distinguindo-se também quanto à abordagem ou modelo de mediação entre aqueles onde se faz presente segundo declarado em entrevista. Ilustrando essa realidade, oportuna a ponderação de entrevistado atuante como ouvidor geral do SUS no estado respectivo, não individualizado para preservar o sigilo, ao responder sobre a presença da mediação na sua atuação cotidiana como ouvidor:

Eu acho que aqui... o meu papel aqui, a mediação é mais indireta. Ela é mais abrangente, ela envolve de forma mais global as políticas públicas, então, a gente atua aqui junto com os gestores do nível estratégico, tentando alertá-los a respeito de eventuais problemas na política pública. Mas eu acho que o ouvidor efetivamente, que presta o atendimento, ele tem uma abordagem diferenciada, né? E eu acho que o foco dessa mediação é principalmente a informação. A gente é muito ruim aqui na Secretaria de Saúde em informar adequadamente os fluxos, informações sobre pessoas, familiares que estão dentro dos hospitais, fluxos, por quê que as coisas não estão acontecendo. Então, não acho que o ouvidor dá conta. Ele tem uma abordagem dentro do que eu entendo, como mediação, diferente da abordagem que eu tenho aqui enquanto mediação. São abordagens totalmente diferentes, mas que são feitos no nosso cotidiano (Entrevistado).

Observa-se dos relatos dos entrevistados que a percepção de cada um sobre a mediação é influenciada pelo conhecimento que detém dela, destacando-se que a maioria conhece mediação em seu sentido denotativo de estar no meio ou ser intermediário entre duas ou mais partes ou ser interlocutor de um indivíduo ou grupo, ao passo que diversos associam o instrumento à visão de sua utilização em âmbito judicial como processo de intermediação de conflitos e de um formato de mediação “em mesa” para diálogo entre duas partes.

Essa conjuntura evidencia a necessidade de que haja sistematização da mediação ao contexto da ouvidoria do SUS para orientar sua eventual aplicação no referido serviço,

notadamente considerando que a legislação prescreve o uso da mediação sem especificar a abordagem, o método ou a metodologia pertinente à mediação a ser adotada nesse âmbito. Com efeito, ainda que haja autonomia em vários aspectos ao ouvidor para identificar abordagem mais adequada a cada caso dentro de suas atribuições e segundo os procedimentos disponíveis, o uso da mediação enquanto processo específico dotado de estrutura e abordagem também específicas exige definição mínima e sistematizada sobre mediação a ser porventura aplicada pelo ouvidor.

Outrossim, o exame necessário sobre a adequação da mediação a certo caso e em determinado serviço impõe que a legislação federal seja interpretada e aplicada mediante a adoção da citada avaliação de adequação. Embora o ordenamento jurídico disponha que a ouvidoria deve promover e realizar a mediação do usuário com o órgão ou unidade administrativa, sua aplicação, para ser efetiva e profícua, deve ser precedida da análise de sua adequação à situação concreta.

Caso narrado pelo entrevistado 21 corrobora a lesividade da aplicação indistinta e inadvertida da mediação movida pelo intento de mera observância formal da previsão legal abstrata:

Vou te contar uma outra história para ilustrar isso. Teve uma organização social de saúde que tinha um gestor e um ouvidor e eles estavam em conflito, os dois. E o ouvidor [da organização], ele é uma pessoa muito boa e muito competente, super dedicado. Só que o gestor tinha chegado, novo. Por quê? Porque ele [ouvidor] tinha feito um relatório e, por algum motivo, foi incompatível com o relatório da gestão na unidade. E o que aconteceu? Perdeu dinheiro, x mil. x mil pra uma unidade é muito dinheiro. A [respectiva ouvidoria geral do SUS da localidade] negociou, reverteu, ok, não perdeu o dinheiro. Aí o quê que o gestor falou: “Eu vou demitir ele [ouvidor da organização]”. [A ouvidoria geral do SUS da localidade]: “De jeito nenhum. E se você demitir, tudo o que ele aprendeu não vai ser útil nem para ele e nem para vocês”. E [a ouvidoria geral do SUS da localidade] conversou com o gestor, um bom gestor, ele entendeu, ele [gestor] permaneceu com ele [ouvidor]. Só que ele [gestor] saiu um tempo depois e entrou um outro gestor que falou: “Eu vou demitir esse ouvidor”. E aí ele ficou no pé dele. E ele [gestor] leu toda a legislação de ouvidoria porque ele falou, “eu vou pegar ele [ouvidor]” e ele [ouvidor] era bom, ele é bom, ele continua, porque quem saiu foi [o gestor], tá? [...]. E, quando ele [gestor] leu a legislação, ele viu a questão da lei 13.460, que é a lei federal, que fala de mediação. Quê que ele fez? Falou, então, “Ó, tô com a lei aqui, federal, não estou nem com a do estado, estou com a federal. E a federal fala que você tem que fazer mediação”. Quê que ele fez? Entra na sala, está lá o médico que recebeu a reclamação e o cidadão que fez. “Conversa, resolve”. Óbvio que deu o maior bate boca, é óbvio que o médico saiu bravo demais, que o paciente bravo demais, e que não resolveu nada. O quê que ele [gestor] falou? “Vou te demitir porque você [ouvidor] não resolveu o que você precisava resolver”. Aí ele [ouvidor] contactou a ouvidoria geral do SUS da localidade. [...] Ele [gestor] foi demitido. Então, assim, não dá. [Descreve outro caso específico relacionado ao órgão que integra.] [...] Então, assim, não pode fazer coisa errada. Não pode, não pode. Porque se você pega um gestor, como esses 2, que foram 2 gestores que sabem fazer a gestão, que entendem de SUS, que entendem de legislação e que reconhecem a ouvidoria, a pessoa perde. Então, em duas situações que a conversa foi difícil e que a mediação não coube, não coube. Mas, por lei, ela podia acontecer (Entrevistado 21).

Ademais, como oportunamente destacado pelo entrevistado, para a efetiva adoção da mediação por um serviço de ouvidoria, é essencial que o ouvidor tenha capacitação específica para isso. Trata-se de procedimento próprio com técnicas próprias cuja aplicação adequada e boa condução exigem a formação específica na questão.

Voltando aos relatos dos entrevistados sobre conhecerem e utilizarem mediação, mesmo aqueles que pontuaram ter participado de palestra ou evento que tratou da temática indicaram não deter conhecimento efetivo ou aprofundado da mediação para afirmar sua presença técnica no serviço de ouvidoria ou mesmo para proceder a seu uso.

Nesse sentido, entrevistado 21 pontuou que só teve conhecimento de mediação por cursos à distância generalistas feitos na temática da mediação e pontuou “Às vezes muita palestra a gente ouve, mas não, não posso dizer que... não domino de jeito nenhum. Isso posso dizer” (Entrevistado 21). Entrevistado 01 afirmou “Sim [conheço mediação], através dos cursos de capacitação em ouvidoria” e entrevistado 08 pontuou que fez curso, “era básico, na realidade era bem básico, onde nós fomos apresentados a esse tema, a mediação de conflito, mas que ficou assim, bem claro depois desse treinamento, que existem técnicas”, acrescentando que “eu tenho conhecimento como funciona mais ou menos, mas eu sei que não é uma coisa simples não”.

Entrevistados 12 e 16 indicaram conhecer a mediação cotidiana que fazem no exercício da função de ouvidor e entrevistado 22, conhecer na prática, quando atuou na atenção básica, em que exerceu a mediação de conflitos, embora sem formação específica para isso. Ao responder conhecer a mediação, entrevistado 23 disse ter “o uso e a manutenção da mediação como uma ferramenta decisiva para o desempenho de minha função”.

De forma similar, entrevistado 13 assinala “eu acho que eu conheço um pouquinho de mediação, mas aprendi na prática, não necessariamente porque estudei sobre mediação de conflito” e, referindo a módulo integrante do curso de ouvidor, “o que eu vi foi bem superficial, nesse módulo de certificação, pra gente, aprende mesmo é no dia a dia aqui”. Entrevistado 14 respondeu que “teoricamente, eu não conheço, mas acho que na prática a questão da mediação é o que a gente acaba fazendo aqui na ouvidoria todos os dias, que a gente media conflito”, e entrevistado 27 informa que “A mediação que eu conheço é mais pela experiência em si envolvida, no trato do dia a dia”.

Entrevistado 11 afirmou conhecer por experiência vivenciada no Poder Judiciário; entrevistado 02, conhecer mediação de conflitos, mas que ainda não fez o curso nesse tema; e

entrevistado 09 conhece de período em que atuou “como árbitro e a gente fazia muito esse trabalho de mediação”, mas “nós não recebemos nenhum treinamento”.

Considerando toda a análise realizada especialmente no capítulo terceiro e as características da ouvidoria do SUS expostas nos capítulos quarto e no atual, notadamente quanto às suas atribuições e seus potenciais, reafirma-se – para fins de conceituar, delimitar e contribuir a uma sistematização da mediação ao serviço de ouvidoria do SUS – que, segundo definição adotada neste estudo, a mediação é um modo de construção, de restauração e de gestão da vida social pela intervenção de um terceiro independente, equidistante e sem poderes, mediante processo que possibilite, conforme o caso, a criação do vínculo social, sua reparação, seu fortalecimento, o que contribui no tratamento de conflitos pela prevenção, gestão e resolução. E, sob essa abordagem, o método da mediação informativa é aquele que se apresenta mais consonante à da ouvidoria do SUS, pelo que segue análise de sua presença e adequação em concreto face aos dados obtidos em entrevista.

Sob esses referenciais, constata-se que há realidades e conjunturas na ouvidoria do SUS que podem se colocar como contrários, dificultadores ou incompatíveis à utilização adequada da mediação sob a abordagem de vínculos e relações.

Entrevistado 21 entende que a mediação, no sentido de tratamento de conflitos entre usuário e profissional, seria incompatível com a ouvidoria, e salienta que a mediação passível de feitura pelo serviço de ouvidoria teria outros contornos:

Então, aqui [na localidade do entrevistado], eu costumo falar: “Eu não concordo com mediação”. Não concordo. Porque eu entendo, [...] a mediação, ela é... São as duas partes conversando com uma pessoa intermediando essa relação. E eles falam que esse papel é do ouvidor; não é do ouvidor. Ele não é preparado para isso, ele não sabe fazer isso, ele não é treinado para isso. É diferente de conciliação, que é o que a gente faz direto. Eu não preciso colocar as duas partes juntas para conciliar. Eu concilio você como paciente estando aí e eu como profissional estando aqui e o ouvidor vai e faz essa conciliação, sabe? “Olha, Cibele, vamos tentar mudar de médico, para ver se você se dá bem com outro médico. Talvez esse médico também tenha sido sensível ao ponto de te entender”, isso é uma conciliação. Então, eu não considero a mediação um trabalho que ajuda no processo da ouvidoria. Mediação. Tanto que na nossa [orientação interna de trabalho], a gente usa a palavra conciliação e não mediação [...]. Mas, para isso, eu preciso estudar mais sobre o que é mediação e o que é conciliação, para que eu possa realmente entender este processo. Até porque na minha [orientação interna de trabalho] já tem que eu que eu faço conciliação e não mediação e na lei federal tem mediação (Entrevistado 21).

A exposição feita acerca da estrutura de funcionamento da ouvidoria, suas atribuições e o processamento dado à manifestação evidencia que muitas manifestações – ou a maioria das manifestações em algumas ouvidorias específicas – são pertinentes e direcionadas a setores que não a própria ouvidoria, de modo que a resposta à manifestação é dada pelo setor pertinente.

Em outras palavras, a despeito de a ouvidoria ser acionada sobre a existência de determinada situação problemática ou conflituosa, não será ela a responsável ou competente por responder à manifestação e tomar providência em relação à questão nela contida, procedendo apenas ao repasse ao usuário.

Assim, embora as relações em saúde pública e as situações conflituosas sejam levadas à ouvidoria, sobre muitas delas não competirá ao ouvidor a tomada de providências ou a elaboração de resposta ao manifestante. Caberá ao ouvidor apenas remeter a manifestação ao setor pertinente, acompanhar a apresentação de resposta pelo responsável, sua clareza e conteúdo no que toca ao atendimento do que foi questionado na manifestação, e garantir o envio da resposta ao manifestante.

Referida situação – de afastamento do ouvidor da situação ou dos sujeitos envolvidos na manifestação – fica intensificada quando se considera as ouvidorias gerais do SUS nas unidades da Federação, consubstanciadas em ouvidorias centrais de uma rede ou estado, porquanto detêm todas as atribuições e ações já apresentadas de atendimento ao usuário, mas também são dotadas de atribuições significativas no âmbito da gestão. Um entrevistado (não individualizado para evitar qualquer identificação), que figura como ouvidor geral do SUS no estado onde atua, sinalizou que a posição de ouvidor geral do SUS delimita canais ou abordagens viáveis ao ouvidor em relação às unidades de saúde e seus respectivos usuários e profissionais, quando respondeu questionamento sobre a existência e a qualidade da interação dos serviços de ouvidoria do SUS com os demais órgãos integrantes do SUS:

Com as unidades a gente... ouvidoria fala com a ouvidoria. Se eu tiver que falar com o gestor da unidade [de saúde], eu falo com o coordenador daqui e é o coordenador que fala com os diretores das unidades, porque eu sou da gestão. Então, eu sou o estado, eu falo com os coordenadores do estado e esses coordenadores são os que falam com os diretores das unidades. Eu tenho a liberdade e a autonomia para lidar com os ouvidores. Então, eu posso catar o telefone e ligar para a ouvidoria que eu quiser, mas para o diretor da unidade, eu respeito que existe uma hierarquia e uma ética, então eu não faço isso. Eu procuro falar com o coordenador. Se ele [coordenador] falar [ao ouvidor entrevistado que pode contatar diretamente o diretor da unidade], ok; caso contrário, não. Então, existe esta relação de respeito, é respeito mesmo, porque eu não posso passar por cima de ninguém, como eu não gostaria que ninguém passasse por cima de mim. Então, esse respeito existe em todas as áreas, porque a regulação fica dentro de uma coordenação, a regulação de vagas. Então, para eu falar com a regulação de vagas, eu também peço pro coordenador, “Ó, está acontecendo isso, isso, isso”, “Ah vai direto lá e conversa com o fulano”, “ok”. O mesmo com a assistência farmacêutica, o mesmo com o nosso [...] serviço que trabalha com as demandas judiciais, que é o nosso maior problema. Do mesmo jeito que acontece quando a gente fala com a central de transplantes, para ter alguma informação. Eu preciso fazer a política da boa vizinhança. Eu preciso ter um jogo de cintura. Eu preciso falar com todos, porque eu recebo demanda de todos, mas eu tenho que respeitar que eu não mando neles. Eu articulo com eles, mas eles também têm que respeitar o meu trabalho, eu preciso da resposta e de uma resposta bem-feita. A saúde,

ela é dividida em departamentos, os outros estados têm também as divisões. [...] Eles são o estado, só que eles são estados em pontos estratégicos. Esses departamentos, eles têm os seus ouvidores, esses ouvidores, eles estão diretamente ligados à gente [ouvidoria geral do SUS daquele estado]. Então, a gente está todo dia conversando com eles. Por quê? Pra alinhar o trabalho deles, pra que eles ajudem na orientação da rede e para que a gente fale a mesma linguagem, senão, não funciona. Então, existe toda essa articulação interna, não só nas áreas internas, mas dos ouvidores também. [Entrevistado descreve essa articulação envolvendo os ouvidores, os hospitais, organizações sociais porventura contratadas.] Então, é uma rede forte, [...] pra gente isso é muito bom (Entrevistado).

Nessa conjuntura, não se vislumbra possibilidade ou vias adequadas para que o ouvidor, distante dos sujeitos envolvidos e distanciado do tratamento dado à manifestação, proceda à mediação, considerada enquanto meio de composição e recomposição de vínculos. Em que pese a mediação sob abordagem de relações não seja formalizada “em mesa”, vinculada a seções entre os envolvidos ou sob rigor procedimental, sua utilização demanda acesso, contato e proximidade do ouvidor com os sujeitos em mediação a propiciar sua atuação enquanto mediador do fortalecimento daquele vínculo e da promoção do diálogo e da cooperação.

Evidencia-se a necessidade de superar a consideração da mediação, sob essa abordagem, como ferramenta de adoção obrigatória pela ouvidoria do SUS pela mera existência de previsão legal nesse sentido, bem como a insuficiência da abordagem institucional baseada no estímulo abstrato e generalizado à mediação restrita aos esforços de superação das dificuldades para transpor os canais formais de solução de conflitos. O debate da questão não se resume à mera presença ou ausência da mediação na ouvidoria do SUS, mas a sua adequação e qualidade. Com efeito, a mediação na ouvidoria do SUS – bem como o acesso à justiça e a solução de conflitos a ela relacionados – não se reduz à previsão formal e normativa da mediação nesse serviço.

Assim, embora o foco deste estudo perpassasse pela presença/ausência da mediação nas ouvidorias do SUS e a adequação de seu uso para efetivar o direito à saúde e o próprio SUS, não se trata de estabelecer a mediação como modelo de abordagem ao acesso à justiça na saúde pública, mas à compreensão da mediação, em suas possibilidades e especificidades, conforme seja adequada à hipótese em concreto, como um recurso integrante de uma rede mais ampla de abordagens passíveis de adoção por um serviço de ouvidoria para promoção de acesso à justiça pela via dos direitos.

Em suma, não é possível ou adequada a mediação de vínculos e relações por serviços de ouvidorias do SUS distanciado dos sujeitos inseridos nesses vínculos e relações, o que não importa em inadequação de outros instrumentos dialógicos e cooperativos passíveis de adoção no contexto específico e não prejudica o potencial da ouvidoria na promoção do acesso à justiça via direitos realizada por meio de outras abordagens possíveis. Ressai, dos relatos de

entrevistados, que essas ouvidorias fazem uso de técnicas cooperativas como escuta ativa em manifestações presenciais, comunicação não violenta nos atendimentos e nos repasses de respostas, e outras abordagens construtivas sobre eventuais conflitos que não configuram mediação, mas apresentam seus próprios potenciais de transformação das relações e do SUS.

Lado outro, no que toca à adequação da mediação, em ouvidorias instituídas no âmbito de uma unidade de saúde específica, outra conjuntura se coloca. Embora a ouvidoria nessa condição detenha as mesmas competências e atribuições antes apresentadas, uma vez decorrerem de lei, sua presença – inclusive física – em maior proximidade com o usuário, os profissionais e os setores e equipes referentes àquela instituição pode permitir outras abordagens àqueles vínculos.

Mesmo quando a manifestação registrada seja pertinente a setor ou profissional externo à ouvidoria institucional, tratando-se de demandante e demandado integrados à mesma estrutura em que o ouvidor se encontra, pode viabilizar uma abordagem pessoal/presencial ou o estabelecimento de verdadeiro diálogo para além da resposta formal via sistema de ouvidoria. Nesse aspecto, entrevistado, não identificado para preservar sua identidade, atuante como ouvidor de saúde em instituição municipal descreveu:

É necessário que se saiba que é um processo voluntário que se deve oferecer um espaço acolhedor buscando uma solução que atenda aos envolvidos. O diálogo facilita a condução da mediação. Tenho uma participação atuante na instituição de saúde, somos procurados para ser o elo entre o cidadão que nos procura e a instituição em que atuamos. Realizamos esse desafio com clareza e informações, o que auxilia nos fatos e no esclarecimento do conflito (Entrevistado).

No mesmo sentido:

[Como esses conflitos interpessoais que chegam à ouvidoria têm sido tratados?]  
Eu acredito que você tem que na verdade escutar e mediar. Se você não fizer isso, não tem como resolver, eu entendo assim. E eu sempre procuro escutar. E, pensando quando a demanda é presencial, aí é bem mais fácil você mediar esse conflito, porque às vezes você está com o usuário ali, você liga para o serviço e media esse conflito naquele momento lá, isso é bem interessante. Uma demanda por e-mail é uma coisa mais subjetiva. Mas quando o tratamento é presencial, aí o conflito é bem trabalhado, é bem mediado. Você aprende mais com isso, quando você recebe uma pessoa pessoalmente, é bem mais forte essa questão da mediação do conflito (Entrevistado 22).

Por todo o exposto, quando se toma uma ouvidoria integrada à SES ou mesmo a Ouvidoria-Geral do SUS, trata-se de unidade responsável pelo trato de uma multiplicidade considerável de manifestações, concernentes a diversos temas, setores e pessoas, com funções substanciais na gestão dos serviços e na organização da rede, o que pode restringir as vias de

atuação da ouvidoria ao processamento no âmbito da plataforma da ouvidoria ou outros canais formais instituídos na Secretaria ou no Ministério, respectivamente. Por sua vez, se considerada uma ouvidoria instalada junto a uma Secretaria Municipal de Saúde, a gama e amplitude das manifestações e dos setores alcançados será reduzida se comparada à estadual, contexto em que a estrutura organizacional – se bem integrada e com presença de canais efetivos de comunicação – pode permitir ao ouvidor abordagens resolutivas para além do processamento da manifestação em sistema. Indo além, a citada proximidade da ouvidoria com os envolvidos e com a situação fática tratada na manifestação registrada fica ainda maior quando se considera o serviço de ouvidoria instalado em um hospital ou unidade de saúde específicos, o que pode promover maiores acessos do ouvidor no tratamento dado à manifestação além da resposta formal na plataforma. Por exemplo, acesso para propor a realização reunião entre profissionais ou criação – ou restauração – de vias de comunicação do usuário com o profissional ou mesmo encontro de diálogo entre usuário e equipe demandada para esclarecimento do processo de trabalho tratado na manifestação registrada em ouvidoria.

Essa dinâmica, da possibilidade de canais mais estreitos de diálogo e de cooperação pela ouvidoria em face de usuários e setores que lhe são próximos poderia ser exemplificada pelo relato do entrevistado 06, quando indica que o tratamento de conflitos interpessoais por ouvidoria em maior proximidade se deu “Através de conciliação e mediação, em uma conversa direta entre os envolvidos sem qualquer parcialidade, fortalecendo a confiança e celeridade da demanda” (Entrevistado 06), referindo-se à propositura de uma conversa direta e presencial intermediada pelo ouvidor.

Todavia, independentemente da amplitude ou esfera de atuação da ouvidoria, impositivo considerar que os próprios canais e procedimentos referentes ao registro e ao processamento de manifestações restringem vias para encontros presenciais, diálogos ou canais para estabelecer, restabelecer ou melhorar vínculos entre os envolvidos na situação conflituosa objeto da manifestação.

Entrevistado atuante em ouvidoria central mencionou estarem instalados em edificação da administração pública da localidade, que é bem afastada da área central do município onde estão, de modo que “a administração central [de ouvidoria], ela não tem atendimento presencial, na verdade tem, mas quem é que vai lá [no endereço distante] pra registrar uma manifestação? Então, a gente praticamente não tem atendimento presencial, é sistema” (Entrevistado).

Como exposto, um número substancial de manifestações chega à ouvidoria por meios eletrônicos, contato telefônico, formulário eletrônico, plataformas virtuais. A despeito das

considerações que se pudesse tecer sobre viabilidade de se instituir meios virtuais para estruturação possível à mediação, os meios virtuais envolvidos no serviço de ouvidoria são formatados e formalizados em tipologias e fluxos específicos e enrijecidos nos contornos do processamento de cada categoria de manifestação. Com efeito, os canais virtuais para acesso à ouvidoria, em regra, apresentam caminhos para tratativa das manifestações em cada categoria, não dispondo de espaços para diálogos ampliados ou estruturação de relações interpessoais ou intergrupais.

Como pontuado pelo entrevistado 11 em comentário anteriormente citado, a ouvidoria não tem papel de envolvimento pessoal, cabendo-lhe acolher o cidadão e encaminhar seu conflito para o setor responsável pela questão, notadamente considerando que geralmente os relatos de conflitos chegam à ouvidoria pelos sistemas.

Nos atendimentos presenciais, contudo, outras vias e abordagens dialógicas e relacionais podem ser viabilizadas. O entrevistado 11 indica:

Como dissemos anteriormente, a maioria das demandas chegam à ouvidoria por meios eletrônicos e-mail e formulários eletrônicos web. Todavia, há pessoas que preferem o atendimento presencial. Nesses casos há aplicação de algumas técnicas desenvolvidas pelos próprios servidores pelos anos de experiência, principalmente quando o usuário tem urgência em seu procedimento e se apresenta de maneira destemida e instável na ouvidoria (Entrevistado 11).

Em consonância com o reconhecimento de que a proximidade favorece abordagens como a mediação, entrevistado 04 pontuou a necessidade de estudos que se voltem especificamente para as ouvidorias do SUS em âmbito municipal:

Não sei se tu vai trabalhar com ouvidorias municipais também [questionando sobre coleta de dados centrados nas municipais]. [Pesquisadora responde negativamente, justificando a limitação da pesquisa, inclusive de tempo.] Talvez uma recomendação de estudo, depois, seja trabalhar com a questão de mediação nas municipais. Porque como a rede é quase toda de gestão municipal, quem mais faz essa mediação são as ouvidorias municipais, que vão ter que acionar os diretores daquele local especificamente, conversar pra ter a resposta, pra ter alguma providência e tal. Então, acho que é bem legal ver a questão da mediação no município. Acho legal botar isso nas recomendações assim como estudo. Não, acho que era só isso. É porque eu fiquei lembrando como é que a gente trata a demanda e às vezes [cita referência do local] do nível central da ouvidoria, às vezes não dá pra ver essa riqueza de como é o tratamento. Porque eu sei que os ouvidores regionais e os municipais fazem um trabalho pra responder, eles acionam muita coisa. Então, talvez isso é algo importante, talvez a mediação ocorra muito mais nos territórios pelos ouvidores regionais [especificações da localidade] e pelos ouvidores municipais (Entrevistado 04).

Impositivo, portanto, identificar a viabilidade da mediação de relações e de vínculos por cada serviço de ouvidoria, segundo o lugar que ocupa na estrutura da saúde pública e o alcance que apresenta entre os sujeitos do SUS. Constatada a adequação da mediação no âmbito daquela ouvidoria para um caso específico, os desafios da promoção do diálogo, do reconhecimento e da escuta do outro, e da postura de cooperação se fazem presentes, como se extrai do relato de entrevistado:

[Quais são as dificuldades no tratamento desses conflitos interpessoais?]

A dificuldade é você fazer com que o serviço tenha o olhar para ele, o usuário tenha a olhar para ele também, entendeu? A dificuldade é das pessoas se olharem. É difícil, porque às vezes a gente sabe que o usuário está pedindo demanda que não tem cabimento. Às vezes o serviço está falhando demais também. E aí fazer com que as pessoas olhem para si e avaliem o seu processo de trabalho ou então sua postura enquanto usuário do SUS é muito difícil. Porque você não vai mudar a subjetividade da pessoa. A pessoa que está nos serviços [profissional da saúde] também tem aquela questão de achar que o usuário não tem que dar opinião. É muito difícil isso, fazer esse tipo de reflexão junto com as pessoas. Porque aí a reflexão vai do que você quer que a pessoa reflita, do que você também tá fazendo com relação a isso. A reflexão é de todos os lados. Você também reflete seu processo, como é que você também tá mediando, será que você tá mediando da forma certa? E é um conjunto de fatores que, na verdade, pode dar certo e pode não dar. Porque também a gente às vezes se frustra. A gente tenta mediar um conflito que não dá certo e aí... também não vou dizer que só são flores, a gente também se frustra, porque às vezes as pessoas também não se veem fazendo parte daquilo, eles só querem o resultado. Tanto o serviço, como o usuário, “Não, eu estou certo e é assim”, aí o usuário: “Não, mas eu quero assim”. E aí eu fico nessa. E aí, o que é que eu vou fazer? Será que eu estou mediando certo? Será que eu estou conduzindo as coisas certas? Será que é por aí? O que é que está faltando eu fazer nessa discussão? É muito complicado, sabe. Mas assim, é um aprendizado (Entrevistado 22).

Sem descurar da necessária valoração sobre aplicabilidade e adequação da mediação a cada serviço e cada situação em concreto, a mediação, utilizável em grande ou reduzida dimensão por uma ouvidoria SUS segundo identificada como adequada, constitui processo estruturado de criar, recriar ou fortalecer vínculos e, quando adotada em face de conflitos, ajuda as pessoas a compreenderem as situações conflituosas e caminhos possíveis. Neste aspecto, a mediação auxilia os envolvidos, em suas relações, a afastar-se de perspectivas ou condutas negativas que impedem administração criativa do conflito e promove um encontro construtivo com o outro, propiciando que redimensionem a situação conflituosa e abordem-na conjuntamente, favorecendo a prevenção de outros conflitos interpessoais (Warat, 2001).

Consoante apresentado no capítulo terceiro, cabe repisar:

Os conflitos têm um valor positivo, mas eles também têm um custo. Sua má resolução arruína uma sociedade no sentido econômico e humano do termo. A economia também pode se apoiar nas outras três funções da mediação para desenvolver as performances: a criação, a recriação do vínculo social, a prevenção do conflito. A

perda de potencial causada pela não expressão ou não consideração da fala de certos membros de um grupo, o não reconhecimento das contribuições ainda não podem ser medidos, mas será necessário corrigi-lo. Ele restringe o conhecimento de “fazer juntos” e confiança mútua (Guillaume-Hofnung, 2018, p. 116).

Conclui-se, portanto, que a mediação sob abordagem de vínculos e relações, embora conte com referenciais hábeis a contribuir no acesso à justiça via direitos, não encontra ampla aplicabilidade ou adequação nos serviços de ouvidoria do SUS genericamente considerados. A despeito de uma ouvidoria específica em concreto, porventura, poder apresentar estrutura oportuna, vias dialógicas efetivas e ouvidor capacitado a possibilitar a consideração da mediação de vínculos como via passível de uso, seria consideração e conclusão relativas àquela ouvidoria específica, pois não se extrai essa aplicabilidade ampla às ouvidorias do SUS analisadas em âmbito nacional.

Outrossim, independentemente do porte ou perfil da ouvidoria, destaca-se que a ouvidoria, em razão das atribuições que lhe cabem, apresenta ampla pertinência e adequação para a utilização da mediação informativa, segundo os parâmetros expostos no capítulo terceiro. Sem descuidar da atribuição da ouvidoria relativa ao acesso à informação, inclusive pertinente à LAI, refere-se aqui à situação em que o usuário – da ouvidoria – é atendido e recebe informação e orientação sobre seus direitos e sobre os procedimentos que pode adotar em suas relações e, se for o caso, em seu conflito.

A ouvidoria se coloca como local de esclarecimento do usuário sobre o direito à saúde e sobre o SUS, sua organização, diretrizes, delimitações, regramentos e processos a serem observados nas ações de saúde e as garantias integradas ao sistema de saúde, não apenas para o usuário individualmente considerado, como também para a coletividade de usuários e para todos os elementos que integram essa política pública.

Evidenciando a relevância da informação para o acesso à justiça no âmbito da saúde e sinalizando contribuições da ouvidoria do SUS nessa informação aos sujeitos de direito, destaca-se de entrevista:

Eu acho que tem que considerar os desafios para efetivar esse direito. É um direito que tá resguardado, pela Constituição, mas que a gente sabe que muita gente não tem acesso a ele. O SUS é muito lindo de se estudar, é muito lindo de se ler. A gente vê ali, a gente fica deslumbrado o quanto direitos o cidadão tem e eles não sabem, não têm conhecimento nem de 1/3 daquilo que está escrito ali pra eles. [...]. Que tem tantos direitos que eles têm e que a população não tem conhecimento. Talvez o primeiro passo para a efetivação dos direitos é o conhecimento do direito. Eles terem entendimento daquilo que eles têm, que o Estado tem que passar pra eles, na verdade, e eles ir em busca desse direito e fazer valer esse direito. Eu acho que é o primeiro passo para efetivar seria o conhecimento deles (Entrevistado 09).

Ela [mediação] está presente na medida em que a ouvidoria faz um certo letramento do SUS para pessoas que a gente atende. A gente mostra pra pessoa o lugar que ela está na fila, entre aspas. Onde ela foi, de onde que ela veio, se ela entrou no lugar errado, por isso ela não conseguiu o atendimento. Tem um monte de gente que vai direito ao hospital e não deveria, não precisava, para ela conseguir esse fluxo correto, porque senão eu crio uma demanda de ouvidoria e não do SUS. Se não, eu corto a fila da UBS [unidade básica de saúde] e trago pro SUS, pra ouvidoria, então eu tenho que ao mesmo tempo garantir que o serviço para aquele cidadão, mas a gente também orienta ele sobre o direito dele de ir, ter uma UBS, de ir lá de entrar no sistema a partir da UBS dele, onde que é que ele está nesse sistema, o que é que ele não pode pedir que não vai conseguir. [...]. O nosso conceito [de mediação] não parte de conflito do direito. O nosso conceito parte do letramento do direito e da compreensão desse direito e da orientação que a gente faz para o cidadão, tanto a partir das perguntas e das demandas deles, como a partir da disseminação de informações que a gente faz pra cidadania, a partir de manifestações que têm e a partir dos programas existem para garantir a atenção integral pro cidadão no SUS (Entrevistado 17).

Acho que sim [os serviços de ouvidoria do SUS influenciam a efetivação do direito à saúde], influenciam sim porque eu acho a informação ela tem poder. De fazer isso tanto no sentido interno das instituições, como no dos cidadãos. Então, eles tendo informação sobre o quê que tá acontecendo com a saúde deles, dá autonomia pro cidadão, saber que eu [cidadão] tô assim, eu estou encaminhado, eu sei que o fluxo tá correto, o quê que eu tenho que fazer caso não esteja, isso é vital assim pra pessoa poder transitar na rede [pública de saúde]. Então, eu acho que essa questão da disseminação de informações e de ser um canal de comunicação é muito importante (Entrevistado 04).

O cidadão que vem [do interior], com a malinha embaixo do braço e fala: “Eu estou doente, eu preciso de tratamento” [entrevistado narra o fato remetendo a existir atendimento no interior onde o cidadão reside]. Isso é falta de informação, falta de informação. É o conhecimento, que eu tanto bato na tecla. E aí eu te falo que, por mês, a gente tem aqui um número de [x] manifestações. [Entrevistado pontua elementos concretos inserido nas manifestações] E [percentual significativo] deste total é falta de informação (Entrevistado 21).

A gente pode orientar, a gente faz isso, o esclarecimento. [...]. E a gente tenta orientar, não comparando a um SAC [serviço de atendimento ao cidadão], mas buscar orientar de forma... querendo ou não, do outro lado tem um cidadão, que às vezes não sabe, não é do sistema, não é funcionário público, é um cidadão que ou é dona de casa, ou trabalha num sítio e que não tem como ele saber de algumas coisas. Ele só sabe que está precisando, porque ele está precisando. A gente busca agregar valor à necessidade dele para ajudar, orientando sempre (Entrevistado 02).

[O serviço de ouvidoria do SUS influencia a efetivação de direito de saúde?]  
Melhora, melhora muito. O usuário tem muito mais direito, na minha opinião, à saúde. Ele... na verdade, com a ouvidoria, ele conhece o que é de direito dele. Assim, aqui na ouvidoria do SUS, a grande maioria das manifestações são pedido de informação inclusive, assim, de como adquirir um medicamento, de como adquirir um exame e aí a gente informa a eles como fazer isso e isso ajuda muito. Diminui a fila, diminui a peregrinação, aumenta a humanização. Então, eu acho que é totalmente diferente o serviço que tem a ouvidoria e o serviço que não.

[Na sua opinião e pela sua experiência, qual a principal dificuldade ou desafio atual na efetivação do direito a saúde?]

Eu acho que a própria, pelo menos aqui [na localidade do entrevistado], eu acho que a própria falta de conhecimento do manifestante, de saber do que ele tem de fato direito ou não, sabe? Eu acho que acaba que... diminui muito porque às vezes ele não sabe do que ele tem direito e não procura. A verdade é essa, eu acho. Às vezes ele “Ah não tem medicação tal e pronto”, entendeu? Sendo que ele tem outros meios de conseguir, ele tem como fazer requerimento, ele tem como conseguir via judicial. Eu acho que falta é informação (Entrevistado 05).

[Na sua opinião, os serviços de ouvidoria do SUS influenciam a efetivação do direito à saúde? Como?]

Influencia. Existem pessoas que, pelo menos aqui [no estado do entrevistado], que não têm a ideia que eles podem estar buscando a ouvidoria para fazer solicitações, para fazer sugestões. Na cabeça das pessoas, a ouvidoria é pra reclamar. É só para reclamar. Mas não, existe a questão de informação, que a gente pode estar passando informação para as pessoas. A gente pode estar pegando solicitação de melhorias no serviço também. Isso aí, a gente está trabalhando nisso. Mas assim, o cidadão, hoje, ele sabe da ouvidoria, mas ainda te digo que ele não procura. Pelo menos aqui no estado, ele não procura. E a gente está lutando para ter mais efetivação das demandas. Para que a gente consiga atender a todos.

[Na sua opinião e pela sua experiência, qual a principal dificuldade ou desafio atual na efetivação do direito à saúde?]

Dificuldade do direito à saúde, eu acredito que a dificuldade que a população tem em relação ao direito à saúde é mais questão de informação, acredito que falta muita informação aí. Sobre o sistema e o direito (Entrevistado 20).

[Na sua opinião, os serviços de ouvidoria do SUS influenciam a efetivação do direito à saúde? Como?]

A partir do momento que a pessoa tem dúvida, a gente recebe muitas demandas que são de informação, quando o cidadão, através da ouvidoria, consegue saber uma informação que até então ele tem dificuldade de acesso. Porque, às vezes, ele tem dificuldade de acesso à informação, não é nem de serviço. De certa forma, eu estou garantindo a ele o direito de saber o que é que cabe a ele dentro da esfera municipal, estadual e federal. Se eu apresento uma carta de serviços, eu estou dando para a população o direito de saber quais são os serviços que são ofertados pela [parcela da administração pública específica] de uma forma mais prática e simples. Qual é o caminho pra ele chegar a tal, acessar a rede de medicamentos, como é que ele acessa a regulação, como é que ele acessa os serviços. Qual é o porte daquela unidade, é uma unidade que é porta aberta, não é, para ele saber se ele pode chegar lá, bater na porta e entrar, ou se ele precisa passar pela regulação. Então, por esse lado, eu acho que tem uma efetivação de direitos do cidadão; garante de alguma forma, ao dar a ele o acesso à informação, ao dar ele uma resposta em tempo rápido, que talvez ele não conseguisse se não fosse via ouvidoria, de uma demanda que ele tem, de uma resposta rápida a uma reclamação, de alguma situação do que aconteceu com ele dentro de uma unidade. Isso para mim também é uma garantia de direito. E quando há identificação... quando esse direito não está sendo cumprido, aí tem a atuação da ouvidoria junto com os setores responsáveis. Aí também articula pra a garantir, o acesso e toda essa divulgação dos direitos do cidadão (Entrevistado 13).

[Na sua opinião e pela sua experiência, qual a principal dificuldade ou desafio atual na efetivação do direito à saúde?]

Essa é uma pergunta difícil de responder. Eu acho o direito da saúde passa principalmente no conhecimento do cidadão, do que ele pode requerer como cidadão. Acho que a Carta do Direito dos Usuários do SUS ela é bem clara. Eu acho que deve ter maior divulgação. A própria divulgação, fortalecimento das ouvidorias em si, eu acho que ela tem que sempre estar mais presente, porque esse é um canal que o cidadão pode utilizar para a participação social. Mas sem essa difusão ainda de conhecimento da população, do que pode ser feito... nisso eu acho que o cidadão pode ser prejudicado, por uma falta de conhecimento. Eu já atendi pessoas “Ah, mas como é que eu faço isso? Tem que marcar a reunião com as secretarias?”, “Não, não! Você pode ligar pro nosso 0800, seu cartão SUS, você vai ter a resposta”. E de repente o cidadão tem isso resolvido na vida dele. Imaginando que assim... “Não... Não vou ter resposta, não vou conseguir”, e consegue, entendeu? Então, eu mesmo, trabalhando no setor de ouvidoria, eu vejo como é importante eu também, como cidadão, utilizar mais os serviços de ouvidorias. Não só daqui, mas como de qualquer outra instituição, ou da área privada. Porque é muito importante, porque é o lugar em que você pode ser ouvido e ter atenção (Entrevistado 27).

Mesmo em conflitos envolvendo os profissionais da saúde, a informação se revelou, segundo relato de entrevistados, como via de tratamento de conflitos e de regulação social para a promoção do acesso à justiça:

[Se referindo ao tratamento de conflitos interpessoais] A gente liga, a gente conversa, a gente coloca a situação na mesa para todo mundo, para a gestão saber o que está acontecendo. E aí, a partir disso daí, a gente consegue ter uma resolução. Por exemplo, eu já tive casos que depois da conversa, a pessoa veio tirar a denúncia, entendeu? Veio tirar a denúncia. Porque não entende o que é um assédio. Não estava entendendo o que é um assédio, não estava entendendo o quê que era isso, entendeu? Então, a gente não está aqui para complicar, a gente tá aqui pra explicar, pra mediar. E aí acaba “Não, eu vou tirar, não quero mais...”. Então, isso aí é uma forma de mediação, uma forma de mostrar pra pessoa, pra essas pessoas que têm esses conflitos interpessoais, que a verdade talvez não seja a dela, que isso pode ter problemas futuros. Porque a gente tenta resolver tudo por aqui. Tenta resolver tudo porque aqui, mediando, tendo compromisso. Mas a partir do momento que a pessoa bate o pé, ela vai sofrer as consequências. Às vezes a pessoa está tão com raiva, está tão estressada, que não consegue vê, entendeu? Então, isso daí é... a mediação, ela é eficaz nessa situação (Entrevistado 24).

A gente trabalha tanto o usuário em roda de conversa, em eventos, [...] e também trabalha o trabalhador, porque ele precisa saber que é direito do paciente ter a cópia do prontuário médico, ele precisa saber que o paciente tem direito a um acompanhante na hora da consulta. E aí ele acha que não é direito, que é favor; não é favor, é direito, está escrito lá na carta dos direitos do usuário. Então, a gente trabalha muito isso. A parte da sensibilização dos usuários. Eu tenho uma ação de educação permanente com o pessoal do Conselho [da localidade], que a gente faz capacitação dos conselheiros [da localidade] também sobre isso, pra que ele saiba que existe esse direito em algum lugar escrito e, quando ele vê alguma dessas situações, que ele possa intervir. Porque o Conselho [local] de Saúde também me faz muito isso a nível local. E aí a gente tem essa ação com o pessoal de capacitação mesmo, desses conselheiros, que é bem legal, que geralmente o conselheiro não conhece também isso. É uma carta de direito que quem fez foi o Conselho Nacional de Saúde. Trabalhar o direito e o conhecimento desse direito, eu acho que é o nosso papel dentro do SUS. E a minha sugestão é essa, trabalhem para organizar, trabalhem com usuário. [...]. Uma ação, que é bem legal, eu fui falar um pouco sobre a ouvidoria com os acadêmicos de um curso de saúde coletiva aqui na universidade e, pelo que eu percebi, eles não conheciam a ouvidoria. Então, é importante a parte acadêmica conhecer o serviço, porque quando ele sai daí, ele já vai para o processo de trabalho. É legal que eles percebam que esse serviço é bom, que ele auxilia o usuário, que ele auxilia o gestor (Entrevistado 08).

Esses relatos e os anteriormente transcritos revelam, em concreto, a prática da mediação no modelo informativo, diversos deles salientando a informação sobre o direito à saúde, o SUS e os caminhos para efetivação da saúde por meio dele, especialmente em relação ao usuário.

Destaca-se, portanto, o papel do ouvidor do SUS na prestação de informação sobre o direito à saúde, em prática mediativa informativa, e como promotor do acesso via direitos, ao colaborar que os usuários conheçam seus direitos e possam reconhecer a forma mais eficaz de alcançar os direitos pretendidos, e mesmo ao fomentar a percepção acerca da existência de

direitos até então desconhecidos, além de colaborar na questão com profissionais de saúde e gestores quando integra ações informativas de direitos também sobre eles.

Ressai, assim, que o serviço de ouvidoria fornece informações sobre os direitos e deveres aos sujeitos, dando-lhes condição de conhecer e reconhecer suas possibilidades de ação e decidir melhor como agir em relação ao problema apresentado ao ouvidor (ao demandado) ou por ele (pelo manifestante). Isso se configura de forma ostensiva em relação ao usuário do SUS, a quem a orientação sobre o direito e esclarecimento sobre o SUS direciona na prestação buscada, mas também se estabelece em relação aos profissionais de saúde e aos gestores que, informados sobre a conjuntura da saúde pública a eles pertinentes e sobre as insatisfações e satisfações dos usuários, podem ajustar sua atuação para o melhor e pleno cumprimento de suas funções e execução da política de saúde.

A literatura corrobora a pertinência e necessidade dessa atuação pela ouvidoria:

Diante deste novo contexto, cabe destacar que o trabalho desenvolvido pela Ouvidoria não é de mera recebedora e repassadora de reclamações, denúncias e solicitações. Há todo um labor pedagógico e construtivista no ato de ouvir e informar o cidadão a respeito de seus direitos e deveres, tornando-o apto a buscar a melhor prestação do serviço possível, capacitando-o a identificar o órgão apropriado para a resolução do problema relatado, ao mesmo tempo que tais manifestações transformam-se em poderosos indicadores para que os órgãos gestores possam traçar suas prioridades de atuação e metas de trabalho, já que refletem os anseios e as angústias de uma comunidade que, de alguma forma, não está sendo atendida em suas necessidades. Neste campo fértil, a escuta interna e a externa devem coexistir, ou seja, da mesma forma que o ouvidor exerce o papel de porta-voz do público externo, é de se esperar que também canalize os anseios dos servidores de sua própria instituição como forma de tornar a administração interna mais participativa e aberta, criando um clima propício para a resolução de conflitos corporativos de forma não adversativa (Cyrillo, 2015, p. 204-205).

Ao repisar a ouvidoria como serviço de promoção do acesso à justiça pela via dos direitos em sua dimensão de informação sobre direito, importa também reafirmar a relevância da divulgação de informação sobre a ouvidoria em si, de modo que seus usuários (sejam eles usuários do SUS, profissionais da saúde ou gestores) entendam, também nesse aspecto, os direitos que possuem e os canais de acesso à justiça em face do serviço de ouvidoria. Essencial, portanto, que a informação a alcançar o usuário da ouvidoria lhe permita entender as atribuições e resoluções cabíveis ao serviço de ouvidoria em suas competências, compreendendo que eventualmente ela própria constitui instância para dirimir conflito e reparar injustiça e, em outros casos, ela será canal para que o usuário acesse a instância ou entidade efetivamente competente para tanto.

Sobre o necessário esclarecimento ampliado sobre o serviço de ouvidoria do SUS e suas atribuições, são oportunos os seguintes relatos em entrevista:

Eu acho que é muito importante [referindo a investimento de recurso na divulgação sobre ouvidoria] porque quanto mais divulgação de informações úteis para as pessoas, tanto dos canais quanto de qual é o papel da ouvidoria. Que eu acho que isso é importante, a gente ter um papel, que as pessoas entendam o papel e não criar uma expectativa de algo que a ouvidoria não é. Porque a ouvidoria, ela tem esse papel de intermediar o seu canal de comunicação. E às vezes a pessoa pode achar que a ouvidoria é o lugar de resolver questões, sei lá, lugar de marcar consulta. Às vezes as pessoas têm essa ideia “Ah não mas pode... eu liguei aqui pra agilizar a marcação da minha consulta. Eu liguei aqui pra fazer isso”, que é uma coisa que na verdade é a rede que deve fazer, em conjunto, e aí a gente é o canal de comunicação. Então, tentar disseminar melhor essas informações (Entrevistado 04).

A maior dificuldade [na atuação como ouvidor] é questão da desconstrução que tem da policialesca da ouvidoria, dificuldade muito grande porque as pessoas não entendem que a ouvidoria está para fazer um trabalho de mediação de conflitos, de formular relatórios de gestão para fazer um planejamento estratégico da gestão, com os demais ouvidoria. As pessoas entendem ouvidoria como um lugar que você vai reclamar e vai resolver porque é um poder instituído. A ouvidoria, para alguns, é um poder instituído e eu não acho isso. A ouvidoria funciona de acordo com a autonomia que a gestão dá a ela. [...]. As pessoas entendem que “Liga para a ouvidoria, que a ouvidoria resolve”, mas aí é muito mais embaixo o nome, a ouvidoria não resolve nada. Ela encaminha e espera a resposta das pessoas. Se as pessoas entendessem qual é o papel da ouvidoria, eles iam ver que é bem diferente. Não é aquela questão de “a polícia do SUS é a ouvidoria, vamos resolver pela ouvidoria”. Não, a ouvidoria auxilia muito o usuário ter acesso a alguns serviços de acordo com a mediação que ela faz, mas não porque ela tem poder de polícia para chegar e mandar a gestão fazer alguma coisa que ela não fez. Eu acho que a dificuldade maior é essa até hoje pra mim. [...]. No momento, acho que é mais importante é essa [dificuldade], é a questão da imagem que as pessoas têm da ouvidoria (Entrevistado 22).

Muitas pessoas pensam que a ouvidoria, ela vai fiscalizar, que ela vai resolver a questão de imediato. Então, um desafio que eu vejo é a questão da conscientização, que não cabe à ouvidoria o papel de fiscalizar e julgar. O nosso papel é o encaminhamento correto para o setor responsável. O que eu percebo muito é que às vezes as pessoas confundem isso. Ela acha que nós vamos resolver, nós vamos julgar e não, não cabe. A gente faz um encaminhamento da manifestação para que ela seja tratada com agilidade e de forma resolutiva pelo setor competente. Então, essa conscientização, eu acho um desafio de explicar mesmo que a gente não vai fiscalizar e nem julgar. A gente vai dar o encaminhamento, analisar a resposta, cumprir os prazos e encaminhar para o manifestante. [...]

Essa conscientização que é fundamental para dar esse laço de confiança, é necessário que as pessoas saibam qual que é a nossa função e que tenha também uma paciência, porque uma coisa que eu percebo assim, é o seguinte. As pessoas já buscam tantos caminhos que a ouvidoria, quando ela chega na ouvidoria, ela já está exaurida. A gente acaba sendo um ali, como é que eu falo? As pessoas chegam nervosas. A gente tem que ter essa paciência, tem que explicar o papel, falar que a gente está ali é para ajudar, mas que não cabe a gente... porque se não a pessoa quer que a gente dê a mão e vá lá no setor para resolver e essa não é a nossa função. Mas a gente compreende que a ouvidoria, é como se fosse assim: “Agora, eu vou para ouvidoria, agora, vai resolver”, porque ela já passou por muitos lugares e não teve a sua situação resolvida (Entrevistado 25).

A cada uma das realidades apontadas no sentido de efetiva ou potencial adoção da mediação na ouvidoria do SUS, em consideração aos elementos necessários ao mediador postos no capítulo terceiro, oportuno salientar a observação de Guillaume-Hofnung (1999), de que a mediação institucional não requer necessariamente a exterioridade do mediador em relação à instituição de saúde, porquanto a independência do terceiro pode resultar de uma mudança ou organização institucional e estrutural inteligente que assim institua o mediador. É necessário à mediação um terceiro sem submissão a um poder hierárquico em relação à função de mediador, sem pressão política, moral ou financeira.

Dessa forma, a mediação na ouvidoria do SUS, ainda que promovida de forma vinculada à estrutura da administração pública ou da unidade de saúde, esta não pode intervir no processo de mediação, sob pena de desvirtuá-lo e de transmutá-lo em algo distinto, nem instrumentalizá-la sob a pretensa produtividade de soluções com o método, pois nisso se perde a mediação ou a possibilidade efetiva do diálogo, do vínculo e do fortalecimento dos sujeitos e instituições.

Somado ao exposto, é necessário que a mediação tenha um espaço independente para se estabelecer, ainda que seja fisicamente integrada à instituição, impõe-se que seja um espaço autônomo e próprio (Six, 2001). Essa ressalva tem sua relevância intensificada quando se considera a realidade do serviço de ouvidoria no sentido da carência de adequada estrutura física e de pessoal.

Assim, para uma atuação do ouvidor como mediador, a despeito de sua vinculação à instituição, deve ele ser qualificado, equidistante, independente e sem poder para possibilitar uma acolhida e uma escuta efetivas, garantir a autonomia dos envolvidos e promover a informação qualificada. O mediador institucional deve se colocar o máximo possível na terceira pessoa e, por isso, possibilita que os usuários compreendam melhor seus direitos, a saúde pública, a unidade de saúde e seus profissionais e que estes compreendam melhor seus usuários.

Tem-se, portanto, parâmetros e referenciais para a instituição da mediação informativa nos serviços de ouvidoria do SUS, enquanto via para o acesso à justiça pela via dos direitos na saúde pública.

Necessário, neste ponto, repisar que a mediação aqui analisada configura um instrumento possível à regulação social entre vários outros, pelo que não configura método a ser adotado a qualquer custo, sob pena de esvaziar o instrumento e preterir resultados e qualificações que seriam alcançados por outros meios mais adequados à conjuntura concreta.

Este trabalho não pretende oferecer respostas exaurientes às questões complexas e múltiplas que envolvem a efetivação do direito à saúde e a plena concretização do SUS,

inclusive nos aspectos da universalização e participação da comunidade tomados por premissa. Trata-se de uma contribuição ao debate da questão, cuja inserção em locais específicos exigirá que se tenha em conta a conjuntura sanitária, social e estrutural da localidade.

A efetiva e adequada utilização da mediação pela ouvidoria do SUS requer a compreensão de seus limites e possibilidades, bem como dos parâmetros e premissas expostos, assegurando-se a voluntariedade do processo, a autonomia dos envolvidos, o não poder do mediador, além da independência e equidistância deste, dotado de formação específica e continuada, bem como sua habilitação para compreensão e mapeamento das relações e da questão conflituosa e valoração da viabilidade da mediação a cada questão.

A mediação é tarefa difícil e instrumento delicado, de grande potencial transformador, que não pode ser entregue a qualquer um ou em quaisquer condições (Six, 2001, p. 174). Trata-se, portanto, de conjuntura que exigiria certa reforma do serviço de ouvidoria, notadamente no sentido de formação e capacitação para assim atuar, estabelecendo a mediação como complementar aos processos já adotados pelo serviço para tratamento das manifestações. Em que pese a mediação informativa já encontre espaço e pertinência no âmbito da ouvidoria do SUS, conforme análise realizada, sua aplicação enquanto tal demanda a efetiva presença dos elementos apontados como essenciais à mediação.

Por sua vez, quanto à mediação sob abordagem dos vínculos e das relações, constata-se sua inadequação à ouvidoria genericamente considerada, ao passo que sua eventual aplicabilidade a serviço de ouvidoria determinado também exigiria reforma nos termos acima consignados, de modo a garantir formação específica do ouvidor em mediação e assegurar presença dos demais elementos integrantes da mediação.

Com efeito, como assentado por Guillaume-Hofnung (2018), a mera invocação do termo “mediação” não é suficiente para uma efetiva reforma, o que exige que seja acompanhada de uma reflexão interna ao serviço de ouvidoria do SUS individualmente considerado e aos serviços de ouvidoria do SUS enquanto categoria.

Válido, ainda, retomar que o alcance da comunicação, do fortalecimento do vínculo ou de uma abordagem adequada a uma situação conflituosa não requer, necessariamente, que a mediação seja encerrada com um compromisso ou acordo. Mesmo quando não houver mediação de conflitos, a abordagem permite a mediação de relações, além de incidir também no âmbito da prevenção e da gestão de conflitos, tanto entre os sujeitos envolvidos, como na unidade de saúde, no serviço público correlato e no próprio SUS.

A mediação de vínculo social abarca os valores da mediação voltada à gestão do conflito concernentes em pacificação, autonomia dos envolvidos e administração de conflitos e, ainda, concretiza valores como a solidariedade, a dignidade humana, a comunicação ética, a consideração do valor do outro, a recusa à instrumentalização da pessoa como receptor passivo da comunicação de um sujeito dominante (Guillaume-Hofnung, 1999). Trata-se de valores relacionados às dimensões de acesso à justiça no direito à saúde, à qualificação do serviço público de saúde, aos princípios, diretrizes e estruturas que compõem e regem o SUS e, ainda, à participação social efetiva sobre o direito à saúde.

Guillaume-Hofnung (1999, p. 41) destaca que a amplitude dos valores da mediação voltada ao vínculo social permite estimar o papel que a mediação tem e que poderia ter no serviço de saúde, papel esse que se constata ser possível pelo serviço de ouvidoria do SUS conforme aplicabilidade e adequação do instrumento à situação concreta.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à saúde é assegurado a todos e sua observância é imposta como dever ao Estado, nos termos da CR/1988, conjuntura na qual o ordenamento jurídico pátrio estabelece as formas e diretrizes para sua execução, destacando-se os serviços de saúde como sendo de relevância pública, assegurado em âmbito individual e coletivo. A compreensão e amplitude da saúde, contudo, não se restringe ao aspecto jurídico ou normativo, corroborado pela insuficiência e incapacidade da previsão legal formal para sua concretude.

A saúde é conformada por conceito e construção de ordem histórica, política, social e médica, além de jurídica, que orientam sua amplitude, integrada por multiplicidade de elementos e dimensões. O direito à saúde concebido sob esses elementos múltiplos conformou a instituição do SUS no Brasil, estruturado sob o intento de garantir o acesso universal e integral a ações e serviços de saúde em caráter igualitário.

O SUS compõe toda a estruturação das medidas e garantias correlatas ao direito à saúde em âmbito individual e coletivo, orientado por diretrizes de descentralização e hierarquização das ações em saúde, sob direção única em cada esfera de governo, e necessária participação da comunidade. Essas premissas direcionam regras, estruturas e atores integrados ao SUS e impulsionaram a implementação e o fortalecimento de serviços de ouvidoria no SUS para defesa e efetivação de direitos e para aperfeiçoamento das ações e serviços de saúde.

A ouvidoria do SUS tem papel de atuar como interlocutora entre o usuário e a gestão do SUS, ao acolher e tratar as manifestações recebidas por cada canal de atendimento que dispõe. Nessa atuação, as manifestações dos usuários recebem tratamento e consideração individualizada, mas também se materializam em referências para melhoria dos serviços públicos prestados em saúde. O atendimento prestado viabiliza o direito do usuário do SUS de ser ouvido e ter suas demandas pessoais e coletivas tratadas no âmbito do SUS, com resposta específica à manifestação individual e a provocação de melhoria contínua no serviço público de saúde quando interpretada coletivamente.

Ademais, o serviço de ouvidoria é canal para disseminação de informação em saúde à população, em que se inserem informações sobre o direito à saúde e seu alcance, cuidados e medidas de promoção da saúde, informações sobre doenças e ações necessárias, funcionamento do SUS e seus princípios, sistema de regulação, orientações sobre como obter exames, consultas e medicamentos, campanhas e programas estratégicos.

A ouvidoria do SUS constitui, assim, instrumento potencial de participação e de fortalecimento do controle social no âmbito da saúde pública e, ainda, via passível para que a participação social aconteça e consubstancie ferramenta de gestão para as políticas públicas. Considerando que a definição da política pública de saúde exige a coordenação das ações, recursos – sendo as pessoas recurso central para a saúde – e meios para a realização das finalidades do serviço público e, notadamente, para a efetivação do direito à saúde, a atuação efetiva da ouvidoria do SUS constitui contribuição relevante.

O presente estudo analisou a atuação da ouvidoria do SUS sob a concepção de promoção do acesso à justiça pela via dos direitos na saúde pública, considerando especialmente o acesso no nível da informação acerca dos direitos e do recurso a uma instância ou entidade à qual se reconheça legitimidade para dirimir eventual litígio, que estão inseridos na dimensão da garantia de efetividade dos direitos.

Na concepção do acesso à justiça via direitos, a efetivação do direito requer que os sujeitos e as comunidades estejam capacitados a reconhecer eventual violação de seus direitos. Constatou-se que o serviço de ouvidoria do SUS atua na questão ao contribuir na informação e capacitação dos usuários sobre o direito à saúde, considerado não apenas em sua acepção individual, como também coletiva, promovendo o conhecimento sobre os elementos que integram o direito à saúde no SUS.

A exigência do recurso a uma instância ou entidade à qual se reconheça legitimidade para dirimir eventual litígio, necessário ao acesso à justiça via direitos, também encontra concretização na ouvidoria do SUS, enquanto local para registro e processamento de manifestações, encaminhadas aos setores e órgãos pertinentes, e para prestação de orientação ao usuário manifestante, informando-lhe sobre setores ou procedimentos adequados no SUS às demandas postas.

Dessa forma, os serviços de ouvidoria do SUS contribuem para a compreensão de direitos, educação e divulgação de informações, o que também resulta em capacitar os sujeitos a identificarem vias para efetivar direitos e necessidades básicas e a, por si mesmos, perante uma situação de desrespeito, violação, exclusão, ofensa ou privação de direitos, reconhecê-la como tal, pelo que promovem o acesso à justiça via direitos na saúde pública.

Importa salientar, ainda, o relevante potencial da ouvidoria em estabelecer – ou restabelecer – a confiança e o diálogo ao usuário em relação ao SUS, à unidade de saúde específica e aos profissionais da saúde com os quais se relaciona, contribuindo inclusive na

continuidade do processo de cuidado e de assistência à saúde desses usuários e nesses serviços alcançados.

Nesse viés, os serviços e as instituições públicas podem atuar de forma mais ou menos democrática, ampliando ou diminuindo o espaço para a voz do usuário. A opção institucional pela adoção da ouvidoria mobiliza movimento de dar voz ao usuário como mecanismo necessário na política pública para efetivação de direitos e na gestão administrativa, inclusive por possibilitar o conhecimento das falhas institucionais e evitar deterioração do serviço. Assim, ela se estabelece como um importante sistema interorgânico de defesa dos direitos individuais e coletivos.

Para alcance das finalidades apresentadas, especialmente voltando-se à participação, proteção e defesa dos direitos do usuário do serviço, a norma reguladora do serviço de ouvidoria do SUS prevê, entre suas atribuições, que promova a adoção da mediação entre usuário e a instituição pública. Observa-se, contudo, que a referida adoção não pode se dar de forma irrefletida ou a qualquer modo, sob pena de esvaziar o instrumento, obstar sua eficácia e prejudicar sujeitos e relações.

O tratamento adequado de conflitos no âmbito do serviço público de saúde ganha relevo quando se considera a amplitude do serviço, a universalidade a ele prevista e a repercussão desses conflitos na efetivação do direito. A qualificação do serviço do SUS e a plena assistência à saúde são afetadas pelos conflitos instaurados nas relações e nos sujeitos que compõe o Sistema, contexto em que abordagens dialógicas e cooperativas sobre o conflito configuram meio para fortalecer e efetivar a política de saúde e os vínculos que a permeiam.

Nada obstante, a regulação social e a intermediação dos vínculos e das relações apontam a pertinência com a mediação considerada enquanto processo não limitado à resolução de conflitos, mas como instrumento de gestão deles e de regulação social, a impulsionar nos envolvidos a participação ativa e o empoderamento para, com auxílio do mediador, se apropriarem de seus conhecimentos e recursos e definirem cooperativamente ações sobre suas relações e eventuais questões conflituosas.

Tendo em vista esses elementos, em análise teórica da questão, a mediação capaz de ampliar o acesso à justiça via direitos na saúde pública e pertinente às atribuições formalmente estabelecidas à ouvidoria do SUS é aquela não restrita à técnica de resolução de conflitos e voltada para a regulação das relações sociais ou institucionais e para a informação dos sujeitos.

Considerando o mediador como especialista em qualidade relacional, que media a construção de relações e diálogos ou a restauração daqueles degradados, acolhendo as

considerações dos sujeitos envolvidos e ajudando-os a transformar esse material conflitante, identificou-se a pertinência da mediação em diversos aspectos da atuação da ouvidoria do SUS, mediante a devida e prévia valoração de sua adequação à circunstância abordada. Contudo, a análise da realidade material dos serviços de ouvidoria do SUS e dos dados concretos do serviço obtidos na pesquisa apontaram que a mediação de relações e vínculos é inadequada e inaplicável à ouvidoria genericamente considerada, notadamente em razão do recorrente distanciamento do ouvidor ao vínculo por ser a manifestação tratada por setor diverso, da delimitação da competência e atuação da ouvidoria a restringir intervenções possíveis e da formalização de seu agir em tipologias e fluxos específicos e enrijecidos nos contornos do processamento das manifestações.

Todavia, constatou-se a presença e a utilização de outras abordagens e técnicas dialógicas, de cooperação, de qualificação das relações e da comunicação e de abordagem construtiva do conflito distintas da mediação, o que corrobora o apontamento de que a mediação é um instrumento entre outros disponíveis à ouvidoria do SUS em suas possibilidades de atuação. Ademais, pode-se constatar a presença de mediação enquanto mediação administrativa intersetorial ou interinstitucional, tendo em vista as atribuições e atuações potenciais da ouvidoria do SUS no sentido de avaliação e melhoria do serviço de saúde, de promover vias e problematizações para o aperfeiçoamento da ação de profissionais e gestores e de fornecer dados e informações relevantes ao planejamento e à conformação da política pública em saúde, viés no qual se pode identificar uma atuação da ouvidoria no sentido de regulação social.

Por sua vez, a análise realizada evidenciou ampla pertinência e efetiva adequação para da mediação informativa aos serviços de ouvidoria do SUS, segundo os parâmetros expostos como integrantes do método, destacando-se a orientação e o esclarecimento do usuário sobre o direito à saúde, sobre o SUS e sobre os modos de efetivar seus direitos na saúde pública, inclusive na hipótese de violação e necessária reparação, conjuntura que compõe dimensão para o acesso à justiça pela via dos direitos no âmbito da saúde.

Saliente-se a importância e a essencialidade de fortalecer e aperfeiçoar o uso da mediação nas situações e abordagens em que se faça adequada mediante a capacitação e habilitação específica em mediação ao ouvidor que venha a atuar como mediador e mediante garantia dos elementos apontados como essenciais ao método. Com efeito, em que pese a análise realizada tenha apontado que a mediação informativa já encontra aplicação na ouvidoria do SUS, sua implementação alargada e qualificada requer atenção a referidos parâmetros.

Este estudo pretende contribuir ao uso adequado da mediação promoção do acesso à justiça via direitos na saúde pela atuação dos serviços de ouvidorias em todo o SUS sem esgotar o tema, notadamente tendo em vista que referida análise a nível de ouvidorias individualizadas exige consideração de suas particularidades e realidades.

A ouvidoria no SUS, além de ser instituída como um serviço de defesa de direitos e interesses, constitui via potencial de efetivação e ampliação de direitos e de fortalecimento do SUS. A instituição da saúde pública por diretrizes abstratas e projetos políticos gera um *déficit* analítico na conformação da política pública correlata, o que corrobora a relevância da ouvidoria do SUS em seu potencial promoção de visibilidade aos elementos sociológicos e de uma análise da realidade concretizada em diagnóstico advindo das manifestações que permita informar os gestores e orientar deliberações e execução de medidas.

## REFERÊNCIAS

BARUCH, Robert A.; FOLGER, Joseph P. The promise of mediation. In: MENKEL-MEADOW, Carrie; LOVE, Lela Porter; SCHNEIDER, Andrea Kupfer. **Mediation: practice, policy and ethics**. New York City: Aspen Publishers, 2006, p. 121-123.

BONAFE-SCHMITT, Jean-Pierre. Os modelos de mediação: modelos latinos e anglo-saxões de mediação. **Meritum** – Revista de Direito da Universidade FUMEC. Belo Horizonte, v. 7, n. 2, jul-dez 2012, p. 181-227.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: [http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_18.pdf](http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf). Acesso em: 13 nov. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Portaria nº 581, de 9 de março de 2021. Estabelece orientações para o exercício das competências das unidades do Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo federal, instituído pelo Decreto nº 9.492, de 5 de setembro de 2018, dispõe sobre o recebimento do relato de irregularidades de que trata o caput do art. 4º-A da Lei nº 13.608, de 10 de janeiro de 2018, no âmbito do Poder Executivo federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 10 mar. 2021.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. **Fala.BR**: Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação. Disponível em: <https://falabr.cgu.gov.br/web/home>. Acesso em: 01 jul. 2023a.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun. 2011a.

BRASIL. Decreto nº 9.492, de 05 de setembro de 2018. Regulamenta a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, que dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública federal, institui o Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo federal, e altera o Decreto nº 8.910, de 22 de novembro de 2016, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 set. 2018a.

BRASIL. Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. **Diário Oficial da União**. Brasília, 28 nov. 2023b.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a.

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**, Brasília, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 18 mai. 1998.

BRASIL. Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 18 nov. 2011b.

BRASIL. Lei n. 13.105 de 16 de março de 2015 (Novo Código de Processo Civil). Código de Processo Civil. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2015a.

BRASIL. Lei n. 13.140 de 26 de junho de 2015. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2015b.

BRASIL. Lei n. 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**. Brasília, 27 jun. 2017a.

BRASIL. Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). **Diário Oficial da União**. Brasília, 14 ago. 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf](http://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf). Acesso em: 03 fev. 2024a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estados da Federação com as Ouvidorias do SUS implantadas**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvidoria-do-sus/sistema-nacional-de-ouvidorias-do-sus/estados-da-federacao-com-as-ouvidorias-do-sus>. Acesso em: 20 mar. 2023c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo sistema OuvidorSUS passa a funcionar na maioria dos estados**: Inovações visam agilizar os processos de trabalho das ouvidorias do SUS. Brasília, 17 nov. 2023d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/novo-sistema-ouvidorsus-passa-a-funcionar-na-maioria-dos-estados>. Acesso em: 16 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 20 jul. 2024c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 30 set. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviços do Disque Saúde 136**. [s.d.]. Brasília. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvsus/servicos/servicos-do-disque-saude-136>. Acesso em: 15 mar. 2024b.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde**. Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. 1986. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 15 nov. 2023.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. **Acesso à Justiça**. Tradução de Elen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris, 2002.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), 1978. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 15 abr. 2024.

CONFERÊNCIA GLOBAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Astana**. Astana, Cazaquistão, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ. **Judicialização da saúde no Brasil**: dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ. **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Série Justiça Pesquisa, Relatório Analítico Propositivo. Insper – Instituto de Ensino e Pesquisa. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/95da70941b7cd226f9835d56017d08f4.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ. **Judicialização e saúde**: ações para acesso à saúde pública de qualidade. Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento: Brasília, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ. **Resolução nº 125, de 29 de novembro de 2010**. Dispõe sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/156>. Acesso em: 15 mar. 2023.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Poblete Vilches e outros vs. Chile**. Sentença de 08 de março de 2018 (Mérito, Reparações e Custas). Disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_349\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf). Acesso em: 29 fev. 2024.

COSTA, Caio Túlio. **O relógio de Pascal**: a experiência do primeiro ombudsman da imprensa brasileira. 2. ed. São Paulo: Geração, 2006.

CURI, Eduardo. Direito, saúde e cidadania. **REDE Revista Institucional do Ministério Público de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Procuradoria-Geral de Justiça de Minas Gerais, ano IX, edição 22, março de 2014, p. 24-31.

CYRILLO, Rose Meire. Ouvidorias: um aporte necessário. **Revista do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios**, Brasília, n. 9, p. 193-211, 2015.

DALLARI, Sueli Gandolfiu. O Sistema Único de Saúde. **Enciclopédia jurídica da PUC-SP**. Celso Fernandes Campilongo, Alvaro de Azevedo Gonzaga e André Luiz Freire (coords.). Tomo: Direito Administrativo e Constitucional. Vidal Serrano Nunes Jr., Maurício Zockun, Carolina Zancaner Zockun, André Luiz Freire (coord. de tomo). 2. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2021.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE RONDÔNIA. **Programa SUS Mediado**. Disponível em: <https://www.defensoria.ro.def.br/programas-projetos/sus-mediado>. Acesso em: 05 mar. 2024.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. **SUS Mediado**. 2022. Disponível em: <https://www.defensoria.rn.def.br/projetos/8615/>. Acesso em: 05 mar. 2024.

DEUTSCH, Morton. A Resolução do Conflito. In: AZEVEDO, André Gomma de (org.). **Estudos em Arbitragem, Mediação e Negociação – Vol. 3**. Brasília, Grupos de Pesquisa, 2004, cap. 5.

SCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Ligia. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012, p. 385-434.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. **Linha do Tempo**: Conferências Nacionais de Saúde. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>. Acesso em: 08 abr. 2023.

GEBRAN NETO, João Pedro; SCHULZE, Clenio Jair. **Direito à saúde**: análise à luz da judicialização. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016.

GOMES, Manoel Eduardo Alves Camargo e. A institucionalização do Ombudsman no Brasil. **Revista de Direito Administrativo**, v. 167, p. 1–21, 1987. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rda/article/view/45462>. Acesso em: 15 fev. 2024.

GOTTSCHALL, Carlos Antonio Mascia. **Medicina hipocrática**: antes, durante e depois. Porto Alegre: Stampa, 2007.

GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle. **A mediação**. Belo Horizonte: RTM, 2018.

GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle. **Hôpital e Médiation**. Paris: L'Harmattan, 1999.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; DIAS, Maria Tereza Fonseca; NICÁCIO, Camila Silva. **(Re)pensando a pesquisa jurídica: teoria e prática**. 5. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Almedina Brasil, 2020.

HENRIQUE, Milene de Carvalho; BRITO, João Ornato Benigno; MEL, Musa Denaise de Sousa Morais. Eficiência na solução das demandas de judicialização da saúde na Comarca de Araguaína-TO. Anais dos III Congresso Iberoamericano de Direito Sanitário / II Congresso Brasileiro de Direito Sanitário. **Caderno Ibero Americano de Direito Sanitário**. Brasília, v.2, n.2, jul./dez. 2013, p. 320-338.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional de saúde**. Coordenação de Trabalho e Rendimento, Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/pesquisa-nacional-de-saude>. Acesso em 26 out. 2023.

LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira; NORONHA, José Carvalho de. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Ligia. **CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012, p. 435-472.

LUCHIARI, Valeria Ferioli Lagrasta. **Mediação judicial: análise da realidade brasileira – origem e evolução até a Resolução n. 125, do Conselho Nacional de Justiça**. GRINOVER, Ada Pellegrini; WATANABE, Kazuo (coord.). Rio de Janeiro: Forense, 2012.

MANCUSO, Rodolfo de Camargo. **Acesso à justiça: condicionantes legítimas e ilegítimas**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

MANZINI, Eduardo José. A entrevista na pesquisa social. **Didática**. São Paulo, v. 26/27, 1991, p. 149-158.

MASSING, Louise. **La “Médiation” à l’hôpital: utopie ou réalité pour l’usager**. Management en Milieu de Santé. Publicado em 18 ago. 2017. Disponível em: <https://managersante.com/2017/08/18/la-mediation-a-lhopital-utopie-ou-realite-pour-lusager/>. Acesso em: 15 mar. 2023.

MELLO, Celso Antônio Bandeira. **Serviço público e concessão de serviço público**. São Paulo: Malheiros, 2017.

MOORE, Christopher W. **O Processo de mediação**. Estratégias práticas para a resolução de conflitos. Tradução de Magda França Lopes. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MOSCOVICI, Serge; DOISE, Willem. **Dissensões e consenso: uma teoria geral das decisões colectivas**. Tradução de Maria Fernanda Jesuino. Lisboa: Livros Horizonte, 1991.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. ©2024. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 01 mar. 2024.

NICÁCIO, Camila Silva. Direito e Mediação de Conflitos: entre metamorfose da regulação social e administração plural da justiça. **Revista da Faculdade de Direito UFMG**. Belo Horizonte, n. 59, 2011, p. 11-56.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de (org.). **Judicialização de Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS - OEA. **Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem**. 1948. Disponível em: [https://www.cidh.oas.org/Basicos/Portugues/b.Declaracao\\_Americana.htm](https://www.cidh.oas.org/Basicos/Portugues/b.Declaracao_Americana.htm). Acesso em: 01 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS - OEA. **Convenção Americana de Direitos Humanos**: Pacto de São José. São José, Costa Rica, 1969. Disponível em: [https://www.cidh.oas.org/Basicos/Portugues/c.Convencao\\_Americana.htm](https://www.cidh.oas.org/Basicos/Portugues/c.Convencao_Americana.htm). Acesso em: 30 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS - OEA. **Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**: Protocolo de San Salvador. 1988. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/mandato/Basicos/sansalvador.asp>. Acesso em: 20 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**, 1946. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Seventy-seventh World Health Assembly**: Social participation for universal health coverage, health and well-being. Genebra: 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/29-05-2024-seventy-seventh-world-health-assembly---daily-update--29-may-2024>. Acesso em: 01 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese>. Acesso em: 10 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. 1966. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese>. Acesso em: 10 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A saúde e os direitos humanos**: Documento conceitual. CD50/12. 50º Conselho Diretor; 62ª Sessão do Comitê Regional, 2010a, Washington, D.C., EUA. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31127>. Acesso em 15 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Resolução**: A saúde e os direitos humanos. CD50.R8. 50º Conselho Diretor; 62ª Sessão do Comitê Regional, 2010b, Washington, D.C., EUA. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31127>. Acesso em 15 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Health Agenda for the Americas 2008-2017**. 2007. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/agenda-saude-para-americas-2008-2017-0>. Acesso em 15 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **History of PAHO**. 2024a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/44>. Acesso em 15 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Sustainable Health Agenda for the Americas 2018-2030**. 2024b. Disponível em: <https://www.paho.org/en/sustainable-health-agenda-americas-2018-2030>. Acesso em 15 abr. 2024.

OUVERNEY, Assis Luiz Mafort; CARVALHO, André Bonifácio de; MACHADO, Nádia Maria da Silva; MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes. Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 43, n. especial 7 dez, p. 75–91, 2022.

OUVIDORIA-GERAL DO SUS - OUVSUS. **Relatório de Gestão – Ouvidoria-Geral do SUS 2022**. Ministério da Saúde. Brasília/DF: 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvsus/ouvidoria-em-numeros/relatorios-de-gestao/relatorio-de-gestao-ouvsus-2022/view>. Acesso em: 29 jun. 2024.

OUVIDORIA-GERAL DO SUS - OUVSUS. **Relatório de Gestão – Ouvidoria-Geral do SUS 2021**. Diretoria de Integridade do Ministério da Saúde. Brasília/DF: 2022. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvsus/ouvidoria-em-numeros/relatorios-de-gestao/relatorio-ouvsus-versao-final\\_ascom\\_compressed.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvsus/ouvidoria-em-numeros/relatorios-de-gestao/relatorio-ouvsus-versao-final_ascom_compressed.pdf/view). Acesso em: 12 set. 2023.

PAIM, Patrícia; MARQUETO, Alessandra; LOPES, Ivaneide de Oliveira. Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde: experiência do Distrito Federal. In: SANTOS, René (org.). **Para Entender a Gestão do SUS – 2015**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: [https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO\\_A\\_SAUDE-ART\\_17B.pdf](https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_17B.pdf). Acesso em: 04 set. 2023.

PCDaS. **Plataforma de Ciência de Dados aplicada à Saúde**. Laboratório de Informação em Saúde (Lis). Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Disponível em: <https://pcdas.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 22 jul. 2024.

PEREIRA, Luiza Helena. **Ouvidoria Hospitalar: disciplinamento e envolvimento como estratégias rumo à democratização**. 2000. Tese (Doutorado em Sociologia). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 14. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013.

PORTALES, Carlos; RODRIGUEZ-PINZON, Diego. Building prevention in order to protect: the Inter-American Human Rights System. **Anuario Colombiano de Derecho Internacional**. Bogotá, v. 10, 2017, p. 261-294.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa.** Ottawa, 1986. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: 15 abr. 2024.

PROCURADORIA GERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - PGE/RJ. **Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS).** Conselho Federal de Medicina do Brasil: 2023. Disponível em: <https://pge.rj.gov.br/mais-consenso/camara-de-resolucao-de-litigios-de-saude-crls>. Acesso em: 02 fev. 2024.

REIS, Ludmila Costa. **Processo coletivo extrajudicial:** a construção de consensos em conflitos coletivos como instrumento de controle de políticas públicas. 2018. Tese (Doutorado em Direito). Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

SENA, Adriana Goulart Orsini; SILVA, Nathane Fernandes da. Entre a promessa e a efetividade da mediação: uma análise da mediação no contexto brasileiro. **Revista Jurídica da Presidência**, v. 18, n. 115, 2016, p. 331-356.

SILVA, Lucas Jerônimo Ribeiro da. **Acesso à justiça juvenil e mapeamento de conflitos no direito da criança e do adolescente:** diálogo internacional e novas designações à luz da política pública de justiça juvenil restaurativa do município de San Isidro – Argentina. 2017. Dissertação (Mestrado em Direito). Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

SILVA, Nathane Fernandes da. **Da mediação voltada à cidadania às essencialidades da atuação do mediador:** a independência, a equidistância e o não-poder. 2013. Dissertação (Mestrado em Direito). Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

SILVA, Nathane Fernandes da. **O diálogo dos excluídos:** a mediação social informativa como instrumento de ampliação do acesso à justiça no Brasil. 2017. Tese (Doutorado em Direito). Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

SIX, Jean-François. **Dinâmica da Mediação.** Tradução de Giselle Groeninga de Almeida, Águida Arruda Barbosa e Eliana Riberti Nazareth. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

SIX, Jean-François. **Le Temps des Médiateurs.** Paris: Éditions du Seuil, 1990.

SOLER, Raul Calvo. **Mapeo de conflictos:** técnica para la exploración de los conflictos. Barcelona: Editorial Gedisa, 2014.

SPINETTI, Simone Ribeiro. **A ouvidoria nos três níveis de gestão da saúde.** 2007. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

THIBAU, Tereza Cristina Sorice Baracho; GAZZOLA, Luciana de Paula Lima. A possibilidade de tutela coletiva do direito humano e fundamental à saúde no Estado Constitucional. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais.** Belo Horizonte, n. 65, jul./dez. 2014, p. 651-669.

WARAT, Luis Alberto. **O Ofício do Mediador**. Florianópolis: Habitus, 2001.

WARAT, Luis Alberto. **Surfando na pororoca**: o ofício do mediador. MEZZAROBA, Orides et.al. (coord.). Florianópolis: Fundação Boiteux, 2004.

WATANABE, Kazuo. Acesso à justiça e sociedade moderna. *In*: GRINOVER, Ada Pellegrini; DINAMARCO, Cândido Rangel; WATANABE, Kazuo (coords.). **Participação e processo**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1988.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semiestruturada

1. Qual o seu grau de escolaridade? No caso de conclusão do ensino superior, qual curso e área de atuação?
2. Essa formação contribuiu com sua atuação como Ouvidor(a)? De que modo?
3. Você fez curso ou recebeu formação específica para atuação como Ouvidor(a)?
4. Quais as maiores dificuldades na sua atuação como Ouvidor(a)?
  - a. O que você tem feito para lidar com essas dificuldades?
  - b. Há alguma medida institucional para tratamento das dificuldades apresentadas?
5. Quais avanços e destaques você identifica na atuação dos serviços de ouvidorias do SUS?
6. Quais os desafios e dificuldades você identifica na atuação dos serviços de ouvidorias do SUS?
  - a. Há alguma medida institucional para tratamento dos desafios e das dificuldades apresentadas?
7. Como você avalia a relação existente na Rede Nacional de Ouvidorias do SUS e com a Ouvidoria-Geral do SUS? A atuação delas tem colaborado para o serviço de ouvidoria estadual e local?

Se sim, de que modo?

Se não, que razões você identifica como causadoras disso?
8. Como é a interação dos serviços de Ouvidoria com os demais órgãos integrantes do SUS? Explique sua resposta.
9. Na sua opinião, os serviços de Ouvidoria do SUS influenciam a efetivação do direito à saúde? Como?

10. Na sua opinião e pela sua experiência, qual(is) a(s) principal(is) dificuldade(s) ou desafio(s) atual(is) na efetivação do direito à saúde?

11. Na sua avaliação, os conflitos interpessoais envolvendo usuários e profissionais de saúde levados às Ouvidorias do SUS são recorrentes?

a. Como esses conflitos têm sido tratados?

b. Quais são as dificuldades no tratamento desses conflitos?

c. Na sua perspectiva, o que contribui para o tratamento adequado desses conflitos?

12. Enquanto Ouvidor(a), você lida pessoalmente com conflitos envolvendo usuários do SUS e profissionais de saúde?

13. Você teve alguma formação em tratamento de conflitos?

14. Você conhece a mediação? Como?

a. Qual é a presença da mediação na sua atuação cotidiana como Ouvidor(a)?

15. Há algo mais que você queira dizer?

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para realização das entrevistas**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do Projeto:** Acesso à Justiça pela Via dos Direitos no Âmbito da Saúde: Mediação nas Ouvidorias Públicas Hospitalares

Prezado(a),

Leia cuidadosamente o que segue e pergunte à pesquisadora em contato sobre qualquer dúvida que tenha. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, caso aceite colaborar com o estudo, assine ao final deste documento, em duas vias. Uma via pertence ao(à) senhor(a) e a outra à pesquisadora responsável.

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem por objetivo analisar a utilização da mediação pelos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando se há sua efetiva adoção e vias de adequação dessa inserção no tratamento de conflitos e na promoção do acesso à justiça pela via dos direitos sobre o direito à saúde.

Para participar deste estudo, solicita-se sua especial colaboração por meio de uma entrevista, a ser agendada para o momento mais oportuno para o(a) senhor(a). A entrevista será preferencialmente por videoconferência, através de plataforma virtual (Google Meet ou Zoom), ou, se melhor atender à sua disponibilidade, de forma presencial, com duração aproximada de 60 a 90 minutos.

A entrevista será gravada (em áudio e/ou vídeo segundo o meio adotado, se presencial ou virtual) e transcrita exclusivamente para uso na finalidade desta pesquisa, que ficará armazenada com as pesquisadoras em arquivo digital por 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A imagem e a voz do(a) entrevistado(a) não serão exibidas de forma parcial ou total em qualquer apresentação ou publicação. O nome do(a) entrevistado(a) não será divulgado nem exibido na pesquisa ou nos trabalhos científicos a ela relacionados.

O(A) senhor(a) pode se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo.

Com relação aos riscos de participação na pesquisa, pode-se mencionar possíveis desconforto, insegurança e/ou ansiedade ao responder às perguntas da entrevista, e a

possibilidade de cansaço e/ou restrição de abordar algum tema sigiloso em sua atuação profissional. No entanto, esclarecemos que seu nome não será divulgado, o(a) senhor(a) terá a liberdade de não responder sobre tal tema e sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento.

Os resultados da pesquisa serão utilizados na elaboração de tese de Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Minas Gerais e em trabalhos científicos a serem publicados e/ou apresentados oralmente em congressos e palestras sem revelar seu nome, adotados apenas para fins acadêmicos e científicos, e serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa.

Espera-se, com os resultados deste estudo, contribuir e incentivar na adoção da mediação nos serviços de ouvidoria do SUS, especialmente no que tange ao tratamento de conflitos e ao acesso à justiça pela via dos direitos no âmbito da saúde.

O(A) senhor(a) não terá nenhum gasto com a participação no estudo e não receberá qualquer remuneração ou benefício para tanto. Caso ocorram danos comprovadamente decorrentes da pesquisa, o(a) senhor(a) terá direito a ser compensado(a) conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora responsável e a pesquisadora assistente poderão fornecer qualquer esclarecimento sobre o estudo, assim como tirar dúvidas, bastando entrar em contato pelos telefones e/ou e-mails:

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Profa. Dra. Adriana Goulart de Sena  
Orsini**

**E-mail: [adrisena@ufmg.br](mailto:adrisena@ufmg.br) - Telefone: (31) 3409-8709**

**PESQUISADORA ASSISTENTE: Doutoranda Cibele Aimée de Souza**

**E-mail: [cibeleaimee@yahoo.com.br](mailto:cibeleaimee@yahoo.com.br) - Telefone: (31) 98849-2701**

No caso de dúvidas éticas, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, localizado na Avenida Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG, poderá ser contatado pelo telefone (31) 3409-4592 ou pelo e-mail: [coep@prpg.ufmg.br](mailto:coep@prpg.ufmg.br).

Li as informações contidas neste documento antes de assinar este termo.

Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmo

que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me negar a participar da pesquisa, sem qualquer penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar desta pesquisa, respondendo à entrevista, e autorizo a gravação da entrevista para uso exclusivo na pesquisa.

---

NOME DO PARTICIPANTE (em letra de forma)

---

ASSINATURA DO PARTICIPANTE DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /202\_\_

---

ADRIANA GOULART DE SENA ORSINI  
Pesquisadora Responsável

---

CIBELE AIMÉE DE SOUZA  
Pesquisadora Assistente