

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

NAJLA NICOLE DE OLIVEIRA BURGO

A CONTRIBUIÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DA OUVIDORIA DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

PONTA GROSSA
2024

NAJLA NICOLE DE OLIVEIRA BURGO

A CONTRIBUIÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DA OUVIDORIA DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual de Ponta Grossa, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Serviço Social.

Orientadora (a): Prof^a Dr^a Jussara Ayres Bourguignon

PONTA GROSSA

2024

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao meu pai celestial Jeová que me deu força espiritual para não desistir nos momentos difíceis e que me proporcionou a realização desta conquista.

A minha mãe Marilene que sempre me inspirou com sua força e coragem a enfrentar as adversidades da vida e foi a minha maior incentivadora.

As minhas irmãs Larissa e Tetellyn que mesmo com a distância me fortaleceram com palavras e sempre acreditaram no meu potencial.

As amigadas que tive o privilégio de cultivar durante a graduação e que me auxiliaram nesse processo.

Agradeço a todos aqueles que me acompanharam e incentivaram nesta trajetória de vida.

Aos professores que me orientaram no decorrer do desenvolvimento dessa pesquisa, sendo a Prof^a Dr^a Danuta, professor Dr Lucas, a Prof^a Mestra Mariane, e em especial a Prof^a Dr^a Jussara, sou imensamente grata pelo aprendizado, pela paciência e compreensão. Ambos são uma grande expiração.

Também, reconheço eu mesma pela persistência e por ter suportado esse processo que ao mesmo tempo que é prazeroso, do mesmo modo é composto por lutas diárias.

Por fim, agradeço aos professores do departamento de Serviço Social e às supervisoras de campo de estágio que me deram oportunidade e autonomia para estar desenvolvendo minha atuação nestes espaços, assim como por todo conhecimento adquirido, ambos contribuíram com minha formação profissional.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso (OTCC) tem como intuito refletir sobre a relevância da prática do profissional de Serviço Social na Ouvidoria do SUS. Esta pesquisa se classifica como exploratória e descritiva e utiliza como recursos metodológicos a pesquisa bibliográfica e documental. Os resultados da investigação estão organizados em dois capítulos. O primeiro capítulo trata de situar o processo de desenvolvimento da política pública de saúde no Brasil, destacando alguns marcos históricos que influenciaram sua construção e formatação atual. No segundo capítulo caracteriza a Ouvidoria, sua implementação no SUS e pontua os marcos normativos que fundamentam sua consolidação. Por fim, o segundo capítulo contextualiza a inserção do (a) Assistente Social no setor de saúde pública, apresentando suas atribuições e competências e instrumentais técnico-operativos, além de refletir sobre sua intervenção na Ouvidoria do SUS em que vem colaborando em conjunto com a equipe do setor para o fortalecimento desse espaço de participação da sociedade e efetivação da política de saúde pública.

Palavras-chaves: Política de Saúde, Ouvidoria do SUS, Prática Profissional do Serviço Social

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Fluxo de Trabalho Interno.....	79
QUADRO 2 - Algumas atribuições do assistente social e da ouvidoria SUS.....	92
QUADRO 3 - Instrumentais técnicos - operativos utilizados na Ouvidoria do setor de saúde pública.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI	Associação Brasileira de Imprensa
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AI	Ato Institucional
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
ARENA	Aliança Renovadora Nacional
ASSETANS	Associação dos Servidores e Trabalhadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAM	Central de Atendimento Mulher
CF/1988	Constituição Federal do Brasil de 1988
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CAMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CPIs	Comissões Parlamentares de Inquérito
COVID	Corona Virus Disease
DDAES	Disque Denúncia de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes
DGSP	Diretoria Geral da Saúde Pública
DDT	Dicloro-Difenil-Tricloroetano
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DenaSUS	Departamento Nacional de Auditoria do SuS

DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DOGES	Departamento de Ouvidoria Geral do SUS
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura
FAQ	Frequently Asked Questions
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IAPETEL	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Estivadores e Transportadores de Cargas
INPS	Instituto Nacional do Seguro Social
JK	Juscelino Kubitschek
LAI	Lei de Acesso à Informação
MS	Ministério da Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB	Normas Operacionais Básicas
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONU	Organização das Nações Unidas
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDC	Partido Democrata Cristão

PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PNH	Política Nacional de Humanização
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política da Atenção Básica
PNS	Plano Nacional de Saúde
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PLIP	Projeto de Lei de Iniciativa Popular
PNAB	Política da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAC	Serviço de Atendimento ao Consumidor
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGEP	Secretária de Gestão Estratégica e Participativa
SNO	Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS
SUCAM	Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UDN	União Democrática Nacional
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
URA	Unidade de Resposta Audível

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	10
CAPÍTULO 1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	15
1.1 MARCOS HISTÓRICOS DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	15
1.2 MARCOS CONCEITUAIS DA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 1980: MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA E O DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE.....	36
CAPÍTULO 2 IMPLEMENTAÇÃO DA OUVIDORIA NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	57
2.1 OUVIDORIA DO SUS COMO INSTRUMENTO DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: BASES LEGAIS PARA SUA CONSOLIDAÇÃO NO SUS	57
2.2 O PAPEL DA OUVIDORIA NO CONTEXTO DO SUS.....	75
2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA OUVIDORIA DE SAÚDE PÚBLICA.....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
REFERÊNCIAS.....	107
ANEXO A - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ÉTICO.....	115

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A pesquisa que foi desenvolvida aborda o tema Serviço Social no âmbito da Ouvidoria de saúde pública, mais precisamente com foco na contribuição da atuação dos (às) assistentes sociais, nesse espaço sócio-ocupacional. A partir disso, analisou-se as relações entre os preceitos da profissão e o espaço da Ouvidoria como um local de participação social na construção de uma política de saúde mais efetiva.

Para a construção deste trabalho inicialmente foi desenvolvido um projeto de pesquisa, a fim de definir o objeto de estudo e organizar de que forma seria conduzida a investigação da pesquisa. Para tal, foram feitas aproximações teóricas iniciais sobre o tema, no qual realizou-se um processo de problematização em torno da temática da Ouvidoria como um espaço capaz de garantir o envolvimento da sociedade na administração pública e o fortalecimento de uma democracia participativa. Posteriormente a pesquisa buscou compreender a articulação do profissional de Serviço Social com a consolidação desse espaço como um locus importante para as expressões das demandas sociais frente a política de saúde, relacionando as diretrizes da profissão com o projeto de democracia participativa expresso na Ouvidoria do SUS.

O processo de problematização da referida temática buscou discutir as seguintes indagações: O que são ouvidorias do SUS? Quais normativas regulamentam a Ouvidoria do SUS? Quais as atribuições da Ouvidoria do SUS? De que forma ocorre o trabalho do (a) Assistente Social na Ouvidoria do SUS? De que maneira o (a) Assistente Social vem subsidiando a promoção e garantia dos direitos da população usuária da Ouvidoria do SUS?

Neste sentido, como forma de delimitação para esta pesquisa, definiu-se por pergunta central: Qual a contribuição da atuação do (a) Assistente Social na Ouvidoria do SUS?

O interesse pela temática deu-se a partir da prática no Estágio Supervisionado em Serviço Social I (obrigatório) realizado na Ouvidoria do SUS no Hospital do Coração Bom Jesus de Ponta Grossa, Paraná, em 2022, no qual houve a oportunidade de conhecer esse recente espaço de trabalho do (a) Assistente Social em que atua como ouvinte recebendo as manifestações dos usuários e buscando em conjunto com a equipe de profissionais, realizar uma análise ética das demandas apresentadas e resolução das mesmas.

Foi justamente por meio das demandas que se apresentaram durante esse período que percebemos a importância dos (as) assistentes sociais, e suas potencialidades no espaço de trabalho, para resolver estas possíveis manifestações, contribuindo também com a produção de conhecimento e materiais que auxiliam no desenvolvimento do controle social e na garantia dos direitos dos pacientes e familiares, em consonância com as competências e atribuições deste profissional no campo da saúde.

Outro motivo pela escolha do tema se dá em razão de poucas pesquisas em trabalhos de conclusão de curso (TCC) ou presente em publicações na área de Serviço Social. Além disso, durante as disciplinas obrigatórias da graduação, apresenta-se a matéria relativa à política pública de saúde e um dos aspectos apresentados foi em relação às ouvidorias do SUS como um recente espaço de atuação do (a) Assistente Social e que ainda é desconhecido por parte da população e pela própria profissão. Conforme explicitado por Medeiros (2017, p. 38):

A participação dos assistentes sociais nos espaços de fortalecimento do controle social, mesmo diante de alguns desafios vem oferecendo contribuições ao fortalecimento dos sujeitos coletivos que nas instâncias de controle social do SUS, dentre os quais vem se ampliando a inserção nos espaços da ouvidoria SUS.

Visto que a Ouvidoria é fundamental para a participação social e controle social da política pública de saúde, no entanto há pouca produção ou quase inexistente num estudo específico acerca de experiências a respeito desse serviço. Portanto, conclui-se que esta pesquisa pode contribuir para o aprofundamento referente à temática.

A importância das ouvidorias públicas de saúde se dá pela possibilidade de democratização da gestão pública do Estado, sendo conforme colocado no documento denominado de “Manual do Ouvidor para implementação de Ouvidorias do SUS do Paraná” um canal imediato entre a população e os gestores dos serviços de saúde pública, em que fornece informações a população e recebe reclamações, denúncias, solicitações, sugestões e elogios (Paraná, 2015). As ouvidorias são um canal de controle social e instrumento de avaliação de política pública, pois a partir das necessidades apresentadas pelos cidadãos é possível realizar ajustes e melhorias nos serviços prestados pelas instituições.

Logo, cabe ao Serviço Social realizar pesquisas que fundamentam sua inserção nestes espaços, adensando o acúmulo teórico profissional sobre a sua

atuação nesta área, reforçando os vínculos de um projeto societário democrático participativo com o projeto ético - político profissional, com vistas a qualificação dos atendimentos prestados e um melhor desenvolvimento da política pública.

Parte de um ramo de temas que na formação em Serviço Social são relevantes, pois fundamentam ações profissionais pautadas pelo compromisso ético de ampliação da democratização das relações sociais.

Neste sentido, definiu-se alguns objetivos a serem alcançados com vistas à aproximação teórica sobre o tema. A pesquisa teve como objetivo geral: refletir sobre a relevância da prática do profissional de Serviço Social na Ouvidoria do SUS. Como forma de detalhar e guiar outros aspectos da pesquisa, foi estabelecido os objetivos específicos em que consistem: compreender alguns marcos históricos do processo de construção da política de saúde no Brasil; caracterizar o processo de implantação das ouvidorias do SUS e suas atribuições e por fim identificar as particularidades da atuação dos (às) assistentes sociais nas ouvidorias de saúde pública.

Para alcançar os objetivos da pesquisa é necessário explicitar o caminho metodológico. O presente trabalho de Conclusão de Curso classifica-se como uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva e que utiliza como recursos metodológicos a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental.

No que refere-se à pesquisa do tipo exploratória que na perspectiva de Gil (2008, p. 27) tem como características:

Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizada especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

As pesquisas exploratórias iniciam no momento que o pesquisador formula dúvidas a respeito de certo tema, a partir disso começa a elencar possíveis problemas que auxiliam na escolha da teoria e levantamento dos objetivos. Por isso, foi utilizado essa modalidade de pesquisa, pois os estudos exploratórios contribuem para realizar um aprofundamento da teoria, atualizar conceitos e articular procedimentos para indagar a problematização e aproximação da realidade que pretende ser estudada.

No que diz respeito a pesquisa descritiva, Gil (2008, p. 28) considera:

As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

[...] Algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação. Neste caso tem-se uma pesquisa descritiva que se aproxima da explicativa. Por outro lado, há pesquisas que, embora definidas como descritivas a partir de seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias.

Como forma de responder ao objetivo geral desta pesquisa foi utilizado a pesquisa do tipo bibliográfica e documental.

Segundo Lima e Mioto (2007a) a pesquisa bibliográfica não se trata apenas de uma revisão da literatura, mas é uma metodologia utilizada antes de iniciar qualquer pesquisa, sendo necessário um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções até chegar no objeto que pretende ser analisado.

Segundo as autoras Lima e Mioto (2007a, p. 37) a pesquisa bibliográfica refere-se:

[...] como um procedimento metodológico que se oferece ao pesquisador como uma possibilidade na busca de soluções para seu problema de pesquisa. Para tanto, parte da necessidade de exposição do método científico escolhido pelo pesquisador; expõe as formas de construção do desenho metodológico e a escolha dos procedimentos; e demonstra como se configura a apresentação e análise dos dados obtidos. Apresenta, também, um desenho metodológico de aproximações sucessivas, considerando que a flexibilidade na apreensão dos dados garante o movimento dialético no qual o objeto de estudo pode ser constantemente revisto. Enfim, postula que trabalhar com a pesquisa bibliográfica significa realizar um movimento incansável de apreensão dos objetivos, de observância das etapas, de leitura, de questionamentos e de interlocução crítica com o material bibliográfico [...].

Em relação aos materiais bibliográficos alguns dos autores que nortearam a pesquisa foram: Polignano ([2010?]); Escorel e Teixeira (2012); Bravo (2009); Martinelli (2011); Sousa (2008) e Medeiros (2017).

No que concerne à pesquisa documental, Gil (2008, p. 51) afirma:

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

No que diz respeito a certos documentos utilizados: Constituição Federal de 1988; Manual das Ouvidorias do SUS; Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde e a Lei 8.662/1993 que regulamenta a profissão.

Assim, como resultado do processo de pesquisa, este trabalho está organizado em dois capítulos. O primeiro capítulo intitulado como “Política de Saúde no Brasil: Implementação do Sistema Único de Saúde” tem como intenção compreender como se desenvolveu de forma breve o processo histórico da saúde pública no Brasil, ressaltando alguns marcos importantes relativos à atuação do Estado em relação a ações voltadas para a saúde da população, ainda será elencado sobre o movimento da reforma sanitária e a consolidação da política pública de saúde com a Constituição Federal de 1988 e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus respectivos desafios para sua consolidação.

No segundo capítulo intitulado “Implementação da Ouvidoria na Política de Saúde no Brasil” foi realizada uma caracterização de como surgiu as ouvidorias, bem como ocorreu sua implantação na política pública de saúde e suas atribuições enquanto ferramenta de controle social e participação social. Por seguinte, no último subitem foi analisado a inserção dos (às) assistentes sociais na política de saúde, buscando refletir sua contribuição para a Ouvidoria do SUS enquanto sujeito que realiza ações voltadas para a mobilização social, fortalecimento da participação social e controle social. Assim, como visa garantir os direitos dos usuários a partir da socialização dos serviços, promoção de uma política de saúde de forma universal e de qualidade para toda a população. Por fim, foram expostas as considerações finais com os resultados obtidos ao longo da pesquisa.

Sendo assim, este estudo é relevante, pois aponta reflexões que proporcionam o aprofundamento referente à temática, além de favorecer a efetivação deste espaço de participação social e controle social, bem como para a atuação do (a) Assistente Social nesse espaço sócio-ocupacional.

CAPÍTULO 1

POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Esse primeiro capítulo busca refletir de forma breve o processo de implantação da política de saúde no Brasil, a partir de um recorte histórico, tendo como ponto inicial a transição democrática que culminou no fortalecimento da Reforma Sanitária, a saúde enquanto direito social consolidado com a aprovação da Constituição Federal de 1988 e a formulação da Lei Orgânica de Saúde 8.080 de 1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS).

Importante destacar que neste capítulo foram situados alguns marcos essenciais para a política de saúde, não desconsiderando que no contexto de cada governo federal ocorreram muitos outros processos e fatos que interferiram na constituição da política pública em geral.

1.1 MARCOS HISTÓRICOS DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde pública no Brasil é permeada por um processo histórico, diretamente ligado à conjuntura política e socioeconômica que a influenciou e determinou a construção da política de saúde em sua formatação atual. Assim, para compreender a política de saúde brasileira se faz necessário assimilar seus aspectos historicamente determinados através de um breve resgate desta construção.

Um país colonizado, basicamente por degredados e aventureiros desde o descobrimento até a instalação do império, não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte do governo colonizador (Portugal), em criá-lo. Deste modo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar (Polignano, [2010?], p. 03).

Após a vinda da família real portuguesa em 1808, foram instauradas no Brasil as primeiras iniciativas para assegurar a saúde da coroa portuguesa, através de instituições denominadas Fisicatura-mor e Província-mor de saúde responsáveis pela regulamentação dos agentes de cura, inspecionar os portos e fazer o controle das doenças. No mesmo ano da vinda da família real, foi inaugurada a primeira Academia de Medicina na Bahia e em novembro a Escola de Medicina, Anatomia e Cirurgia no Rio de Janeiro, ambos são caracterizados como precursores do estudo da medicina e regulamentação da profissão (Escorel; Teixeira, 2012).

Com o processo de Independência, as ações de saúde pública e de regulamentação da medicina deixaram de ser responsabilidade de instituições ligadas à Coroa portuguesa. Em 1828, foi extinta a Fisicatura-mor e as atividades de saúde ficaram sob a alçada das câmaras municipais existentes nas diversas regiões do país. Atuando de forma totalmente descentralizada, os municípios acabaram agindo de acordo com os interesses e as necessidades locais, normalmente definidos pela classe senhorial. Suas ações, na maioria das vezes, se resumiam à vacinação antivariólica em períodos de epidemias, tentativas de controle da entrada de escravos doentes nas cidades, expulsão das áreas urbanas de acometidos por doenças contagiosas, principalmente os leprosos, e a diversas medidas de purificação do ambiente – como a cremação de ervas e a destruição de lixo – de que a medicina do período fazia uso no combate às epidemias (Escorel; Teixeira, 2012, p. 280).

Segundo, Escorel e Teixeira (2012) no Brasil ainda não existia uma estrutura adequada de formação médica, mas com a independência foram surgindo as primeiras faculdades de medicina, como a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829), sendo, modificada em 1931 para Academia Imperial de Medicina, além de 1932 os cursos de médicos cirúrgicos da Bahia e Rio de Janeiro passarem a ser faculdades de medicina e formular diplomas para médicos, farmacêuticos e parteiras. “[...] Apesar dessas iniciativas, o avanço da medicina oficial não ampliou de pronto os cuidados com a saúde da população, que permaneceu, ainda por muito tempo, recorrendo a diversos agentes de cura [...]” (Escorel; Teixeira, 2012, p. 280-281).

Em meados do século XIX, num contexto de crise sanitária e centralização do poder imperial, inaugurado com o fim do período regencial, a autonomia municipal em relação às ações de saúde começaria a diminuir. A degradação do quadro sanitário do país em muito se deveu ao recrudescimento de epidemias, principalmente as de febre amarela. [...] Para responder a esse quadro, o governo imperial empreendeu uma reforma nos serviços de saúde. [...] Entre 1849 e 1851, estabeleceu-se a Junta Central de Higiene Pública, que passou a coordenar as atividades de polícia sanitária, vacinação antivariólica e fiscalização do exercício da medicina, efetuadas pelas provedorias de saúde criadas nas províncias. Em seu organograma constava, ainda, a Inspetoria de Saúde dos Portos, responsável pela fiscalização sanitária dos portos marítimos e fluviais do país. Vale notar que, por todo esse período, a ínfima atuação do Estado na assistência médica se restringia à internação de doentes graves em lazaretos e enfermarias improvisadas, em tempos de epidemias, e à internação dos loucos no Hospício de Pedro II, criado em 1841 pelo poder imperial (Escorel; Teixeira, 2012, p. 281).

A autora Bravo (2009) pontua que no final do século XVIII a assistência à saúde no país se limitava por meio de entidades filantrópicas ou aqueles que tinham recursos financeiros poderiam ter acesso aos poucos médicos que existiam, em um modelo de saúde completamente diferente do que encontramos atualmente. Mas,

“No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas [...]” (Bravo, 2009, p. 89).

Com a Proclamação da República, estabeleceu-se uma forma de organização Jurídica-Política típica do estado capitalista [...].

A tradição de controle político pelos grandes proprietários (o coronelismo) impôs ainda normas de exercício do poder que representavam os interesses capitalistas predominantemente agrários.

[...] Naturalmente, a falta de um modelo sanitário para o país, deixavam as cidades brasileiras a mercê das epidemias.

No início desse século, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade (Polignano, [2010?], p. 04).

Como forma de amenizar o quadro sanitário, em 1886 foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) tendo como responsabilidades, o controle dos portos, “[...] a fiscalização do exercício da medicina e farmácia, os estudos sobre doenças infecciosas, a organização de estatísticas demográfico-sanitárias e o auxílio aos estados em momentos epidêmicos, sob solicitação dos governos locais” (Escorel; Teixeira, 2012, p. 285). No ano de 1900 surgiu o Instituto Soroterápico Federal, sendo denominado posteriormente de Instituto Oswaldo Cruz, cuja finalidade era o desenvolvimento de vacinas para erradicar as doenças epidêmicas, o instituto é um marco das campanhas sanitaristas.

Por ocasião da entrada de Oswaldo Cruz na DGSP, em 1903, o governo havia mandado ao Congresso um projeto de reestruturação da saúde pública que, entre outras medidas, previa a extensão da obrigatoriedade da vacina a toda a população do país.

[...] Em meados de 1904, em virtude do surgimento de novo surto de varíola na capital, o Executivo enviou à Câmara um projeto reabilitando a obrigatoriedade da vacinação e revacinação contra a varíola em todo o território da República. [...] Os artigos da regulamentação prescreviam multas aos rebeldes e a exigência do atestado de vacinação para matrículas nas escolas, empregos públicos, casamentos, viagens etc. Em 9 de novembro, o regulamento veio a público. Logo uma intensa agitação tomou as ruas do centro do Rio reunindo uma grande massa de descontentes com a medida, incentivados pelo Centro das Classes Operárias, pelo Apostolado Positivista e pela Liga contra a Vacinação Obrigatória.

[...] A lei que regulamentava a vacina serviu de estopim para um grande levante que entrou para a história com o nome de Revolta da Vacina (Escorel; Teixeira, 2012, p. 291).

Ao final do século XIX o país apresentava grandes mudanças no campo econômico, devido ao crescimento do setor cafeeiro e sua influência no campo político, mas com a falta de uma estrutura de saúde adequada para atender toda a população resultou na proliferação de endemias e epidemias de forma acentuada. Por conta disso, o Estado se viu impelido a intervir de maneira mais forte com a realização de campanhas para erradicar as doenças que estavam contaminando a população, porém, é necessário ressaltar que essa ação estatal só aconteceu pelo fato da questão sanitária afetar a economia agroexportadora que estava se desenvolvendo no país (Bravo, 2009).

[...] o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século passado até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitário campanhista (Mendes, 1992 *apud* Polignano, [2010?], p. 06).

Conforme, Polignano ([2010?]) a economia do Brasil era movimentada através da venda de produtos agrícolas para o exterior, mas no início do século XX com o acúmulo do capital agroexportador foi possível instaurar o processo de industrialização, no qual contribuiu para o aumento progressivo da urbanização no país, devido a necessidade do aumento da mão de obra de imigrantes vindos principalmente de Portugal e Itália, pois os mesmos tinham experiência no setor que já era avançado na Europa.

Apesar do desenvolvimento industrial as condições dos trabalhadores ferroviários e das fábricas eram precárias, visto que não tinham nenhum direito trabalhista, à previdência social ou assistência à saúde. Então, os trabalhadores europeus que já haviam passado pela mesma situação e carregavam consigo a ideologia dos movimentos operários, alguns influenciados pelo movimento anarquista e alguns direitos conquistados na Europa, começaram a mobilizar a classe operária brasileira a reivindicar melhores condições de trabalho e direitos sociais, o que resultou em greves gerais e aos poucos uma parte da classe trabalhadora foi conquistando alguns direitos (Polignano, [2010?]).

Ainda, segundo Galvão ([2007?]) durante as décadas de 1910 a 1920 o país enfrentava uma crise no quadro sanitário, levando ao aumento do índice de mortalidade. Esse cenário se somava ao de crise econômica do mercado internacional, por conta da Primeira Guerra Mundial iniciada em 1914, que causou

interferência na economia brasileira e, conseqüentemente, junto a população que passou a sofrer com o desemprego, diminuição do salário, precárias condições de trabalho nas fábricas e escassez da produção de alimentos no mercado interno.

Esta falta de formulação de políticas públicas eficientes e de uma intervenção do Estado com ações voltadas para a saúde levaram ao aumento expressivo dos problemas sociais, fazendo com que a população se revoltasse, passando a promover manifestações e greves nas fábricas com objetivo de pressionar o Estado a desenvolver ações para as questões sociais, o que levou a criação, em 1919, da primeira lei voltada para os acidentes de trabalho e, em 1920, a formação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)¹ (Galvão, [2007?]).

Através das reivindicações da classe trabalhadora na década de 1920 o Estado interviu, a partir do Decreto Legislativo 4.682 com a criação da Lei Elói Chaves, pressionando as empresas que tinham concessão pública a formar, ainda no ano de 1923, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Inicialmente esse benefício de aposentadoria e pensão foi destinado aos ferroviários por consequência das greves e por ser considerado o setor mais forte do período, mas com a mobilização da classe trabalhadora outras empresas adotaram o sistema que passou a ser o precursor da previdência social no país (Westin, 2019). Cabe ressaltar que não era uma proteção de caráter social, mas era voltada aos trabalhadores do âmbito privado, visto que somente os trabalhadores e empregadores que financiavam as CAPs.

O Estado nomeava os presidentes das CAPs que eram divididas por empresas e administradas por uma porcentagem de trabalhadores e outra parte pelos donos das empresas, os benefícios disponíveis eram de acesso a médicos, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de trabalho, idade e invalidez, além de pensão para os dependentes e auxílio funeral (Westin, 2019).

Como visto anteriormente no início do século XX a assistência a saúde estava ligada a inserção no mercado de trabalho formal com a saúde previdenciária ou

¹ O Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) foi criado pelo decreto n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que reorganizou os serviços de saúde e extinguiu a Diretoria-Geral de Saúde Pública, sua antecessora. Subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, ao DNSP coube, dentre outras atribuições, os serviços de higiene no Distrito Federal; os serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais e a inspeção médica de imigrantes e de outros passageiros; a profilaxia rural no Distrito Federal, nos estados e no Território do Acre; o estudo da natureza, etiologia, tratamento e profilaxia das doenças transmissíveis; o fornecimento e a fiscalização do preparo de soros e vacinas, bem como o suprimento dos medicamentos oficiais; a organização e a publicação das estatísticas demógrafo-sanitárias; o exame químico dos gêneros alimentícios e a organização do Código Sanitário, que deveria ser submetido à aprovação do Congresso Nacional (Cabral, 2019).

aqueles que tinham condições financeiras poderiam usufruir de assistência médica nas empresas privadas de saúde, entretanto a outra parte da população ficava à mercê da assistência a saúde de entidades beneficentes, filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdias. Em relação a atuação do Estado na saúde pública ainda ocorria em casos emergenciais quando as endemias e epidemias proliferavam de forma progressiva afetando a população de regiões socioeconômicas importantes e que interferiram na economia capitalista.

Polignano ([2010?]) chama a atenção para as décadas de 1920 a 1930, visto que o país enfrentava uma instabilidade no sistema político da república oligárquica, no qual era comandado pelas regiões de maior importância econômica desse período, mais precisamente vinculada aos estados de São Paulo e Minas Gerais, e no campo econômico, por fatores internos e externos, foi interrompido de forma temporária o dinamismo do setor agroexportador. Esse cenário contribuiu para que em 1930 o governo de Getúlio Vargas colocasse o fim das oligarquias regionais, caracterizado pela expressão política café com leite, onde era decidido por meio das duas regiões quem assumiria a presidência da república.

O final da década de 1920 foi um período de profundas mudanças no cenário nacional. No campo da economia, as repetidas crises de superprodução do café, nossa principal fonte de divisas, vinham determinando diversos rearranjos, como as constantes desvalorizações da moeda (mil réis) para facilitar a exportação ou a compra, pelo governo, da parte excedente da colheita para a manutenção dos preços mínimos. A persistência destes mecanismos de socialização das perdas dos grandes cafeicultores desagradava fortemente aos setores que deles não se beneficiavam, mas que até então não reuniam forças para se contrapor. A crise econômica mundial determinada pela quebra da bolsa de Nova York, em 1929, colocaria a nu as dificuldades desse modelo econômico ao fazer despencar o preço do café. O colapso do setor cobraria altos preços a toda a sociedade, gerando uma intensa crise econômica, logo traduzida numa forte insatisfação social (Escorel; Teixeira, 2012, p. 297).

Com o fim da República Velha é iniciado o governo provisório de Vargas (1939 até 1934), em que se desenvolveu uma nova estrutura de Estado o que foi possível a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e Ministério da Educação e Saúde. Em 1934 até 1937 houve mudanças com relação a constituição, instituiu-se uma nova ordem econômica e social, e posteriormente através da implantação do Estado Novo (1937 até 1945) período mais repressivo do governo, foi concedido um certo acordo entre os produtores agrícolas que dominavam o setor e a burguesia industrial que estava em crise anteriormente, o governo passou a gerir

o processo de expansão do capital para que não ocorresse uma instabilidade do setor agrário novamente (Polignano, [2010?]).

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. (Bravo, 2009, p. 91).

Em relação à previdência social, o Estado começou a atender todas as categorias da classe operária, as CAPs foram substituídas pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs). No ano de 1933 surgiu o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), em seguida em 1934 o dos Comerciários (IAPC) e respectivamente dos Bancários (IAPB), em 1936 o dos Industriários (IAPI), e em 1938 o dos Estivadores e Transportadores Cargas (IAPETEL), (Polignano, [2010?]).

Apesar do incremento da assistência médica individual determinada pela expansão do modelo previdenciário, é necessário observar que essa assistência se limitava aos trabalhadores inseridos nos domínios do trabalho assalariado formal e organizados nos cânones do sindicalismo atrelado aos interesses do Estado, instituído pelo governo de Getúlio. Nesse sentido, todo o aparato institucional previdenciário e de assistência médica foi vinculado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, criado em 1931. Numa concepção de cidadania regulada, restrita ao mundo do trabalho formal, os desempregados, subempregados e trabalhadores rurais estavam à margem das ações de assistência à saúde do Estado (Santos, 1987 *apud* Escorel; Teixeira, 2012, p. 300).

No período do governo de Vargas, um dos aspectos centralizadores do processo de política de saúde em seu governo, foi a partir da incorporação e reforma de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) (Escorel; Teixeira, 2012).

[...] Orientada pelas diretrizes de racionalidade administrativa e fortalecimento do poder central, a reformulação deu uma nova estrutura ao ministério, que passou a chamar-se Ministério da Educação e Saúde (MES), modificando bastante seu funcionamento. De início, foi ampliado o principal setor do ministério relacionado ao campo da saúde: o Departamento Nacional de Saúde passou a chamar-se Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social e a contar com diretorias de Assistência Hospitalar, Sanitária Internacional e da Capital da República. Também foram criadas oito delegacias federais de saúde – correspondendo às oito regiões em que o país foi dividido –, que tinham como objetivo

garantir a colaboração dos serviços locais de saúde pública com os serviços federais e supervisionar os serviços federais de saúde. Por fim, foram instituídas as Conferências Nacionais de Saúde, àquela época uma reunião nacional de dirigentes do setor, de cunho bastante administrativo, e voltada para a integração e normalização dos serviços locais de saúde (Fonseca, 2000, 2005; Hochman, 2000, 2005; Lima, 2005 *apud* Escorel; Teixeira 2012, p. 302).

Apesar dessas transições, eram mínimos os investimentos no setor de saúde pública as poucas ações se situavam ainda de maneira normativa, especificamente para a classe trabalhadora. Na década de 1930 como já mencionado foi formado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), no qual, houve a separação das atividades executadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Também houve mudanças em relação a fiscalização de produtos de origem animal que passou a ser responsabilidade em 1934 do Ministério da agricultura (Polignano, [2010?]).

A maior parte das inversões no setor industrial foi feita na região centro-sul (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte) reforçando ainda mais a importância econômica e financeira desta área na dinâmica das transformações da infra-estrutura nacional, isto agravou desequilíbrios regionais, especialmente o caso do nordeste, com grandes êxodos rurais, e a proliferação das favelas nestes grandes centros (Polignano, 2010, p. 09).

De acordo com Polignano ([2010?]), em 1937 foi instaurado uma nova constituição, o poder presidencial passou a ser centralizador de cunho ditatorial, dando maiores poderes aos dirigentes do Estado. É no bojo dessas reformas que, em 1939, é firmado a justiça do trabalho e, na década de 1943, ocorre a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). No entanto, essas ações do governo tinham como intenção manter os trabalhadores sob o controle das forças estatais.

[...] Ainda em 1937, surgiu o Serviço Nacional de Febre Amarela e, em 1939, o Serviço de Malária do Nordeste – ambos em convênio com a Fundação Rockefeller. Em 1941, seriam criados os Serviços Nacionais de Saúde, com um diretor específico por área. A supervisão dos Serviços Nacionais ficava a cargo do Departamento Nacional de Saúde (DNS), que acompanhava o trabalho desenvolvido nos estados. Foram criados os serviços nacionais da peste, da tuberculose, da febre amarela, do câncer, da lepra, da malária, de doenças mentais, de educação sanitária, de fiscalização da medicina, de saúde dos portos, de bioestatística e de água e esgotos. Todos os serviços nacionais relacionados ao combate e controle de doenças tinham sua equipe específica nos estados, normas e orientações definidas e disputavam entre si os recursos financeiros que, dependendo da conjuntura sanitária, eram mais ou menos concentrados nas ações de erradicação ou controle de uma determinada doença. Os serviços deveriam atuar em conjunto com as delegacias federais e com os órgãos locais, mas, em verdade, cada um desses núcleos era uma instância de poder burocrático em disputa permanente com os demais (Escorel; Teixeira, 2012, p. 302-303).

A reforma de Capanema não foi alterada até a criação do Ministério da Saúde em 1953, a estrutura de política de saúde introduzida com o Estado novo ficou marcada pelo início da separação entre a saúde pública e assistência médica previdenciária (Escorel; Teixeira, 2012).

[...] A saúde pública sob o comando do MES destinava-se a controlar e erradicar doenças infectocontagiosas, endemias ou epidemias que atingiam a totalidade da comunidade nacional e não grupos populacionais específicos. Estava, portanto, direcionada a solucionar problemas de saúde da coletividade (Lima, Fonseca e Hochman, 2005 *apud* Escorel; Teixeira, 2012, p. 305).

A assistência pública (médica) era de caráter individual, destinada aos indivíduos acometidos por doenças que lhes impediam de trabalhar. [...] A assistência individual não estava sob o controle do MES – ou era exercida livremente pelos médicos ou, no caso dos trabalhadores, estava sob a responsabilidade dos serviços vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) [...] (Escorel; Teixeira, 2012, p. 305).

Mesmo com essas transformações, salienta-se que no período do Estado Novo foi marcado por uma política centralizada de cunho nacionalista voltada para os trabalhadores e antiliberal que culminaram no fascismo, visto que Vargas com apoio dos militares efetuou um golpe de Estado para conseguir ocupar a presidência, no qual, interviu no congresso e constituições, perpetuando sob um governo ditatorial. Logo após, em 1945 surgiram manifestações em prol da redemocratização do país, além da criação de partidos de esquerda com viés socialista, em que passaram a pressionar Vargas a realizar eleições (Escorel; Teixeira, 2012).

A deposição de Getúlio Vargas ocorre poucos meses após a vitória dos aliados na Segunda Guerra Mundial (1939-1945). A conjuntura internacional que se inaugura é marcada pelas experiências e consequências do conflito no surgimento do que seriam denominados os Estados de Bem-Estar Social, na aplicação em massa de conhecimentos científicos produzidos no esforço de guerra, como a penicilina e o DDT, e na criação do Sistema das Nações Unidas, congregando a ONU e as agências especializadas (OMS, Unesco, FAO, OIT e OMC, entre outras). Iniciou-se também a 'era do planejamento': a utilização do conhecimento científico e da tecnologia com a perspectiva de direcionar e controlar as instituições públicas para alcançar os objetivos do desenvolvimento nacional (Pires-Alves; Paiva; Falleiros, 2010 *apud* Escorel; Teixeira 2012, p. 306).

Em seguida, Dreifuss (1981 *apud* Paiva; Teixeira, 2014) sinaliza, que após o fim da segunda guerra mundial (1939 - 1945) o mundo passou a enfrentar uma guerra ideológica denominada de guerra fria (1947 - 1991), no qual, os países de alta potência dividiram-se entre uma parte com viés capitalista e outra socialista,

esse conflito gerou instabilidade política em diversos países, principalmente com o regime socialista instaurado em Cuba em 1959.

Esse acontecimento influenciou diversos movimentos com o mesmo propósito, inclusive na América Latina, levando os Estados Unidos, considerado a maior potência capitalista, a intervir no patrocínio de regimes autoritários como forma de conter o ideal socialista difundido pela então União Soviética que ameaçava o capitalismo monopolista (Dreifuss, 1981 *apud* Paiva; Teixeira, 2014).

Sob a presidência de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), foi votada a quarta Constituição republicana, que manteve a federação e o presidencialismo, mas introduziu alguns mecanismos de controle do Executivo, como a formação de Comissões Parlamentares de Inquérito (CPIs).

No cenário internacional, começou a prevalecer a Guerra Fria: o mundo seria dividido em dois. Naquele momento, não havia alternativas: ou se estava alinhado com os Estados Unidos ou com a União Soviética. O alinhamento do Brasil aos Estados Unidos e a associação do país ao sistema de segurança do hemisfério Ocidental atlântico levou ao rompimento das relações externas com a União Soviética e, ao mesmo tempo, à repressão interna das atividades dos comunistas (Escorel; Teixeira, 2012, p. 306).

Durante o governo de Dutra com a abertura política houve mobilização da sociedade, especialmente da classe trabalhadora que realizaram inúmeras greves, reivindicando que as empresas cumprissem as leis trabalhista, exigiam o aumento do salário mínimo, no entanto, o governo afirmava que o acréscimo do salário resultaria no alta índice inflacionário que já assolava o país. Em razão disso, o governo proibiu manifestações e realizou intervenções e reprimiu as atividades realizadas nos sindicatos dos trabalhadores (Escorel; Teixeira, 2012).

No decorrer de seu mandato foi deliberado o Plano Salte com objetivo de melhorar os setores de saúde, alimentação, transporte e energia “[...] seria implementado no quinquênio 1950-1954 concentrando os recursos nas atividades de transporte (57%), enquanto os demais setores receberiam cada qual entre 13% e 16% dos recursos” (Escorel; Teixeira, 2012, 306).

No âmbito da saúde pública, durante o governo Dutra, o sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário, alcançou o auge. A polêmica sobre o melhor modelo de atenção à saúde ganhou novos alentos, tanto com as críticas realizadas ao Sesp quanto com o debate médico-sanitarista-parlamentar sobre a criação de um ministério da saúde independente. Por trás da disputa verbal de qual seria a melhor organização institucional, existiam projetos políticos e de saúde diferenciados. Esse debate começou em 1946, com a redemocratização do país, e só foi concluído em 1953, com a criação do Ministério da Saúde (Escorel; Teixeira, 2012, p. 306-307).

Mais adiante, Getúlio Vargas volta à presidência, em sua última gestão de governo (1951 - 1953), cria o Ministério da Saúde (1953), cuja a finalidade era ser independente ao MES, no entanto, acabou não representou algo efetivo em relação aos problemas da saúde pública da época, pois ainda se limitava ao antigo ministério (Polignano, [2010?]).

Ainda, em seu segundo mandato Vargas retoma seus projetos nacionalista como forma de elevar a economia brasileira, a partir do crescimento de Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), formou usinas hidroelétricas, estruturou a rede de rodovias e eletrificação, também criou em 1953 a Petrobras. O setor de saúde pública, passou a ser influenciado por um novo conceito, o sanitário desenvolvimentista, no qual passou a ser organizado “[...] sob a liderança de Mário Magalhães da Silveira, consolidou-se e adquiriu um estatuto de orientação institucional do Ministério da Saúde até o golpe militar em 1964” (Escorel; Teixeira, 2012, p. 309).

[...] No segundo governo Vargas verifica-se um aumento das despesas, não só pelo aumento da população filiada, mas também pela diversificação e incremento dos planos de benefícios e serviços [...].

A oposição a Vargas era grande, pois muitos interesses empresariais tinham sido aliados do poder e, mais ainda, contava com o apoio do governo norte-americano, que não via com bons olhos a política nacionalista. [...] Diante das pressões, sem ver saída honrosa, o presidente se suicidou (Escorel; Teixeira, 2012, p. 312-313).

Após o vice-presidente de Vargas, Café Filho deixar a presidência por motivo de doença, no ano de 1956 até o período de 1960 Juscelino Kubitschek se tornou presidente do Brasil, seu mandato ganhou destaque pelas ações voltadas para o desenvolvimento nacional, a partir do apoio do capital exterior, também houve o desenvolvimento do Plano de Metas com a elaboração de 31 objetivos, sendo a construção da nova capital um dos marcos principais desse período (Escorel; Teixeira, 2012).

No que diz respeito ao quadro sanitário foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), cujo objetivo era juntar os órgãos responsáveis por controlar e erradicar as doenças que assolavam o país, por meio de guardas polivalentes. A gestão esperava reduzir os custos e ao mesmo tempo erradicar as doenças, no entanto, cada órgão tinha uma dinâmica de gerenciamento específica (Escorel; Teixeira, 2012).

[...] As coordenadorias foram criadas, mas os serviços continuaram a funcionar isoladamente. Logo depois as coordenadorias foram extintas e os recursos humanos de todos os órgãos ficaram subordinados às instruções do chefe estadual dos órgãos existentes na área. Porém, alguns chefes de nível nacional, técnicos especializados em determinado programa, mantinham a coordenação em nível federal e específica para cada endemia. Portanto, a tentativa de unificar e coordenar as atividades das campanhas verticais não foi muito bem sucedida (Escorel, 2000 *apud* Escorel; Teixeira 2012, p. 314).

No auge do período desenvolvimentista dos anos JK, o mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da febre amarela, foi declarado oficialmente erradicado (1958). Foi instituída, nesse mesmo ano, a campanha de erradicação da malária, cujas ações seriam reiniciadas várias vezes revelando seu relativo insucesso. Também em 1958, foram iniciados o plano que conseguiu erradicar a varíola e a campanha nacional contra a lepra, que não foi tão bem-sucedida (Escorel; Teixeira, 2012, p. 314).

Bravo (2009) afirma que no decorrer das décadas de 1950 a 1960 o governo efetuou certo aumento no investimento na área da saúde, mas foram ineficazes para erradicar as endemias que ainda afetam de forma expressiva a população, causando o alto índice de mortalidade infantil e população no geral. Além da pressão por parte dos profissionais da área da saúde ligados aos interesses das empresas privadas com fins lucrativos a impor que o Estado investisse no setor e na privatização dos poucos serviços públicos (Bravo, 2009).

[...] enquanto aumentavam a proteção social e, em particular, a assistência médica aos trabalhadores urbanos com carteira assinada, a população pobre só tinha como recurso “os ‘serviços para indigentes’ das prefeituras, governos estaduais e entidades filantrópicas, com caráter assistencialista e instrumentos da política clientelista local” (Vianna, 1998, p. 150 *apud* Escorel; Teixeira, 2012, p. 315).

Ao longo, de seu mandato o país apresentava uma estrutura no setor industrial desenvolvida e a economia estava atrelada ao período nacionalista do ex-presidente Vargas. “[...] Os anos JK ficariam na memória nacional como os ‘anos de ouro’, mas, antes do fim do governo, já existiam evidências da crise econômica – crescimento da dívida externa e da taxa de inflação e diminuição do poder aquisitivo dos salários” (Escorel; Teixeira, 2012, p. 316). Esse contexto, contribuiu para que Jânio Quadros fosse eleito à presidência.

Segundo, Escorel e Teixeira (2012) Jânio Quadros ficou popular durante sua campanha ao utilizar a vassoura como símbolo para varrer a corrupção, esse ato contribuiu para a sua popularidade entre os eleitores e resultou em sua vitória na eleição. Mas, após se tornar presidente, sua gestão causou polêmicas, em razão de proibir protestos, prendeu estudantes desfavoráveis ao seu governo, congelou os salários, aumentou a desvalorização da moeda brasileira. Mas, um dos fatos que

colaboram para sua saída da presidência antes do fim de seu mandato, foi o fato de interferir nos interesses dos Estados Unidos e classe dominante do Brasil, dificultando os investimentos e depósitos dos seus lucros para o exterior. Além de, reaproximar o país em relações diplomáticas e comerciais aos países considerados comunistas. “A gota d’água foi a condecoração de Che Guevara, que deu a Carlos Lacerda o argumento que lhe faltava para desencadear uma campanha antijanista. Oito meses após o início de seu mandato, [...] Jânio Quadros apresentou uma carta renúncia [...]” (Escorel; Teixeira, 2012, p. 316).

Com a renúncia de Jânio Quadros, o vice João Goulart deveria assumir a presidência. Identificado com o populismo getulista, Jango tampouco angariava a simpatia dos norte-americanos, da elite nacional e dos militares. Estes, que detinham o poder, para impedir a posse de Goulart, declararam estado de sítio, controlaram os meios de comunicação, intervieram nos sindicatos, prenderam deputados [...]. A solução para o impasse, naquele momento, foi a aprovação da emenda parlamentar que instituiu o regime parlamentarista no Brasil, limitando os poderes do presidente da República. Em janeiro de 1963, por meio de um plebiscito, o regime de governo voltou a ser presidencialista. A renúncia de Jânio Quadros iniciou um período tumultuado para o país, que terminaria no golpe militar de 31 de março de 1964. O regime democrático só retornaria depois de uma lenta, gradual e pactuada transição em 1985 (Escorel; Teixeira, 2012, p. 316).

Sendo assim, Bravo (1996) pontua que no dia 31 de março de 1964 ocorreu o golpe militar, no qual, veio com a intenção de restabelecer a ordem sócio-política e eliminar a ideologia dos movimentos favoráveis a revolução democrática e socialista que estava influenciando o país e que colocava em risco a hegemonia burguesa, para isso houve o fim de canais democráticos de representação popular no governo, ficando sob o comando das forças armadas e interferência dos proprietários das grandes empresas.

A primeira fase do regime militar iniciado com o golpe, em abril de 1964, engloba os governos do marechal Castelo Branco (1964-1967), do general Costa e Silva (1967-1969), da Junta Militar (1969), que ocupou o comando da nação quando Costa e Silva adoeceu, e do general Médici (1969-1974). O regime ditatorial governou o país por meio de atos do Executivo que suprimiram, progressivamente, os direitos políticos e civis (Escorel, 2012, p. 323).

O governo da ditadura militar, prometeu restaurar a economia do país com o desenvolvimento econômico a partir do crescimento industrial, no entanto, a economia implantada teve como base a dinâmica de acumulação do capital favorecendo somente as empresas privadas e algumas instituições estatais que se mantiveram sob a exploração da classe trabalhadora, o que agravou ainda mais os

problemas sociais com a desigualdade na distribuição de recursos econômicos para a população (Bravo, 1996).

O desfecho de abril foi a solução política que a força impôs: a força bateu o campo democrático, estabelecendo um pacto contrarrevolucionário e inaugurando o que Florestan Fernandes qualificou como “um padrão compósito e articulado de dominação burguesa”. Seu significado imediatamente político e econômico foi óbvio: expressou a derrota das forças democráticas, nacionais e populares: todavia, o seu significado histórico social era de maior fôlego: o que o golpe derrotou foi uma alternativa de desenvolvimento econômico-social e político que era virtualmente a reversão do já mencionado fio condutor da formação social brasileira. O que o estrategistas (nativos ou não) de 1964 obtiveram foi a postergação de uma inflexão política que poderia - ainda que sem lesionar de imediato os fundamentos da propriedade e do mercado capitalista - romper com a heteronomia econômica do país e com a exclusão política da massa do povo (Netto, 1998, p. 25).

Mediante o exposto, Paiva e Teixeira,(2014) destacam que no período do regime militar o país foi marcado por algumas mudanças na conjuntura, no campo econômico houve a abertura do capital estrangeiro, congelamento dos salários dos trabalhadores e as greves foram suprimidas por conta do regime repressivo. O contexto sócio-político, passou a ser bipartidário, com a criação da Aliança Renovadora Nacional (ARENA) e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), assim, o congresso passou a ser controlado pelos interesses do executivo através dos atos institucionais rigorosos e os políticos contrários ao regime eram cassados.

Cabe pontuar que à saúde durante o regime militar estava dividido em medicina previdenciária, voltado para os trabalhadores da área urbana que possuem um vínculo formal, estando sob o encargo dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). No que se refere ao setor de saúde pública era administrado pelo Ministério da Saúde, porém os investimentos na assistência à saúde eram escassos e funcionavam somente de modo preventivo direcionado à zona rural ou população vulnerável economicamente (Paiva; Teixeira, 2014).

A política implantada pelo governo no setor de saúde foi de investir no desenvolvimento do setor privado com o aumento de aquisições de serviços pela previdência e estímulo fiscais sob benefícios tributários para a contratação de companhias privadas e cooperativas de médicos, além da privatização de serviços dos médicos que atuavam junto ao setor público que na ótica do governo não resultava em lucros (Almeida, 1998 *apud* Paiva; Teixeira, 2014).

[...] A ditadura promoveu uma crescente transformação do Estado em relação à sociedade civil, de forma abrupta e profunda. Houve o desenvolvimento de um Estado estranho, estrangeiro, inimigo, que anulou o cidadão, mantendo a grande maioria da sociedade civil sob o controle e exploração. Baniu a débil representação das classes subordinadas (em especial, dos operários urbanos e rurais e dos camponeses) de todas as esferas do aparelho estatal, representação conquistada nas décadas anteriores a 1964. Em contrapartida, os grandes banqueiros, empresários, comerciantes e latifundiários, nacionais e estrangeiros, conseguiram amplo espaço de conversações e decisões nas esferas federais. O Estado forte, ativo, “modernizado”, configurou-se como um Estado repressivo, opressivo e despótico (Bravo, 1996, p. 28).

A ação do Estado decorrente aos problemas sociais foi com desenvolvimento de uma política assistencial inovadora com serviços burocratizados e que pudesse minimizar o descontentamento da população e favorecer os donos dos meios de produção capitalista. Uma das medidas adotadas foi a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) com a criação em 1966 do Instituto Nacional de Aposentadoria de Previdência Social (INPS), o que aumentou a intervenção do Estado na sociedade e afastamento da gestão dos trabalhadores na previdência tornando apenas financiadoras do sistema (Bravo, 1996).

Contudo, Polignano ([2010?]) sinaliza que desde a década de 1940 a classe trabalhadora lutava para que não ocorresse o processo de unificação do IAPs, visto que representava a perda de seus direitos conquistados e por se caracterizarem ao longo das décadas, feudos políticos e eleitorais. Mas, após intensos debates políticos, foi decretada em 1960 a lei 3.807 intitulada Lei Orgânica da Previdência Social, no qual, Polignano ([2010?], p. 12) afirma que:

[...] veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e naturalmente os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência.

Os trabalhadores rurais só viriam a ser incorporados ao sistema 3 anos mais tarde, quando foi promulgada a lei 4.214 de 2/3/63 que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

A lei previa uma contribuição tripla com a participação do empregado, empregador e a União. O governo federal nunca cumpriu a sua parte, o que evidentemente comprometeu seriamente a estabilidade do sistema (Possas, 1981 *apud* Polignano, [2010?], p. 12-13).

A unificação do INPS em 1966 aumentou o número de contribuintes e beneficiários, o que resultou no acúmulo de recursos financeiros capitalizados pelo sistema, no entanto, esse alto índice de usuários provocou uma instabilidade no sistema médico previdenciário. Sendo, impossível atender a demanda que se

apresentava no momento, à vista disso, o governo decidiu destinar uma parte dos recursos para o setor privado, como forma de atrair apoiadores dos setores econômicos relevantes da época (Polignano, [2010?]).

Desta forma, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos (pro-labore), o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial.

Este sistema foi se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro dentro da estrutura do INPS, que acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978 (Polignano, [2010?], p.15).

Nesse contexto, Escorel (2012, p. 326) reitera que no decorrer da década inicial do governo autoritário “[...] configurou-se um sistema de atenção estatal à saúde, caracterizado pela preponderância da lógica e do modelo previdenciário sobre o Ministério da Saúde, construído a partir da concentração de recursos na esfera da previdência social”. Mesmo com o decreto de Lei nº200/1967 em que concedeu ao Ministério da saúde a formulação da Política Nacional de Saúde os recursos eram escassos, sendo ineficazes para suprir o quadro sanitário do período e de realizar uma política pública efetiva (Oliveira; Teixeira, 1986 *apud* Escorel, 2012). Visto que o orçamento foi de 4,6% em 1961 para 0,9% em 1974 observa-se uma redução extrema no setor (Cordeiro, 1980 *apud* Escorel, 2012).

A saúde pública “tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos – que não chegavam a 2% do PIB – colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população” (Escorel; Nascimento; Edler, 2005, p. 63 *apud* Escorel, 2012, p. 329).

Em 1973, no auge do ‘milagre econômico’, os recursos destinados ao ministério correspondiam a apenas 1% do orçamento da União, enquanto ao Ministério dos Transportes e às Forças Armadas, por exemplo, eram reservados 12% e 18%, respectivamente (Ponte, 2010 *apud* Escorel, 2012, p. 329).

No período da ditadura militar a classe dominante interferia de forma progressiva nas ações do Estado, nesse momento como sinalizado anteriormente eram poucos os investimentos e medidas a saúde pública e uma das estratégias do governo para resolver o quadro sanitário foi o aumento da tecnocracia com a privatização dos serviços públicos (Bravo, 1996).

[...] ao analisar a questão saúde no período de 1968 a 1974, salienta que não se pode falar de planejamento ou de planos de saúde, em sentido estrito, no período. O que houve foi apenas a integração de programas setoriais de atenção médica, sob o égide da previdência social que, através de um conjunto de regulamentos, organizou o financiamento e o funcionamento desses programas. Os médicos e demais profissionais que atuavam na saúde pública se viram como filhos deserdados. Os departamentos de medicina preventiva, crescentes em número e importância de 1966, expressam o discurso preventivista e as práticas dele decorrentes, mas tiveram que se subordinar às determinações políticas, de natureza assistencialista, na atenção médica. Os sanitaristas, identificados com o projeto nacional-desenvolvimentista e, conseqüentemente, com a prática preventiva e propostas inovadoras, originárias do período anterior, foram menosprezados (Luz, 1979 *apud* Bravo, 1996, p. 31).

Em 1968 o então ministro do (MS) Leonel Miranda desenvolveu um Plano Nacional de Saúde (PNS) que carregava seu nome (Plano Leonel Miranda), cujo o objetivo era privatizar o sistema de saúde, a partir da venda dos hospitais públicos para o âmbito privado, tornando o Estado apenas com o papel de financiador em conjunto com os pacientes. O ministro tentou efetivar o plano, no entanto, houve resistência por parte dos profissionais da área da saúde, sindicatos, trabalhadores e da própria gestão da previdência social (Mercadante et al., 2002 *apud* Escorel, 2012, p. 329).

[...] O PNS entrava em conflito com a expansão de cobertura dos benefícios previdenciários, base de legitimação do regime junto às classes trabalhadoras, além de sustentar-se na prática da medicina em consultórios privados num momento em que as transformações impostas pelo desenvolvimento tecnológico na área da saúde e a crescente especialização exigiam novas formas de organização, nas quais o assalariamento dos médicos era dominante (Escorel, 2012, p. 329).

De acordo com Polignano ([2010?]) na década de 1970 foi desenvolvido a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM), no qual realizavam ações voltadas para a erradicação e controle de doenças. Outro fato ocorrido, em 1975 foi formulado o Sistema Nacional de Saúde, cujo objetivo era organizar as atividades dos setores públicos e privados para a prevenção, promoção e cuidados à saúde, todavia, ficou meramente no papel do que efetivado em ações. “O documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde” (Polignano, [2010?], p.16).

Dessa forma, essas inovações não foram suficientes devido à falta de recursos para o sistema público, além de serem ineficazes para solucionar e melhorar os indicadores de saúde. A gestão manteve uma lógica de atuação que só

focava na medicina curativa, mesmo o custo desta modalidade ser alto, porém contava com os contribuintes do setor previdenciário (Polignano, [2010?]).

A política econômica implantada pela ditadura militar entrou em desequilíbrio, devido a instabilidade do capitalismo mundial e “[...] em função da diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional, o país diminuiu o ritmo de crescimento que em períodos áureos chegou a 10% do PIB, tornando o crescimento econômico não mais sustentável” (Polignano, [2010?], p.17). Por meio disso, o governo passou a alegar que era necessário socorrer a economia nacional ou seja manter e não prejudicar o acúmulo do capital para depois resolver os problemas sociais. Com isso, houve o aumento da pauperização; devido ao congelamento dos salários, elevadas taxas de desemprego, mortalidade infantil, entre outros impasses sociais.

A crise do “milagre econômico” brasileiro, que se evidenciou a partir de 1974, e seus efeitos sobre a população brasileira permitiram o reaparecimento, no cenário político, de forças sociais que lutavam para recuperar o espaço vedado como golpe de 1964, cabendo destacar o sindicalismo operário, aliado às categorias profissionais dos estratos médios; os trabalhadores, e entidades da sociedade civil, como a ordem de Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Sociedade Brasileira para o progresso da Ciência (SBPC), bem como os movimentos sociais urbanos. Dentre as principais questões identificadas no período, ressaltam-se o aprofundamento da dívida externas, a elevação da taxa inflacionária, a recessão econômica, que tornou aguda a situação de desemprego e ampliou o processo de pauperização das classes trabalhadoras, com o crescimento da mortalidade infantil e da morbidade por doenças infecciosas. O avultamento dessas questões gerou tensões sociais e violência urbana dificilmente controláveis pelo sistema, o qual teve de enfrentar também déficits no orçamento público. Além das contradições internas, o governo se viu diante da crise energética de âmbito mundial (Alvez et al., 1984 *apud* Bravo, 1996, p. 34-35).

Na década de 1970 a crise econômica a nível internacional foi proveniente da crise do petróleo (1974), respectivamente afetou o Brasil e deu fim ao crescimento econômico no país, assim, instalou-se uma crise econômica grave, afetando os brasileiros e em especial a população mais vulnerável socioeconomicamente. Por meio disso, houve a ampliação de tensões sociais com o aparecimento de diversos autores que reivindicavam mudanças sociais e início de movimentos por uma reforma na saúde pública (Bravo, 1996).

A saúde em nível internacional passou a ser preocupante, com a propagação de doenças, a falta de políticas efetivas e aumento de doenças relacionadas com o aumento da pobreza, resultaram no patrocínio por parte da Organização

Pan-Americana da Saúde (OPASp) com iniciativas de enfrentamento às doenças e melhores condições de saúde global. A partir da formação de unidades nos ministérios responsáveis por planejar, coordenar e avaliar ações relacionadas à saúde. “[...] Todo esse trânsito culminou, em termos internacionais, no estabelecimento, em 1977, da meta de “Saúde para todos no ano 2000” e, no ano seguinte, durante a Conferência de Alma-Ata, na proposição da atenção primária como a estratégia central para alcançá-la” (Cueto, 2004; OMS, 1978 *apud* Paiva; Teixeira, 2014, p. 19).

No contexto brasileiro, esses debates em torno da saúde ocorreram em um cenário de grandes transformações políticas e sociais. No campo político, os anos 1970 marcam um momento de grande repressão, mas também originam iniciativas de distensão nos primeiros passos rumo à abertura democrática. Eleições para o Senado (1974, 1976 e 1978), o abrandamento da censura (1975 e 1979), a lei da anistia (1979), a volta ao pluripartidarismo e o fim do AI-5 (1979) dariam o tom às transformações do regime no que se convencionou chamar de abertura lenta e gradual. Na concepção de (Escorel, 1999 *apud* Paiva; Teixeira, 2014, p. 20), os ideólogos do regime, nesse contexto, pretendiam restaurar as já desgastadas bases de legitimidade social do regime.

Um importante marco desse processo foi o lançamento, pelo governo militar, do segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (2º PND). [...] Embora o 2º PND tenha potencializado o crescimento do país em meados da década de 1970, seus efeitos foram cerceados pela crise internacional que se ampliava nesse mesmo período (Paiva; Teixeira, 2014, p. 20).

Em face do exposto, outro fator que influenciou a construção da política de saúde no Brasil, foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde estruturado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1978 na cidade de Alma-Ata atual Almati localizada no Cazaquistão e que anteriormente fazia parte da antiga União Soviética, em que durante a conferência foi aprimorado um plano de ação evidenciando a saúde como meta social mundial (Souza; Costa, 2010).

Paralelamente a esse acontecimento histórico da saúde mundial, o Brasil passava por um momento de clamor coletivo por mudanças políticas voltadas para a redemocratização do país, que se intensificaram na década de 1980 por meio de manifestações populares pela eleição direta de um presidente civil, e, no campo da saúde, voltado para uma atenção abrangente, democrática e igualitária, tendo como principais atores sociais os intelectuais, as lideranças políticas, os profissionais da saúde, os movimentos estudantis universitários, os movimentos sindicais, entre outros, o que culminou com o esgotamento do modelo médico assistencial privatista vigente (Medeiros; Roncalli, 2004 *apud* Souza; Costa, 2010, p. 510-511).

No que concerne à previdência social, o modelo implantado entrou em crise, sendo alguns fatores influenciado o seu declínio, no qual, Polignano ([2010?], p. 17), pontua:

- Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo);
- aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médica-hospitalar de complexidade crescente;
- diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas;
- incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema;
- desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal;
- o não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse tripartite (empregador, empregado, e união).

No esforço de mudar a situação e amenizar as fraudes no sistema da previdência, o governo criou em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS) (Polignano, [2010?]).

O CONASP passa a absorver em postos de importância alguns técnicos ligados ao movimento sanitário, o que dá início a ruptura, por dentro, da dominância dos anéis burocráticos previdenciários.

O plano inicia-se pela fiscalização mais rigorosa da prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados, combatendo-se as fraudes. O plano propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAS.

O CONASP encontrou oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de medicina de grupo, que viam nesta tentativa a perda da sua hegemonia dentro do sistema e a perda do seu status.

[...] No entanto, isto, não impediu que o CONASP implantasse e apoiasse projetos pilotos de novos modelos assistenciais (Polignano, [2010?], p. 20).

Todavia, essas ações não foram suficientes para amenizar a crise que se instalou no país, o que culminou no declínio do regime militar fomentado pelas Diretas já, e com a eleição de Tancredo Neves, ganharam espaço os movimentos sociais, dentre os quais os vinculados à área da saúde, sendo introduzidos nas associações dos secretários de saúde estaduais e municipais em que contribuíram

para o fortalecimento do projeto do movimento da reforma sanitária² (Polignano, [2010?]).

Este processo levou a movimentação da população para realização da VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em Brasília em 1986, no qual, foi a base para formulação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) que posteriormente foi substituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Polignano, [2010?]).

Bravo (2009) elucida que a ditadura militar deixou o país com muitas sequelas, visto que ocorreram momentos de crises sócio-econômicas. Mas com a retomada da democracia a saúde passou a ganhar o interesse político, destes em reconhecer como direito social e dever do Estado, a universalização do acesso, a reorganização do setor por meio do Sistema Único de Saúde, sob uma nova perspectiva de saúde individual e coletiva, identificação dos determinantes sociais como influência no processo de saúde, assim como, a descentralização nas decisões das esferas estaduais e municipais, financiamento adequado e democratização da gestão do poder local.

² Segundo Escorel (2012) a Reforma Sanitária emergiu na década de 1970 como “[...] um movimento, um novo pensamento que, em seu processo de articulação, foi se conformando como um novo ator coletivo, uma nova força política” (Escorel, 2012, p. 341). Onde formou-se por um conjunto de atores sociais que articulavam-se e partilhavam dos mesmos ideais com propostas transformadoras para o setor de saúde, sendo designado de movimento sanitário (Escorel, 2012). Os mesmos exigiam do Estado mudanças com relação à crise no quadro sanitário brasileiro, e assimilaram que as modificações só poderiam ocorrer com o fim do regime autoritário instalado com o golpe militar de 1964.

[...] Chamamos de ‘movimento sanitário’ (Escorel, 1999 *apud* Escorel, 2012, p. 341) o movimento de profissionais da saúde e de pessoas vinculadas ao setor que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil, em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (Escorel, 2012, p. 341).

O movimento é derivado inicialmente por movimentos estudantis, em que foram os primeiros a disseminar estudos relacionados à medicina social, em conjunto com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. O Cebes foi umas das instituições extremamente importantes para o movimento, responsável por difundir estudos relacionados à área da saúde, articular com outras categorias sociais, entre outros. Ainda, “[...] constituiu-se como “um organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde”. Sua criação revela o início do ciclo da Reforma Sanitária, o momento da ideia, do pensamento inicial, de uma proposição de prática teórica e de uma prática política” (paim, 2008, p. 78 *apud* Escorel, 2012, p. 341).

Também atuaram em conjunto o movimento de Médicos Residentes e de Renovação Médica, no qual reivindicavam o reconhecimento da categoria, melhores condições de trabalho e atuação do Estado em decorrência da crise sanitária. Outra vertente foi no âmbito acadêmico, de profissionais ligados à área da docência e pesquisa universitária, que por meio destes ocorreu a construção da formulação teórica do movimento. [...] “A academia foi a vertente que deu origem ao movimento sanitário e cuja manutenção foi a sua base de consolidação, dando o suporte teórico às propostas transformadoras” (Escorel, 2012, p. 343).

1.2 MARCOS CONCEITUAIS DA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 1980: MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA E O DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE

Como mencionado com a abertura da democracia na década de 1980, a saúde passou a contar com novos sujeitos sociais em que contribuíram para o debate em torno de melhores condições de vida para a população e a formulação de projetos governamentais com intuito de reestruturar o setor. “[...] Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (Bravo, 2009, p. 95).

[...] a Reforma Sanitária, enquanto proposta foi resultado de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª. CNS e desenvolveu-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo. (Paim, 2008, p.173).

É relevante sublinhar que a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), foi um ato marcante para a discussão do quadro sanitário brasileiro, como já elencado vários membros da sociedade compareceram, ato que levou não somente a discussão para um novo sistema de saúde, mas ao fortalecimento do movimento da Reforma Sanitária³. Bravo (2009) destaca a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, quatro mil delegados, além do debate referente a saúde tomar o cenário nacional e contribuir para a participação de entidades de representação da sociedade civil como as associações de moradores, sindicatos, partidos políticos, representantes de profissionais da área da saúde e de outras categorias.

³ Na perspectiva de Paim (2009, p. 30) a Reforma Sanitária é considerada como sendo “[...] ‘ideia, proposta, projeto, movimento, processo’ [...]”. O qual vem sendo explorada por investigadores como sendo um fenômeno derivado de um processo que vem impactando tanto no contexto histórico como de influência da estrutura social.

Paim (2008, p. 173) também afirma ser uma reforma social, em que possui alguns componentes constituintes que precisam estar articulados para sua consolidação, sendo os mesmos:

a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.

A vista disso, ao final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) foi desenvolvido um relatório reconhecido como um instrumento que posteriormente influenciou o Estado a assumir responsabilidade em garantir o direito à saúde de forma universal para toda a população. Assim como, contribuiu para a formulação da Constituição Federal de 1988 (Souza; Costa, 2010).

A Assembléia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadores da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades (Bravo, 2009, p. 97).

Consoante ao exposto, depois de muitos debates entre os dois projetos societários que estavam em disputa, acordos políticos e pressão por parte da população, foram aprovadas as reivindicações do movimento sanitário, sendo, introduzido com a formulação da Constituição Federal de 1988, que todos os cidadãos possuem direitos sociais e dentro desse arranjo a saúde como direito universal e dever do Estado (Bravo, 2009).

Segundo, Brasil (2016, p. 118-119) está previsto na Constituição Federal de 1988 no capítulo II da Seguridade Social, no que diz respeito à saúde:

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

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

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.

A partir da Constituição Federal de 1988 foi formulado a Lei Orgânica da

saúde 8.080 de 1990, em que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) propõe as “[...] condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços, mostrando de forma clara os objetivos do SUS, suas competências e atribuições, assim como as funções da União, dos Estados e dos Municípios” (Brasil, 1990a *apud* Souza; Costa, 2010, p. 511).

Souza e Costa (2010) reforçam que ao se tratar de nível federal a centralização da saúde lidava com uma perspectiva superficial das questões particulares de cada região, mas com a descentralização fez com que seja transferido os serviços, responsabilidade e recursos da esfera federal aos municípios; busca-se envolver todas as esferas do governo para que juntas funcionam no sentido de promover melhorias na situação de vida e de saúde da população.

Após toda a movimentação da sociedade civil em conquistar o direito à saúde de forma universal e gratuita previsto pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080/90, o país passou a enfrentar um processo de precarização no sistema de saúde com a implantação de governos neoliberais.

O neoliberalismo é associado, nesta perspectiva hegemônica, ao esvaziamento do papel do Estado na provisão de serviços públicos e à produção de desigualdades, mercantilização da vida e financeirização da economia. Em nome do livre jogo do mercado e da acumulação do capital, limita gastos sociais e tem como imagem alvo um Estado menor, eficaz, desburocratizado e subordinado à iniciativa privada (Carvalho, 2009 *apud* Andrade; Carvalho; Oliveira, 2022, p. 02).

Polignano ([2010?]) aponta que na década de 1990 com a eleição de Fernando Collor à presidência, foi instalado um modelo de governo altamente neoliberal, em que o intuito era de redução dos gastos nos setores públicos e estimular progressivamente a privatização de empresas estatais, o que interferiu de forma negativa na política de saúde, visto que os recursos repassados para esse setor também foram diminuindo drasticamente.

Neste período o governo começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da União para Estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros. A primeira NOB foi editada em 1991. A NOB 01/91 sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080 - que definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da

rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, etc - redefiniu toda a lógica de financiamento e, consequentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece, em grande parte, vigorando até hoje (Polignano, [2010?], p. 26).

Em 1993 ocorreu o Impeachment do Collor, motivado pela crise econômica que se instalou no país resultando na alta da inflação e os escândalos de corrupção ocorridos em seu mandato gerou descontentamento por parte da população em que pressionou a sua saída do governo, assim, seu vice Itamar Franco assumiu a presidência, no entanto seu governo não conseguiu amenizar a crise nos setores públicos. Em 1994, o ministro da previdência cortou recursos destinados à área da saúde alegando o aumento de benefícios previdenciários, esses recursos eram descontados da folha de pagamento dos trabalhadores e foram destinados apenas para financiar a previdência social (Polignano, [2010?], p. 26).

No ano de 1995, o governo de Fernando Henrique Cardoso também continuou com o mesmo modelo neoliberal agravando ainda mais o repasse de recursos para financiar a área da saúde e aumentou o número de privatizações de empresas do Estado fortalecendo a precarização dos serviços de saúde a população (Polignano, [2010?], p. 26).

Como alternativa, o Ministro da Saúde, Carlos César de Albuquerque, em 1997 convenceu os parlamentares a criar o imposto de contribuição provisória sobre movimentação financeira (CPMF) com intuito de repassar recursos direto para a saúde, no entanto essa ação não apresentou mudanças significativas no setor e houve inúmeras denúncias de desvio por parte do governo (Polignano, [2010?], p. 26).

A crise de financiamento do SUS agrava a operacionalização do sistema, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passa a ser uma constante. Os hospitais filantrópicos, especialmente as Santas Casas de Misericórdia, de todo o país, tomam a decisão de criar planos próprios de saúde, atuando no campo da medicina supletiva. A Santa Casa de Belo Horizonte faz o mesmo e lança o seu plano de saúde, o que implica numa diminuição de leitos disponíveis para o SUS. Os Hospitais Universitários, último reduto da assistência médica hospitalar de excelência a nível do SUS, também entram em crise. Em 1997 os Hospitais Universitários do país “são forçados” a reduzir o número de atendimentos, e induzidos pelo próprio governo à privatização como solução para resolver a crise financeira do setor (Polignano, [2010?], p. 28).

Com a crise que se instalou no sistema de saúde, o governo decidiu intervir editando as Normas Operacionais (NOB) de 1996, isso possibilitou uma mudança na

administração do setor de saúde. A partir da alteração dos modelos de gestão implantados com as NOB's anteriores, foi proposto aos municípios dois modelos de gestão, sendo Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal; cujo objetivo é transferir certas responsabilidades de gestão para os municípios (Polignano, [2010?], p. 26).

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

- a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social (Brasil, 1997, p. 07).

Em 1998 até 2002, Fernando Henrique Cardoso é reeleito e passa a aumentar progressivamente os juros implantados pela economia de seu governo, a fim de favorecer os investidores do mercado internacional, além de reformular ajustes fiscais com a diminuição do financiamento nos setores públicos, no período a área da saúde teve um desfalque de duzentos e sessenta milhões de reais.

Essas alterações agravaram ainda mais a crise econômica que se instalou no país decorrentes da econômica adotada pelo sistema político e a globalização, o que provocou a desvalorização da moeda brasileira, como alternativa o governo fez acordos de empréstimos com o Fundo Monetário Internacional (FMI), essa medida resultou na diminuição do Produto Interno Bruto (PIB) e aumento do desemprego no país (Polignano, [2010?]).

Em seguida, segundo Bravo (2009), no ano de 2003 até 2007 Luiz Inácio Lula da Silva se torna presidente, em seu mandato de governo houve uma pressão para que colocasse em prática a agenda da Reforma Sanitária, contudo encontrou dificuldades para sua consolidação, em vista a polarização dos projetos em disputas que estavam em vigor, por um lado trouxe transformações, mas por outro continuou reproduzindo o modelo de economia neoliberal dos governos anteriores com

fragmentação de políticas sociais e falta de repasse de recursos nos serviços públicos.

Em relação às mudanças ressalta o retorno dos ideais da Reforma Sanitária que anteriormente foram extintas, inicialmente houve a alteração da gestão do Ministério da Saúde com a incorporação de profissionais comprometidos com um novo sistema de saúde, proporcionou o aumento do fortalecimento dos espaços de participação social com a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003. Além de fundar a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde cujo objetivo era gerenciar recursos humanos para a saúde, nortear os profissionais e mercado de trabalho do setor (Bravo, 2009).

Igualmente, houve a criação da Secretaria de Atenção à Saúde em que reuniu as ações voltadas à atenção básica, ambulatorial e hospitalar que antes faziam parte das Secretarias de Políticas de Saúde e de Assistência à Saúde. Ainda constitui a Secretária de Gestão Participativa com intuito de reforçar o controle social, estruturar as conferências de saúde e auxiliar no diálogo entre o Ministério da saúde com outros níveis de governança e população (Bravo, 2009).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. Como estratégia central da mesma foi ressaltada a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS com destaque para a área de recursos humanos e qualidade dos serviços. Como instrumento de mobilização da conferência foi elaborado um documento preliminar a ser discutido nas conferências municipais e estaduais contendo dez (10) eixos temáticos: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; O Trabalho na Saúde; Gestão Participativa; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento do SUS; Informações, Informática e Comunicação (Bravo, 2009, p. 103).

A organização da 12ª Conferência Nacional de Saúde encontrou alguns desafios, visto que, esperavam que o ato tivesse a mesma relevância dos marcos anteriores, no entanto, não conseguiu alcançar a meta esperada de aumentar o número de participação e reforçar os princípios da reforma sanitária. A única mudança observada foi no que diz respeito ao fortalecimento com relação a concepção da Seguridade Social, visto que aconteceu no mesmo ano a Conferência Nacional de Assistência Social, houve uma tentativa de realizar as duas conferências em conjunto, a fim de fortalecer o diálogo entre as temáticas, mas não foi aceita pelos comitês organizadores (Bravo, 2009).

Outro fato foi a dificuldade na condução das plenárias resultando na dificuldade de aprovação do relatório final da conferência e como alternativa teve que ser repassado o projeto para os delegados analisarem de forma individual e aprovar as propostas contidas no relatório. Salienta-se que a falta desse debate coletivo demonstra que a ação não conseguiu ser de forma efetiva uma ferramenta de democratização da Política de Saúde (Bravo, 2009).

Como apontado anteriormente, no primeiro mandato do governo Lula (2003 até 2007), foi marcado por dificuldades em razão das divergências dos projetos societários em disputas, no entanto, apresentou muitas mudanças no que diz respeito à política pública de saúde no Brasil, visto que;

[...] foram implantadas algumas propostas inovadoras, como a Política de Saúde Bucal por meio do Programa Brasil Sorridente, considerado como a primeira política de saúde bucal mais abrangente do país com o intuito de expandir o cuidado odontológico de forma mais universal e em níveis mais complexos [...] a Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o atendimento pré-hospitalar móvel no âmbito da Política de Atenção às Urgências e Emergências; o Programa Farmácia Popular, constituído por uma rede de drogarias privadas credenciada para vender produtos com até 90% de desconto em relação ao preço de comercialização, mediante subsídio governamental. Entre as ações incrementais, mas de relevância na perspectiva de avanços na cobertura e qualidade da atenção, destaca-se a ampliação da atenção básica através do PSF com aumento de 57% no número de equipes de saúde (Freitas, 2007 apud Menecucci, 2011); aumento dos recursos do Piso de Atenção Básica, [...] expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dando impulso à Reforma Psiquiátrica com intenção de “desospitalização” através do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS; a tentativa de mudança do modelo de atenção à saúde, a partir de projetos que priorizam o acolhimento e a humanização. Na área de medicamentos, destaca-se a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CAMED) e a fixação de normas para o controle de preços desses produtos; o apoio aos laboratórios oficiais; a isenção de ICMS para medicamentos de alto custo; o reforço aos medicamentos genéricos; além da convocação da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica – expressão da prioridade dada ao tema na agenda governamental (Menicucci, 2011, p. 525).

O governo efetuou ações voltadas para grupos específicos, de modo que implementou em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher; em 2003 atos em prol a saúde das crianças e adolescentes com o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas em conjunto ao Programa de DST/ AIDS, também realizou campanhas voltadas para educação sexual nas escolas, contando com orientações, cujo objetivo era prevenir as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a gravidez na adolescência, além de;

[...] ações para a Saúde do trabalhador, buscando implantar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST); ações relativas à saúde da população negra, dos quilombolas, dos indígenas e dos assentados. No campo de ações focalizadas em grupos específicos, cabe ainda mencionar a aprovação, em 2003, do Estatuto do Idoso, com um capítulo específico voltado para a saúde e com uma sinalização no sentido de suprimir o processo asilar e atuar na promoção e recuperação da saúde do idoso (Menicucci, 2011, p. 525).

Pode-se dizer que, o primeiro mandato de seu governo ganhou ênfase em relação à gestão com destaque ao Pacto pela Saúde, cuja as ações são de;

[...] reformas institucionais pactuado entre as três esferas de governo, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e tem três componentes: o Pacto pela Vida, que reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, ao estabelecer um conjunto de compromissos e metas sanitários considerados prioritários, a ser implementado pelos entes federados; o Pacto em Defesa do SUS, que expressa um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social para buscar um financiamento compatível com as necessidades de saúde, o que inclui a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional; o Pacto de Gestão do SUS, que valoriza a relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades de cada esfera de governo, contribuindo para o fortalecimento da gestão – entre outras coisas, cria colegiados de gestão regionais, importantes arenas federativas de articulação entre gestores com vista ao estabelecimento de relações cooperativas, fundamentais para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. As transferências dos recursos federais também foram modificadas, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde), reduzindo drasticamente a fragmentação dos recursos e respondendo a críticas históricas dos gestores estaduais e municipais e buscando consolidar maior autonomia dos entes federados na gestão dos recursos (Menicucci, 2011, p. 525-526).

Em seguida, no que se refere ao segundo mandato do presidente Lula de 2007 até 2010 a gestão continuou com o andamento dos programas implantados no primeiro mandato, além de dar ênfase no aprimoramento dos pontos básicos do SUS, principalmente no que refere-se aos condicionantes de saúde;

[...] houve o reconhecimento da gravidade dos problemas sociais e mereceram especial atenção o combate à fome e à miséria; o combate ao racismo e às desigualdades raciais; aprofundamento dos avanços na área de saúde e de assistência social; o crescimento da taxa de cobertura da previdência social; a promoção do desenvolvimento nacional; a implementação de uma política de desenvolvimento urbano; e contínua melhoria da qualidade do ensino (Menicucci, 2011, p. 528).

Foi observado algumas inovações na área de pesquisa com o desenvolvimento de tecnologias para criação de vacinas, medicamentos, equipamentos, entre outros (Menicucci, 2011, p. 526).

Outra questão foi a vinculação de saúde com desenvolvimento, transcendendo a discussão das políticas de saúde para além da atenção à saúde e inserindo a saúde como um dos pilares do crescimento industrial. Passa-se, no segundo mandato do Presidente, a chamar atenção sobre o lugar estratégico das indústrias produtoras de insumos para a saúde em virtude de seus vínculos com a política de saúde e com a política industrial, tecnológica e de comércio exterior. Ao destacar o lugar dessas indústrias na composição do PIB e na geração de empregos, passa-se a destacar a competitividade e o potencial de inovação nas indústrias da saúde, propondo-se que elas devam se constituir núcleos centrais da estratégia nacional de desenvolvimento do governo (Menicucci, 2011, p. 527).

Essas realizações contribuíram para a criação em 2007 do Programa Mais Saúde, no qual, prevê investimentos e a intervenção do Ministério da Saúde de forma prioritária com a articulação do setor de saúde e o desenvolvimento socioeconômico, em conjunto com outras políticas públicas, mas com a perspectiva que o setor continua-se aumentar a geração de empregos, faturamentos e produção industrial. Visto que, na agenda social do governo as atuações na área da saúde tinham como objetivo o crescimento econômico, ações desenvolvimentistas e fortalecimento da equidade social (Menicucci, 2011, p. 527).

Além do Programa Mais Saúde, em linhas gerais, a agenda social contempla prioridades que têm sido definidas para a assistência à saúde, como o reforço da atenção básica por meio da expansão do PSF, da qualificação dos profissionais de nível superior do PSF, do Brasil Sorridente e do trabalho de agentes comunitários de saúde, agora acrescido de atividades a serem desenvolvidas no âmbito das escolas. Destacam-se ainda o programa Saúde na Escola; o tratamento da hipertensão e do diabetes; o planejamento familiar; a ampliação do acesso a serviços especializados; ações de investimento em infraestrutura, duplicação da cobertura do Samu; implantação de complexos reguladores, com finalidade de melhorar o acesso a internações; implantação de novas formas de compra de serviços, com contratualização com hospitais filantrópicos (Menicucci, 2011, p. 527).

Diante do exposto, é importante frisar que mesmo com essas transformações o governo continuou com a mesma lógica de carência de recursos para financiar o sistema de saúde, visto que as ações consistiam na focalização, com a precarização e terceirização de partes dos serviços. No que se refere a focalização podemos destacar a centralização no Programa Saúde da Família; com relação a precarização e terceirização pode-se evidenciar a fragilidade dos recursos humanos com a falta de concursos públicos e irregularidades nos contratos dos trabalhadores. A problemática em torno do financiamento é devido às despesas do governo na manutenção da política neoliberal implantada desde os governos anteriores (Bravo, 2009).

De modo geral, o Presidente cumpriu suas promessas de campanha, sendo malsucedido [SIC] no Pacto em defesa do SUS. Mas problemas antigos permanecem, como as desigualdades nas condições de saúde e no acesso à atenção à saúde, decorrente da variação na oferta de serviços no território nacional associada à disponibilidade de recursos, e tendo como ponto de partida a desigualdade em relação ao tipo de cobertura (pública ou privada). Estrangulamentos impedem que a universalidade e equidade não sejam ainda realidade no SUS (Menicucci, 2011, p. 531).

Logo, em seguida veio o governo da presidenta Dilma Rousseff, (período de 2011 até 2014), que na ótica de Reis e Paim (2021) pretendia dar continuidade às transformações e políticas apresentadas no governo anterior do ex-presidente Lula. No entanto, em seu mandato não foram observadas inovações nas políticas apresentadas, além de não se comprometer de forma efetiva com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira e com a efetivação do Sistema Único de Saúde.

Foram observados dois projetos em disputas que interferiram na política de saúde “O primeiro pretendia intensificar as reformas iniciadas no período de FHC, a chamada ‘nova agenda social’. O segundo seria o ‘neodesenvolvimentismo’ com propostas para o setor da saúde” (Reis; Paim, 2021, p. 569). Também havia três projetos em divergência no campo da saúde, foram identificados os projetos mercantilistas ou privatistas, em conjunto com o racionalizador ou revisionista e o projeto democrático ou da Reforma Sanitária Brasileira que lutavam pela defesa do SUS.

[...] no início do governo Dilma, apontando avanços e desafios a serem enfrentados. Entre os avanços, estavam o processo de descentralização dos serviços de saúde para os municípios, ampliação do acesso aos cuidados de saúde, cobertura universal da vacinação e assistência pré-natal, além da expansão de recursos humanos e tecnologias em saúde. Porém, o SUS indicava alguns desafios, como o de garantir o acesso universal e equitativo, aumentar o financiamento e mudar o modelo de atenção (Reis; Paim, 2018, p. 103).

No decorrer do governo Dilma foi verificado a diminuição de recursos para o setor público, com intuito de manter o subfinanciamento e ampliação do setor privado. “Houve crescimento dos planos e seguros privados, incorporação de tecnologias de alto custo, financeirização do setor e continuidade da captura do SUS pelo setor privado” (Reis; Paim, 2018, p. 103-104).

Como mencionado em seu mandato teve algumas mudanças na área da saúde, em 2011 foi aprovado a portaria nº2.488/2011 em que reformula as diretrizes da Atenção Básica, ressaltando a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da

Família (NASF) e mudanças com relação ao rigor da forma de organização e atuação dos profissionais. No mesmo, ano aconteceu a XIV Conferência Nacional de Saúde, onde foi introduzido pelo movimento da reforma sanitária a Agenda de Estratégias para a Saúde no Brasil, com a elaboração de projetos organizados em cinco linhas de ação, sendo “1) Saúde, Meio ambiente; Crescimento econômico e desenvolvimento social; 2) Garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade; 3) Investimentos – superar a insuficiência e a ineficiência; 4) Institucionalização e gestão do sistema de serviços de saúde; 5) Complexo econômico e industrial da saúde” (Reis; Paim, 2018, p. 104).

Segundo, Reis e Paim (2021, p. 569) com relação ao financiamento do SUS, o projeto mercantilista que atuava em conjunto com o racionalizador ganhou força, ambos tinham objetivo na focalização dos serviços de saúde para a atenção básica intensificando cada vez mais a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Com a intervenção dos projetos elencados, durante as discussões em torno da Emenda Constitucional 29 (EC-29), foi aprovada a Lei complementar nº141/2012.

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências (Brasil, 2012a).

Com a lei Complementar nº141/2012 foi mantido os repasses mínimos para os estados (12%), municípios (15%) e deu continuidade com o repasse da união a partir da dinâmica do Produto Interno Bruto (PIB) (Reis; Paim, 2018). O subfinanciamento agravou ainda mais a crise no setor de saúde, por isso durante os debates no congresso foi proposto pelo movimento da reforma sanitária o projeto de lei de iniciativa popular (PLIP) nº 321/2013 - Saúde +10, no qual prevê; a obrigação da União em repassar 10% de suas receitas para o setor de saúde, porém mesmo com toda a mobilização da população para que fosse implantado, o projeto foi rejeitado pelo executivo e legislativo não sendo aprovado (Reis; Paim, 2018).

Cabe ressaltar que em seu primeiro ano de mandato, foi implantado o Plano de Ações com parceria de diversos setores e o desenvolvimento de ações por dez anos, tendo como finalidade prevenir doenças crônicas não transmissíveis e reduzir

índice de mortalidade prematura causada por câncer, diabetes, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, entre outras.

Além disso, foram elaborados alguns programas e políticas, entre eles o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), criado pelo Ministério da Saúde em parceria com o da Educação, com o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais na atenção básica e na Estratégia Saúde da Família, a fim de diminuir a desigualdade entre regiões ao levar os profissionais para locais mais carentes de serviços. Foi implantada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS, formulado o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica) e divulgado o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) também foi criada e gerou diversas manifestações pelo País, com questionamentos em relação à sustentabilidade da administração pública dos hospitais (Reis; Paim, 2018, p. 104).

Reis e Paim, (2018) salientam que em 2013 ocorreu manifestações denominadas Jornada de Junho, onde diversos segmentos da população brasileira saíram às ruas em protestos pelo aumento da passagem do transporte coletivo; mobilizações com pautas relacionadas aos direitos sociais, com ênfase na agenda progressistas, também houve a articulação popular por meio das redes sociais, interferência da mídia nas reivindicações populares e protestos de grupos como os Black Blocs devido a insatisfação da atuação governo e por mudanças aos problemas sociais que estavam acontecendo no período. Em respostas às manifestações, o governo apresentou o Programa Mais Médicos, no entanto, a proposta não agradou a categoria de médicos e outras porções da sociedade.

Ainda, em 2014 a presidenta publicou o Decreto nº 8.243/2014 em que implementa a Política Nacional de Participação Social e o Sistema Nacional de Participação Social, no qual, teve por objetivo fortalecer os mecanismos e instâncias de participação popular, de forma a operar em conjunto com a administração pública federal e a sociedade civil. Esse ato gerou polêmicas pelo receio dessa política correr riscos em administrações autoritárias, mais adiante esse decreto foi revogado e reformulado em outros governos (Reis; Paim, 2018).

Por fim, no segundo mandato da presidenta (2014 até 2016) os economistas Joaquim Levy e Nelson Barbosa foram designados para o Ministério da Fazenda e posteriormente o Ministério do Planejamento, essa decisão trouxe mudanças na política implantada pelo governo com forte ajuste fiscal na tentativa de reequilibrar as contas públicas e sair da crise econômica que o país enfrentava. Além do mais, houve mudanças nos direitos trabalhistas, com alterações nas aposentadorias,

pensões e seguro desemprego, com o desfalque dos recursos aos diversos setores públicos afluíram ainda mais o descontentamento da população gerando manifestações por todo o país (Reis; Paim, 2018).

Nesse cenário, o Congresso Nacional assumiu grande protagonismo, com embates entre os representantes do Executivo e do Legislativo em meio a uma crise econômica e a uma crise política. A perda da base parlamentar da presidente gerou a abertura do pedido de impeachment, seguido da cassação do presidente da Câmara dos Deputados por quebra de decoro parlamentar. Já em 12 de maio de 2016, o pedido de afastamento da presidente Dilma foi aprovado pelo Senado Federal. A situação do Brasil, com o ajuste fiscal, penetração da ideologia liberal e dificuldade do governo em apresentar resposta adequada aos fatos, indicava uma mudança na correlação de forças, trazendo impactos negativos para as políticas de saúde (Reis; Paim, 2018, p. 107).

Em maio de 2016 Dilma foi afastada da presidência, devido a instabilidade do Partido dos Trabalhadores e Projeto Lulista em manter articulação entre os grupos de apoiadores, além do enfraquecimento da democracia burguesa, estratégias parlamentares, jurídicas e sob influência da mídia que culminaram no governo ilegítimo de Temer que perdurou, entre agosto de 2016 até 1 de janeiro de 2019.

Seu mandato foi marcado por ideais conservadores com a consolidação de um projeto ultra neoliberal, voltado para atender os interesses da classe dominante e aprofundar a intervenção do mercado internacional no país. Assim, o peso da crise da acumulação é transferido para os trabalhadores. “[...] Nesta direção, tem-se o comprometimento de seus direitos através de propostas de contrarreformas (Trabalhista, da Previdência Social, Terceirização Irrestrita, Novo Regime Fiscal - que congela por vinte anos os gastos públicos, entre outras)” (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p. 12).

Os autores Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) afirmam que durante o governo Temer houve o impulsionamento de políticas que colaboraram para o retrocesso do Estado brasileiro, a partir de contrarreformas estruturais intensificando a perda dos direitos conquistados pela população.

No contexto de crise estrutural do capital, a saúde tem sido um espaço de grande interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos. Nesse processo, o caráter público e universal da saúde, tão caro ao Movimento de Reforma Sanitária e aos lutadores da saúde, é ameaçado (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p. 11).

O governo neoliberal de Temer difundiu que a responsabilidade da crise nas contas públicas é devido às políticas sociais implantadas, no entanto, a dívida

pública está associada ao não cumprimento de processos de análises de auditores nas contas públicas, além de consumir em 2015 cerca de 42,43% de recursos financeiros da união para quitar os juros e amortizar a dívida. De modo, que só foi destinado 4,4% para a área da saúde (Fatorelli; Ávila; Colares, 2016 *apud* Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018).

Como pontuado, durante o governo Temer ocorreu de forma acentuada o desmonte das políticas públicas, visto que foram implementados projetos de ataques aos direitos da população como o congelamento por 20 anos dos recursos financeiros para as políticas sociais. No que diz respeito aos impactos na área da saúde, foi possível verificar o avanço da privatização, o estímulo de planos de saúde de caráter “acessível”, retrocessos na política de saúde mental, alterações na Política da Atenção Básica (PNAB) (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018).

O governo de Temer prosseguiu de forma intensa com o discurso que os ajustes fiscais e retiradas dos direitos da população eram necessários e que todos são atingidos com a perda da crise no país, porém é a população pobre que vem sofrendo as consequência dos desmontes nas políticas públicas. O então Ministro da Saúde Ricardo Barros, afirmou que era preciso reduzir o financiamento do SUS e que o governo não conseguiria garantir os direitos previstos na Constituição Federal de 1988 (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018).

Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) apontam que em 2016 houve mais um ataque a política de saúde com a edição da portaria nº1.482/2016 que estabeleceu um grupo de trabalho para desenvolver o projeto de Plano de Saúde Acessível, cujo argumento foi a diminuição de 1,5 milhões de pessoas que interromperam o uso de Planos Privados em 2016, devido ao declínio econômico no país e o aumento do índice de desemprego. O documento apresentava proposta da tentativa de implementar algumas modalidades de planos para a população, sendo os, Plano Simplificado; Plano Ambulatorial + Hospitalar e o Plano Misto em Regime de Pagamento, contudo muitas entidades foram contrárias e repudiaram a proposta do governo (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018).

Em termos de avaliação e crítica aos Planos de Saúde Acessíveis, várias entidades apresentaram posicionamentos contrários. O Conselho Nacional de Saúde, em 10 de março de 2017, apresentou uma Moção de Repúdio à proposta, enfatizando que a mesma subverte o papel do Estado e representa grave retrocesso, apresentando muitas restrições de cobertura, o que fere o princípio da integralidade da assistência; destaca também a diminuição da competência regulatória da ANS. A Associação dos

Servidores e demais Trabalhadores da ANS (ASSETANS), em assembleia realizada em 05 de setembro de 2017, aprova um posicionamento contrário aos Planos de Saúde Acessíveis, destacando que suas características limitam as coberturas garantidas pela Lei 9.656 (BRASIL, 1998) e sua regulamentação, contrariando o princípio da integralidade da atenção em cada segmento hoje existente; considera que fatores acima de 30% são considerados restritores severos ao acesso aos serviços, pois a proposta enfatiza que o copagamento para acesso aos mesmos está previsto em 50%. Ressalta também que os serviços oferecidos serão parcelados, de baixa qualidade e jogando para o sistema público os procedimentos de alto custo (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p. 15).

Como já apontado, no que concerne o financiamento do SUS, com a Emenda Constitucional nº95/2016 em que estabeleceu um teto para os gastos públicos, a autora (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p. 15), diz que:

Uma dessas questões é a perda de recursos federais destinados ao SUS estimada em R\$ 654 bilhões de reais nesse período de 20 anos, em um cenário conservador (crescimento médio do PIB de 2% ao ano). Ao utilizar uma estimativa de crescimento maior (3% ao ano), a estimativa chega a R\$1 trilhão.

Sob o prisma de Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) a nova PEC nº 95/2016 possibilita o aumento do índice da economia no país nesse período, entretanto a área da saúde terá perdas em relação ao seu financiamento devido a diminuição do repasse de recursos, desestabilizando ainda mais os problemas no setor.

Com relação à revisão da Política Nacional de Atenção Básica, pactuada na Reunião da CIT (Comissão Intergestora Tripartite, composta por Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselhos Nacionais dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em 31/08/2017, ressalta-se que a mesma não foi analisada no Conselho Nacional de Saúde e não foi discutida junto à sociedade, restringindo esse debate a uma consulta pública por meio eletrônico, realizada em um curtíssimo espaço de tempo. Apesar do texto afirmar que a Saúde da Família continua como a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica no Brasil, o mesmo rompe com sua centralidade e institui formas de financiamento para outros arranjos assistenciais que não contemplem equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde (ACS), possibilitando a organização da Atenção Básica com base em princípios opostos àqueles norteadores da Atenção Primária à Saúde (APS). Também causa estranheza a referência à diferenciação de ações e serviços essenciais e ampliados a serem executados na Atenção Básica, o que pode configurar restrições ao acesso à assistência, legitimando sua configuração como uma política focalista e restrita a populações mais vulneráveis ou agravos mais comuns, limitando-se a oferta do mínimo do mínimo no que consta aos serviços oferecidos à população. Outra questão relativa à política aprovada refere-se à redução da carga horária da equipe de 40 horas, podendo ser de 10 horas (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p. 15-16).

Respectivamente, a Política de Saúde Mental também sofreu retrocessos através da Portaria 3.588/2017, a gestão do governo realizou alterações na Rede de

Atenção Psicossocial (RAPS). O projeto propôs o aumento de recursos com intuito de fortalecer o modelo hospitalocêntrico, implantação de leitos em hospitais no geral e serviços ambulatoriais. Esse ato administrativo foi aprovado sem a participação da sociedade civil em dezembro de 2017 pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018).

Tal política é alvo de críticas em face da ausência de participação social em sua formulação e por estar na contramão do modelo de atenção em saúde mental que preconiza a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais, como consubstanciado na Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001 *apud* Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p. 16).

Conforme elencado, o governo Temer efetuou diversas ações em conjunto com empresas privadas de saúde, de ataques à Política de Saúde Pública. Nesta conjuntura, um dos marcos do setor privado foi o desenvolvimento de um documento intitulado Coalizão Saúde Brasil, sendo efetuado pelo Instituto Brasil Coalizão com a colaboração de oitenta especialistas e trinta instituições.

O intuito era reformular o sistema de saúde com um novo modelo de governança, a partir da intervenção direta do setor privado na gestão do setor público de saúde, o que para Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) o risco dessa proposta é devido a interferência dos empresários em realizar ainda mais ações de interesse próprio e com disputas políticas-ideológica, além de comprometer o verdadeiro conceito do SUS, atribuindo outro modelo divergente com o proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Em 2017 o grupo lança o documento intitulado Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde, com diagnóstico e propostas mais detalhadas. No diagnóstico, explicita aumento da carga de doenças; falta de promoção e prevenção; alta expectativa e pouca informação do paciente; governança pouco efetiva; alocação de recursos inadequada; práticas de gestão ineficientes; baixo foco no desfecho; uso de dados e inovação limitados; problemas de sustentabilidade. Com relação às iniciativas a serem priorizadas, ressaltam: estimular mudança cultural para a promoção; fortalecer a atenção primária; ampliar acesso a medicamentos; estimular modelos inovadores de atenção; construir agenda nacional para inovação; estimular modelos assistenciais com foco no idoso e no doente crônico; estabelecer protocolos clínicos de referência nacional; discutir sobre os diferentes modelos de pagamentos; divulgar os dados nos sistemas público e privado; criar o prontuário eletrônico; reorganizar o sistema de redes de atenção (Coalizão Saúde Brasil, 2017 *apud* Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p.17).

Logo após, em janeiro de (2019 até 2022) Jair Bolsonaro assumiu a presidência da república, seu mandato foi marcado por uma política amplamente

neofacista e ultraliberal que culminou no ataque e desmonte de várias políticas sociais.

É no contexto de dificuldades com as quais o capital se depara para superar sua crise de longa depressão que o neofascismo de Bolsonaro encontra terreno fértil para germinar. É importante ressaltar que o neofascismo não pode ser compreendido como a causa da crise capitalista, mas, sim, como um produto dela. Ele emerge como uma resposta da classe dominante para mitigar os malefícios produzidos pelo capitalismo neoliberal sob a dominância do capital fictício. Uma vez no poder, intensifica-se ainda mais a crise por meio de contrarreformas trabalhistas, previdenciárias, administrativas e político-econômicas, conformando um cenário ultraneoliberal, como pode ser identificado nas políticas adotadas pelo governo Bolsonaro (Mendes; Carnut; Melo, 2023, p. 02).

Como já enfatizado, a Saúde Pública vem sofrendo historicamente diversos ataques, principalmente com a PEC nº95/2016, em que ocorre de maneira intensa o congelamento de recursos financeiros, além das constantes tentativas de desvinculação do princípio universal do SUS e privatização da saúde pública. No governo de Bolsonaro os ataques continuaram de maneira exorbitante, esse processo agravou-se ainda mais com a Pandemia da Covid-2019. “Em 30 de janeiro de 2020, a OMS decretou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e no dia 11 de março do mesmo ano elevou o estado de contaminação à pandemia, devido à rápida disseminação geográfica que a Covid-19 apresentou” (Correia *et al.*, 2021, p. 07).

Segundo, Correia *et al.*, (2021) o aumento da proliferação da Covid-19 afetou e modificou o modo de vida das populações em todos os países, sendo necessário o isolamento social de maneira urgente. Por conta disso, houve a necessidade de interrupção do funcionamento dos centros comerciais, escolas, redução da circulação de pessoas, além de medidas adotadas pelos governos para evitar aglomerações.

A devastadora expansão do capital e do capitalismo em sua relação com a natureza agudizou as possibilidades de surgimento das epidemias, pois se trata de epidemias gestadas no e pelo capitalismo e totalmente acopladas à crise do metabolismo do capital e da vida social (Fontes, 2020 *apud* Correia *et al.*, 2021, p. 07).

Consequentemente, a pandemia agrava as expressões da questão social, o que consente refletir sobre a gravidade de seus impactos entre a classe trabalhadora, as frações mais pauperizadas da população e o papel central dos sistemas públicos de saúde. A pandemia e suas consequências societárias devem ser consideradas a partir da determinação social do processo saúde-doença. Essa determinação tem suas raízes localizadas na estrutura e na dinâmica de desenvolvimento do modo de produção capitalista (Correia *et al.*, 2021, p. 07-08).

Ao passo que outros países tentavam reconfigurar seus sistemas de saúde para o enfrentamento da Covid-19, o governo brasileiro continuou com a mesma política de ajuste fiscal, essa medida é um dos fatores que contribuíram para o agravamento da crise sanitária e por consequência aflorou os problemas sociais historicamente estruturados.

Ao contrário do necessário fortalecimento do SUS e da valorização de suas/seus trabalhadoras/es no período pandêmico, a sua destruição segue em paralelo processo de precarização do trabalho em saúde. [...] alguns países, em resposta à Covid-19 tem realizado investimentos na rede pública de saúde e vem adotando medidas coordenadas no âmbito de seus governos para melhor enfrentar a situação, o Brasil tem optado pelo aprofundamento dos processos de fragmentação e desmonte do SUS, fortalecendo o setor privado e minimizando a pandemia. O governo federal tem atuado para agravar a situação pandêmica no país, quando o próprio presidente promove aglomerações, critica o uso de máscara, propaga fake news sobre tratamento preventivo contra a Covid-19 e só toma providências para a compra de vacinas e para elaboração de um Plano Nacional de Imunização quando provocado pelo Supremo Tribunal Federal. A militarização do Ministério da Saúde tem colaborado com essas ações (Correia *et al.*, 2021, p.11).

Sabe-se que antes mesmos da pandemia o país já enfrentava uma crise no sistema de saúde pública devido à longo processo de desfinanciamento “[...] o gasto do MS com ações e serviços públicos em saúde permaneceu no patamar de 1,7% do PIB entre 1995 e 2019, não sofrendo alteração nesse período” (Mendes; Carnut; Melo, 2023, p. 08).

Ainda, Mendes; Carnut; Melo (2023) sinalizam que foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em dezembro de 2019 a Portaria nº2.979 denominado de Programa Previne Brasil, essa ação teve início em 2020 tornando-se um novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS). Cujo objetivo é minimizar a atenção do sistema de saúde direcionando somente a população cadastrada na Unidade da Saúde da Família e que se encontram em situação de vulnerabilidade econômica, modificando a lógica de cuidado da APS e tal como o princípio universal do SUS.

Como forma de reduzir os gastos públicos, foi alterando algumas formas de repasse de recursos para os municípios, sendo delimitado por critérios de captação ponderada; pagamento por desempenho e incentivos a programas específicos/estratégicos.

Sabe-se que, na história do SUS, os serviços nos quais é mais fácil para o capital penetrar são aqueles em que a incorporação tecnológica é mais

elevada. Dessa forma, os serviços de alta e média complexidade – serviços hospitalares e especializados – apresentam-se como um nicho em potencial, reservando a atenção primária aos cuidados da administração pública. Em que pese o avanço da privatização dos serviços de média e alta complexidade, após a EC nº 95/2016, a conjuntura começa a provocar mudanças, exigindo do capital sua readequação. Esse impedimento constitucional de expansão da incorporação tecnológica na média e alta complexidade do sistema público fez com que o novo nicho de acumulação de capital no sistema de saúde se direcionasse, prioritariamente, para a atenção primária. Daí, é possível compreender o sentido do novo modelo de “financiamento” da APS no SUS estar sintonizado com a lógica do cadastramento das pessoas mais vulneráveis. Abre-se espaço para a segmentação da clientela das áreas associadas, nas quais apenas uma pequena parcela mais vulnerável é coberta e a maior parte da população é redirecionada ao mercado (Mendes; Carnut; Melo, 2023, p.10).

As medidas adotadas pelo governo em relação ao orçamento financeiro, de acordo com Mendes; Carnut e Melo (2023) no ano de 2020, foi decretado estado de calamidade pública, em função disso, a Ementa Constitucional nº95/2026 foi suspensa de forma temporária, contudo, o repasse de recursos foi menor do que esperado, ao todo 39,4 bilhões foram pagos pelo (MS) em 2020, sendo transferidos 22,8% aos estados e Distrito Federal; 58,6% para os municípios; 14,4% aplicado de imediato pelo MS e cerca de 4,0% distribuído para o exterior.

Além disso, outro dado que demonstra o projeto de genocídio do governo Bolsonaro refere-se à lentidão da execução orçamentária e financeira dos recursos alocados para o enfrentamento da covid-19 ao longo de 2020. Estes recursos somente foram pagos de forma mais intensa no período de julho a agosto, alcançando a cifra de R\$ 17,4 bilhões e passando para R\$ 28,4 bilhões, respectivamente. Isto sugere um descompasso com o número de casos e mortes que já haviam aumentado significativamente entre abril e junho. Portanto, nos primeiros meses da pandemia, a execução orçamentária e financeira dos valores pagos ficou registrada apenas entre R\$ 5,2 bilhões e R\$ 12,2 bilhões, o que evidencia a resistência do governo Bolsonaro em lidar com a grave crise sanitária naquele momento (CNS, 2021 *apud* Mendes; Carnut; Melo, 2023, p. 09).

No início de 2021 a pandemia se intensificou por conta das novas variantes do vírus, causando o aumento expressivo de mortalidade da população por todo o país “O número de mortes era o segundo maior do mundo (312.206), atrás apenas dos Estados Unidos. No mês de março de 2021, em apenas 24 horas, no dia 30, o Brasil ultrapassou o império capitalista, registrando 1.656 mortes” (Who, 2021 *apud* Mendes; Carnut; Melo, 2023, p. 03).

[...] a pandemia de covid-19 não estava prevista na Lei Orçamentária de 2020 do governo federal, uma vez que teve início em março de 2020, de forma que se tornou necessária a abertura de créditos extraordinários de R\$ 60 bilhões para as ações e serviços de saúde. Destes recursos, R\$ 20 bilhões foram alocados apenas no final de dezembro para financiar vacinas, a fim de permitir sua execução em 2021. Ainda, o Projeto de Lei de

Diretrizes Orçamentárias 2021 encaminhado pelo governo Bolsonaro, da forma que foi elaborado, admitia que a crise sanitária prescindisse de novos recursos, retornando ao teto de despesas primárias da EC nº95/2016 (Mendes; Carnut; Melo, 2023, p. 09).

Mendes; Carnut e Melo (2023) que desde o início da pandemia o presidente não respeitou os riscos e prejuízos causados pela Covid-19, passando a disseminar fortemente o negacionismo de estudos cientificamente comprovados, dado a lentidão na compra de vacinas contra o Coronavírus e incitando a população a desrespeitar o isolamento social, com o discurso de que era necessário socorrer a economia, colocando em risco de contaminação a classe trabalhadora e a população mais vulneráveis, como uma forma de manter a lucratividade e interesse da classe burguesa em relação a crise capitalista de longas décadas.

As desigualdades sociais produzem condições desiguais de adoecimentos e de mortes, relacionadas às condições de vida e de trabalho, que são estruturais às relações de produção capitalista. A pandemia exacerbou as contradições, atuando como catalisadora de uma crise estrutural sem precedentes, evidenciando as catástrofes humanitárias preexistentes, acirrando ou mesmo estabelecendo outras emergentes com a crise sanitária. No Brasil e no mundo afora, chamou a atenção as populações que sequer têm acesso a água para manter a higiene pessoal, medida tão importante de prevenção ante à condição pandêmica. A necessidade de isolamento ou distanciamento social expôs as diferentes realidades sanitárias, atingindo de forma exponencial os mais pobres, a população negra das periferias das cidades, do campo, dos quilombos e da floresta, com destaque para a vulnerabilidade das comunidades indígenas, demonstrando que a Covid-19 é atravessada pelas questões de classe, gênero e étnico-racial (Correia *et al.*, 2021, p. 08).

Assim, pode-se observar que em seu mandato ficou evidente um governo neofacista e ultraliberal, no qual intensificou a implantação de políticas que aceleraram os desmontes e contrarreforma das políticas sociais, a partir da redução de recursos orçamentários, mercantilização da saúde pública transferindo a responsabilidade do Estado para setores de iniciativa privada com fins lucrativos. Além de constatar que sua gestão de governo, foi omissa e ineficiente, visto que consequentemente resultou na morte de milhares de pessoas no período pandêmico e colapsou ainda mais o sistema de saúde pública.

Por fim, não serão apresentados os marcos referentes à política de saúde do governo atual de Luiz Inácio Lula da Silva que iniciou em 2023 e que poderá terminar em 2026, pois seu mandato ainda está em vigência, não sendo possível fazer uma análise concreta de seu mandato.

Dessa forma, após compreender o processo de formação da política pública no Brasil em que culminou a saúde como responsabilidade do Estado em suprir a todos os cidadãos, estando prevista na Constituição Federal de 1988, em que posteriormente culminou para a criação do SUS através da Lei 8.080/90 em que regulamenta as ações de saúde em todo o território nacional.

Juntamente, foi verificado o fortalecimento de projetos neoliberais em disputa com o movimento da reforma sanitária com a intenção de atacar os direitos conquistados pela população, por meio do intenso desfinanciamento do SUS e interferência progressiva do setor privado na saúde pública. Posto isto, no segundo capítulo será trabalhado de forma breve aspectos específicos da formulação e implantação da Ouvidoria na Política de Saúde pública e contribuição e atuação do (a) Assistente Social na Ouvidoria do SUS.

CAPÍTULO 2

IMPLEMENTAÇÃO DA OUVIDORIA NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O segundo capítulo tem como intuito identificar a concepção da Ouvidoria no âmbito do sistema de saúde brasileiro. Para tal, procura-se apresentar de maneira sucinta alguns resgates históricos referente ao processo de sua implementação e bases legais para consolidação no SUS.

Os avanços conquistados no âmbito da saúde estão expressos na Constituição Cidadã de 1988, nessa perspectiva, a participação social é um dos princípios previsto na política de saúde, partindo disso a temática está fundamentada no parágrafo terceiro do artigo 37 e na seção II referente a saúde em seu artigo 198 expressos no texto constitucional.

As referidas normativas elucidam sobre as formas de participação da população na administração pública e reforçam que a gestão deve realizar ações e serviços de forma descentralizada e em conjunto com a população. Ademais, salienta-se a Lei 8.080/90 e 8.142/90 em que regulamenta e organiza o Sistema Único de Saúde e tem papel fundamental para o reconhecimento da participação da comunidade nas respectivas instâncias regulatórias.

Por fim, no último item será abordado sobre a atuação dos assistentes sociais na Ouvidoria do SUS, refletindo sobre a sua contribuição e particularidades em sua intervenção neste espaço ocupacional de fortalecimento da cidadania e envolvimento da população na administração pública.

2.1 OUVIDORIA DO SUS COMO INSTRUMENTO DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: BASES LEGAIS PARA SUA CONSOLIDAÇÃO NO SUS

A origem do que conhecemos na atualidade por Ouvidoria está relacionado a Suécia no ano de 1809, com os chamados Ombudsman que significa “representante do povo”, em que era de responsabilidade de um funcionário do rei, acolher as manifestações da população e buscar junto aos governantes soluções às demandas apresentadas. Logo, outros países de forma diferente passaram a ter esse cargo em seu governo (Paraná, 2022).

No Brasil as ouvidorias surgiram por meio da chegada da família real, no século XVI foi nomeado o primeiro “ouvidor geral” que atuava de forma diferente do que hoje é considerado por Ouvidoria, pois o funcionário trabalhava enquanto personificação dos ouvidos do imperador e seu representante. Dessa forma, não

tinha objetivo de assegurar os direitos dos cidadãos, mas regular a população (Paraná, 2022).

Em vista disso, somente em 1822 com a independência do país, surgiu o ouvidor como representante do povo, mas não teve tanto êxito pela falta de aceitação dos parlamentares da época. Em 1960, iniciou os debates para que se instalasse uma instituição similar dentro do governo federal, contudo com o golpe militar de 1964, que instituiu o regime ditatorial, as instâncias democráticas passaram a ser reprimidas. Somente em 1983 com o processo de redemocratização do país, iniciou-se discussões em torno da criação de canais democráticos de interlocução entre o governo e a população para o avanço das políticas públicas (Paraná, 2022).

Partindo dos pressupostos, as ouvidorias, como já observado no Brasil, não nascem numa sociedade de cunho democrático e, portanto, tem um histórico permeado por outras concepções autoritárias de controle sobre a população. Podendo verificar durante o período do regime militar, onde foi um momento de intensa censura, repressão, não sendo possível a participação e controle popular na gestão pública, pois havia um intenso controle do Estado sobre a sociedade.

Como já enfatizado no capítulo anterior, no período da ditadura militar o país estava passando por um processo de fechamento da democracia, mesmo com propostas no contexto sócio-político os problemas sociais se tornaram ainda mais complexos, principalmente na área da saúde. Isso contribuiu para que na década de 1980 ocorresse o revigoramento dos movimentos da sociedade civil e profissionais da área da saúde na mobilização para a construção do projeto da Reforma Sanitária (Bravo, 2009).

O Projeto de Reforma Sanitária, [...] tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde (Bravo, 2009, 14-15).

A autora Bravo (2009) ressalta que após o período repressivo o país iniciou o processo de redemocratização, em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde com a participação de mais de cinco mil delegados, no qual contribuiu para a aprovação das bases legais do que viria a ser o Sistema Único de Saúde.

Importante ressaltar novamente que o texto constitucional de 1988 foi um marco histórico para o país, visto que o Estado passou a assumir a responsabilidade em garantir seguridade social ou seja assegurar Saúde, Assistência Social e Previdência Social para todos os cidadãos, além de possibilitar a participação social e controle social na formulação e avaliação de políticas públicas.

[...] a partir da Constituição Federal de 1988 que a saúde passou a ser tida como um direito de todos e um dever do Estado, e com a criação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, deu-se início à regulamentação do Sistema Único de Saúde, como sistema único de assistência à saúde, garantido pelo Estado brasileiro, sob a coordenação nacional do Ministério da Saúde (MS) em parceria com a União, os Estados e os Municípios, principalmente, com a necessária participação da população no controle e na fiscalização dos serviços de saúde (Medeiros, 2017, p. 18).

Neste contexto, foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei Orgânica da Saúde Nº8.080 de 1990 em que intitula o SUS como um conjunto de ações e serviços, disponibilizado por órgão e instituições públicas, assegurado pelo poder público. Os princípios e diretrizes do SUS se caracterizam pela: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, participação popular e descentralização política administrativa, em que o usuário do SUS independentemente do nível de atenção à saúde que necessite, deverá ser atendido em conformidade a estes princípios (Brasil, 2016).

No campo da saúde a participação pode ocorrer em diversos espaços, estando previsto na lei 8.142 de dezembro de 1990 no seu Art.1º em que coloca a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde que contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: conselhos de saúde, conferências de saúde e as ouvidorias, mesmo que não estejam explícitas na Carta Magna brasileira se inserem no conjunto de formas de participação popular institucionalizadas nas políticas públicas (Brasil, 2016).

Essas instâncias vem como parte da diretriz de descentralização e participação da política, como já citado anteriormente impostos pelas mudanças que começam com a promulgação da CF/1988, bem como as legislações posteriores, a Lei Orgânica de Saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990 que deu início ao processo de construção do SUS e que formula as disposições referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e os funcionamentos dos serviços

correspondentes e de outras providências (Brasil, 2016). Sendo assim, as ouvidorias de saúde pública são mecanismos que proporcionam a viabilização dos princípios das normativas citadas, visto que garantem a participação da comunidade na gestão do SUS.

Nesse sentido, Fernandez et al., (2021) pontuam que após a abertura da democracia no país foi possível instaurar instâncias que envolvem a participação da comunidade no aprimoramento das políticas públicas. A partir disso, surgiu em 1986 na cidade de Curitiba a primeira Ouvidoria Pública, tornando o Estado do Paraná o pioneiro em fundar uma Ouvidoria estadual.

A atuação da Ouvidoria do SUS atende, fundamentalmente, ao comando constitucional do art. 37, parágrafo 3º da Constituição Federal que determina ao Poder Executivo, observadas as disposições legais, a instituir e manter serviços de atendimento às reclamações e às sugestões dos(as) cidadãos(ãs), especialmente os usuários dos serviços públicos, e garantir espaços, mecanismos e instrumentos de participação e controle social sobre sua atuação e serviços ofertados à população (Brasil, 2014a, p. 10 e 11).

Segundo Almeida, Xavier e Azevedo (2020) a 10ª Conferência Nacional de Saúde de 1996 foi de extrema importância, pois ao final de seu relatório a Ouvidoria de saúde pública passou a ser considerada como “[...] instrumento de controle social que deveria ser implementado, vinculado aos conselhos de saúde, como mais um mecanismo de participação social, entretanto sua efetivação, no SUS, só foi possível a partir da influência de Sérgio Arouca”[...] (Almeida; Xavier; Azevedo, 2020, p. 164).

Para Arouca, tratava-se de institucionalizar novos espaços de participação social com a intenção de realizar a “reforma da reforma”. O intuito era ampliar, para além dos Conselhos, Conferências e Comissões em curso, as possibilidades de participação social, construir novos caminhos. (Dowbor, 2019; Xavier, 2020 *apud* Almeida; Xavier; Azevedo, 2020, p. 164). [...] Nesse sentido, a participação social não está restrita ao ato de fiscalizar, ela está voltada à proposta de oportunizar às pessoas, de modo individual ou coletivo, espaços de construção de determinada ação, serviço ou mesmo uma política pública (Almeida; Xavier; Azevedo, 2020, p. 164).

Para Fernandez et al., (2021) um marco no processo de implantação da Ouvidoria pública de saúde, especificamente a formulação do teleatendimento da Ouvidoria-Geral do SUS, foi em 1996 com a epidemia da AIDS, o Estado precisou desenvolver estratégias para coletar dados dos usuários com fins de aprimoramento científico, além de repassar informações de enfrentamento à doença e de outras comorbidades sexualmente transmissíveis como forma de evitar novos casos.

Com isso, foi criado o canal “Pergunte Aids”, essa ação trouxe excelentes resultados, contribuindo para sua ampliação em 1997 com a criação do Disque Saúde, possibilitando o repasse de informações a respeito de outras doenças como as de caráter infeccioso, cardíaco, entre outras. Também houve a propagação de informações sobre alterações e ações na política de saúde, Conselho de Saúde, Transplante de Órgãos e demais informações relacionadas aos serviços de saúde pública. “[...] diversas parcerias foram firmadas como o Disque Pare de Fumar, Disque Saúde da Mulher, Disque Denúncia de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes (DDAES), Disque Medicamentos, Central de Atendimento à Mulher (CAM)” (Fernandez et al., 2021, p. 07).

Fernandez et al., (2021) sinalizam que mais adiante no ano de 2006 ocorreu uma modificação no Disque Saúde reunindo os serviços em que possuía parcerias em um único sistema com exceção do Disque Denúncia de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes (DDAES) e Central de Atendimento à Mulher (CAM), visto que até o momento continuaram com o mesmo funcionamento. Com essa mudança, as informações repassadas ficaram sob a responsabilidade do Disque Saúde tornando de fácil acesso a população com um único número, este ato contribui para a redução de custos financeiros. Mais adiante, no ano de 2008 houve debates para que o número do Disque Saúde tivesse somente três dígitos, a fim de maior visibilidade e fortalecer o canal como de utilidade pública, assim em 2011 adotou o número 136.

Disque Saúde se transformou no canal de entrada mais conhecido por ter caráter informativo, além de contar com uma ampla divulgação em cartazes e publicações do MS, em maços de cigarro e extratos bancários. Portanto, a Ouvidoria do SUS foi concebida, diferentemente de outras, disseminando informações em saúde, consequentemente agindo em primeiro nível de atendimento (Fernandez et al., 2021, p. 07).

Mais adiante, através do Decreto nº 4.194 de abril de 2002, foi criado o Centro Nacional de Promoção da Qualidade e Proteção aos usuários do SUS, sendo considerado precursor e semelhante ao serviço da Ouvidoria de saúde pública (Brasil, 2010). “A partir dele foram agregados todos os serviços de contato com os cidadãos que existiam no Ministério da Saúde, como a Central de Teleatendimento Disque Saúde e o Serviço de Atendimento ao Cidadão Usuário do SUS (SAC-SUS)” (Brasil, 2010, p. 14).

A autora Medeiros (2017) enfatiza como forma de assegurar aos usuários um serviço de saúde com qualidade e solidariedade entre os gestores, profissionais da área da saúde e população que utiliza o SUS, foi construído no decorrer do ano de 2003 pelo Ministério da Saúde um documento que serve de base para as várias instâncias gestoras do SUS, nomeado de Política Nacional de Humanização (PNH), sendo estratégica para o fortalecimento do SUS.

[...] Tendo como propósito contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão em saúde, por meio do fortalecimento da Humanização como política transversal na rede e afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão. Em se tratando de um instrumento de gestão, a ouvidoria deve estar inserida no organograma da instituição (Cf. Brasil, 2008 *apud* Medeiros, 2017, p. 19).

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem por objetivo colocar em prática os princípios do SUS nos serviços de saúde, contribuindo para a transformação do processo de gestão e do cuidado.

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (Brasil, 2013a, p. 04).

Esta política está amparada por princípios que a norteiam destacam-se: transversalidade, no qual a (PNH) deve estar introduzida em todos os serviços do SUS “Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável” (Brasil, 2013a, p. 06). Outro princípio refere-se a Indissociabilidade da Atenção e Gestão, visto que “As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde” (Brasil, 2013a, p. 06).

É de extrema importância os profissionais e usuários conhecerem a respeito do funcionamento e participarem de forma ativa da rede de saúde. Também o Protagonismo, Responsabilidade e Autonomia dos Sujeitos Coletivos, pois as mudanças ocorrem através da ampliação da autonomia do sujeitos, com a valorização da função de cada um. “[...] Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde” (Brasil, 2013a, p. 07) por fim, em relação às suas diretrizes baseiam-se a partir do Acolhimento; Gestão Participativa e Cogestão; Valorização do

Trabalhador, Ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada e Defesa dos Direitos dos Usuários.

[...] a importância das Ouvidorias como uma estratégia na consolidação da valorização subjetiva e social na área da saúde, uma nova cultura nas instituições como um dos pontos abordados pela PNH (Medeiros, 2017, p. 19).

[...] Dessa forma, entende-se que as ouvidorias SUS também fazem parte desse dispositivo de humanização da saúde por estimular a discussão de processos de trabalho, dos quais emergem os problemas e situações adversas que são manifestações dos modos de organização do trabalho nos serviços de saúde. Trata assim, de um mecanismo de construção de medidas coletivas para o enfrentamento de problemas e situações apontadas pelos usuários (Cf. Brasil, 2009 *apud* Medeiros, 2017, p. 20).

Em seguida, também no ano de 2003 o governo passou a estimular de maneira acentuada a participação social, através do reconhecimento da importância dos movimentos sociais atuarem em conjunto com gestores nas conferências de saúde, além de fortalecer a criação de canais de voz aos cidadãos.

[...] no intuito de consolidar o controle social e a gestão participativa, a 12ª Conferência Nacional de Saúde deliberou pela definição e implementação da política nacional de ouvidorias do SUS para as três esferas de governo. Nesse contexto o Ministério da Saúde instituiu a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP para integrar e estimular práticas que ampliassem o acesso dos usuários do SUS ao processo de avaliação das políticas públicas de saúde e, vinculado a SGEP, o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, como exemplo concreto de participação da comunidade e de democratização das informações em saúde, e, conseqüentemente, da gestão do SUS (Brasil, 2014b. p. 06).

Fernandez et al., (2021) destacam que foi fundado por meio do Decreto nº4.726 de julho de 2003 o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES), no qual, suas ações são suplementares à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e integrado a estrutura do Ministério da Saúde. A partir disso, formou-se ouvidorias na União, estados e municípios atuando de forma descentralizada em conformidade às orientações previstas pelo DOGES.

O compromisso do DOGES é “ampliar e consolidar o Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS (SNO), ou seja, a formação de uma rede de ouvidorias que compartilhe a mesma concepção de trabalho eficaz, eficiente, efetivo e humanizado, contribuindo para a melhoria do SUS” (Brasil, 2014a, *apud* Fernandes, B; Moreira; Ribeiro, 2016, p. 203).

Por meio do decreto nº4.726/2003 o DOGES, os autores Fernandes, B, Moreira e Ribeiro (2016, p. 203) pontuam que:

Esta legislação lhe definiu uma série de atribuições, tais como: (a) propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação do SUS; (b) estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de ouvidoria da saúde; (c) implementar políticas de estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS; entre outras.

Segundo, Menicucci; Costa e Machado (2018) através de debates envolvendo os gestores de saúde, o Conselho Nacional de Conselho de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Ministério da Saúde, entre outros sujeitos, foi realizado o desenvolvido ações com intuito de efetuar melhorias e inovações na gestão do SUS.

Em vista as diferenças regionais socioeconômicas, precarização na prestação dos serviços de saúde, a distinção no repasse de recursos e subfinanciamento que estavam causando o desequilíbrio no sistema de saúde pública, além de as instâncias normativas já implantadas encontrarem dificuldades para resolver as demandas que assolavam a organização do SUS. Iniciou-se “A discussão de um novo pacto intergovernamental para o compartilhamento da gestão em saúde entre as três esferas de governo iniciou-se em 2003, na gestão do Ministro Humberto Costa apoiada, sobretudo, na crítica à Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/2002” (Menicucci; Costa; Machado, 2018, p. 30).

As normas operacionais foram importantes instrumentos e contribuíram para descentralizar as ações e serviços de saúde, contudo, também, criaram obstáculos aos municípios e à descentralização, pois exigiam o cumprimento de regras nem sempre compatíveis com sua realidade local, bem como não consideravam a diversidade do território brasileiro, suas características locais e regionais, como as regiões de fronteiras (Preuss, 2018, p. 329).

Diante do exposto, no intuito de aprimorar a gestão e serviços do sistema de saúde público, foi realizado por meio da Portaria nº399/2006 o Pacto pela Saúde, cujo objetivo envolveu modificações institucionais no SUS, as ações estão pactuadas entre os três entes federativos União, estados e municípios.

O aperfeiçoamento e definição das responsabilidades sanitárias e de gestão foram concebidos sob os três componentes que compunham o Pacto pela Saúde: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida consistiu no compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades de impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. O Pacto em defesa do SUS envolveu ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS

como política de Estado. O Pacto de Gestão do SUS trouxe alterações nas regras anteriores com vistas a reforçar a estratégia da regionalização, contribuindo para o fortalecimento da denominada gestão compartilhada e solidária do SUS (Menicucci; Costa; Machado, 2018, p. 30).

No que diz respeito ao Pacto de Gestão do SUS, foi de extrema relevância para o processo de implantação e efetivação das ouvidorias públicas de saúde nos estados e municípios. As ouvidorias do SUS fazem parte das instâncias que realizam ações de fortalecimento da participação social (Brasil, 2006):

Apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis;
Apoiar o processo de formação dos conselheiros;
Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;
Apoiar os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;
Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS;
Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto;

Nessa mesma lógica, a Secretária de Gestão Estratégica e Participativa apresenta como forma de aprimorar e ampliar a articulação de vários serviços que auxiliam na gestão estratégica e participação do sistema público de saúde; passou por alterações em sua organização mediante o Decreto nº 5.841/2006, foi denominada de Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) (Brasil, 2009a).

No mesmo momento o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS), passou a ser vinculado (SGEP), também foi fundado “[...] o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, transformou-se o Departamento de Acompanhamento da Reforma Sanitária em Departamento de Apoio à Gestão Participativa ampliou-se o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS” (Brasil, 2009a, p. 06).

Posto isto, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa formulou a Política Nacional Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), após inúmeras discussões, sua consolidação ocorreu em 2007 através da aprovação do Conselho Nacional de Saúde. A partir da implementação da política ParticipaSUS a Ouvidoria de saúde pública se transformou num espaço relevante para o aperfeiçoamento da gestão do SUS, atuando em conjunto com outros componentes “[...] por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização

social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, [...] à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde” (Brasil, 2009a, p. 15).

Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social – e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças. Igualmente, é de fundamental importância a criação de alternativas eficientes de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias, transformando-as em fontes de informações privilegiadas para fomentar a gestão do SUS nas três esferas de governo. Torna-se necessário, também, aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência no SUS (Brasil, 2009a, p. 10).

Nesse sentido, a partir do Decreto n° 5.974/ 2006 em que incentiva a criação de ouvidorias em todos os níveis federativos, entra em vigor a Portaria n° 8 de maio de 2007 cujo objetivo é regulamentar e organizar o sistema de ouvidorias do SUS. “[...] O OuvidorSUS é um Sistema informatizado elaborado pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS” (Brasil, 2007). O sistema permite a articulação das informações entre as instituições responsáveis pela administração do SUS e para a resolução e medidas cabíveis em relação às manifestações que chegam pelo sistema.

Sendo assim, o sistema tem como finalidade:

- a) atuar como ferramenta no processo de descentralização do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS;
- b) facilitar a democratização de informações em saúde;
- c) agilizar o processo de recebimento, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações recebidas;
- d) gerar relatórios gerenciais que auxiliem na melhoria contínua do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2007).

Assim, o sistema é considerado uma ferramenta que atua de forma descentralizada, auxiliando a desburocratizar e otimizar o processo de trabalho realizado pelos profissionais das ouvidorias do SUS. Além de, realizar o tratamento e encaminhamento das manifestações de forma adequada e segura, através de um controle de acesso, que só permite entrar no sistema após efetuar o devido cadastro com senha/login (Brasil, 2013b).

Com base nas normativas formuladas e citadas nos parágrafos anteriores “O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições previstas no inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e considerando os arts. 6º e 196 da

Constituição Federal” (Brasil, 2011a, p. 06) em consonância com a Lei 8.080/1990; A Política Nacional de Humanização da Atenção; Gestão do SUS de 2007 e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS de 2007, formularam e em seguida foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde a respectiva Portaria n° 1.820 de agosto de 2009 que corresponde aos direitos e deveres dos usuários da saúde. A Carta dos Direitos da Saúde é considerada uma ferramenta que auxilia os cidadãos a conhecerem seus direitos e contribui para construir um sistema de saúde com serviços de qualidade (Brasil, 2011a).

O documento está fundamentado por princípios que direcionam os usuários a reconhecerem e identificarem seus direitos e de que forma utilizar no momento de busca por atendimento de saúde, tanto no âmbito público como em instituições privadas. Também é de suma importância que a população, gestores e profissionais de saúde tenham acesso a essa normativa nos serviços de saúde e que as informações contidas sejam transcritas de forma clara e acessível para que seja possível juntos apropriar-se das informações contidas e realizar debates em torno da normatização (Brasil, 2011a).

Considerando os artigos da Portaria n° 1.820 de agosto de 2009:

Art. 1º Dispor sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde nos termos da legislação vigente.

Art. 2º Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para a garantia da promoção, da prevenção, da proteção, do tratamento e da recuperação da sua saúde.

Art. 3º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Art. 5º Toda pessoa deve ter seus valores, sua cultura, sua crença e seus direitos respeitados na relação com os serviços de saúde [...].

Art. 6º Toda pessoa tem responsabilidade para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção.

Art. 7º Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação.

Art. 8º Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores (Brasil, 2009b).

Visto que, a Ouvidoria de saúde pública é uma das instâncias de participação social do SUS deve fundamentar-se pela referida Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde para garantir os direitos previstos e a realizar a articulação das informações contidas no documento aos gestores, usuários e profissionais. Além de colaborar para efetivação do exercício da cidadania, pois a medida que os usuários têm conhecimento sobre seus direitos e deveres possibilita uma maior adesão à participação social e controle social do SUS (Brasil, 2013b).

No período de 2011 foi criado a Lei 12.527/2011 de Acesso à Informação, no qual tem o intuito de garantir o direito apresentado “no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal” (Brasil, 2011b). A partir disso a lei direciona os procedimentos necessários que os três poderes à União, Distrito Federal, estados e municípios devem seguir, a fim que toda a população possa solicitar e receber as informações sobre os órgãos públicos, instituições e entidades que recebem recursos públicos, o intuito é realizar e assegurar uma gestão pública transparente (Brasil, 2011b).

A principal diretriz que rege a disponibilização de informações é: a publicidade e a transparência das informações é a regra e o sigilo é a exceção. Portanto, a informação sob a guarda do Estado é sempre pública, devendo o acesso a ela ser restrito apenas em casos específicos e por período de tempo determinado. A Lei de Acesso à Informação no Brasil prevê as informações classificadas por autoridades como sigilosas e os dados pessoais como exceções à regra de acesso (Brasil, [2012?]b).

No ano seguinte, por meio do Decreto nº 7.724/2012 a Lei de Acesso à Informação foi regulamentada, como forma de especificar e efetivar estando descritos em seus artigos, os procedimentos necessários para obter as informações da gestão pública e instituições que recebem orçamento público; também diz respeito às informações com sigilo, indicando que são classificados em graus de confiança perante restrição de acesso, visto que podem comprometer a segurança da sociedade ou Estado e do mesmo modo deve-se cumprir o prazo de sigilo estabelecido. Além de garantir o acesso à informação, de forma objetiva e com tempo de resposta hábil, linguagem de fácil entendimento e em consonância com as normativas da gestão pública e diretrizes previstas na Lei 12.527/2011 (Brasil, 2012c).

A Ouvidoria pública de saúde segue em conformidade com os regulamentos e procedimentos previstos na Lei de Acesso à Informação, tornando-se uma de suas

atribuições; conforme explicitado pelo documento “Manual de Ouvidorias do SUS” (Brasil, 2014a):

Adoção de práticas de gestão institucionais que garantem o pleno atendimento às disposições da Lei de Acesso à Informação disponibilizando à sociedade informações fidedignas, completas, atualizadas e em linguagem acessível, contribuindo positivamente para a credibilidade e a confiança social no desempenho institucional.

Outra base legal para o funcionamento das ouvidorias do SUS, é por via do decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, no qual regulamenta a Lei nº 8.080/1990, em que determina como será a “[...] organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências” (Brasil, 2011c). Entre seus parágrafos, no que se refere a Ouvidoria do SUS, destaca-se o artigo 37, onde estabelece o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em que conta com às seguintes diretrizes, a fim de garantir a gestão participativa:

- I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;
- II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e
- III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar (Brasil, 2011c).

Logo após, com base no artigo 87 da Constituição Federal de 1988 e marcos posteriores, foi formulado a Portaria nº 2.416 de novembro de 2014, no qual prevê diretrizes que dão suporte para organizar e direcionar de que forma será efetuado o funcionamento dos serviços de Ouvidoria do sistema de saúde pública (Brasil, 2014a). Portanto, no artigo 3º da Portaria nº 2.416/2014 constam as seguintes diretrizes:

- I - defesa dos direitos da saúde, visando contribuir para o fortalecimento da cidadania e da transparência;
- II - reconhecimento dos cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito;
- III - objetividade e imparcialidade no tratamento das informações, sugestões, elogios, reclamações e denúncias recebidas dos usuários do SUS;
- IV - zelo pela celeridade e qualidade das respostas às demandas dos usuários do SUS;

V - defesa da ética e da transparência nas relações entre administração pública e os cidadãos;

VI - sigilo da fonte quando o interessado solicitar a preservação de sua identidade; e

VII - identificação das necessidades e demandas da sociedade para o setor da saúde, tanto na dimensão coletiva, quanto na individual, transformando-as em suporte estratégico à tomada de decisões no campo da gestão (Brasil, 2014a).

Ainda, em seu artigo 5º da Portaria nº 2.416/2014 cabe aos serviços de Ouvidoria do SUS em cada nível federativo:

I - analisar, de forma permanente, as necessidades e os interesses dos usuários do SUS, recebidos por meio de sugestões, denúncias, elogios e reclamações relativas às ações e serviços de saúde prestados pelo SUS;

II - detectar, mediante procedimentos de ouvidoria, as reclamações, sugestões, elogios e denúncias, para subsidiar a avaliação das ações e serviços de saúde pelos órgãos competentes;

III - encaminhar as denúncias aos órgãos e unidades da Secretaria de Saúde ou congêneres para as providências necessárias;

IV - 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;

V - informar, sensibilizar e orientar o cidadão para a participação e o controle social dos serviços públicos de saúde;

VI - informar os direitos e deveres dos usuários do SUS; e

VII - elaborar relatórios contendo subsídios que contribuam para os gestores do SUS solucionarem, minimizarem e equacionarem as deficiências do SUS identificadas e apontadas pelo cidadão (Brasil, 2014a).

Também foi implementada a Lei 13.460 de junho de 2017, em que dispõem sobre a participação e direitos dos usuários nos serviços públicos, precisamente em seu capítulo IV determina em seus artigos, no que diz respeito às ouvidorias do do SUS:

Art. 13. As ouvidorias terão como atribuições precípuas, sem prejuízo de outras estabelecidas em regulamento específico:

I - promover a participação do usuário na administração pública, em cooperação com outras entidades de defesa do usuário;

II - acompanhar a prestação dos serviços, visando a garantir a sua efetividade;

III - propor aperfeiçoamentos na prestação dos serviços;

IV - auxiliar na prevenção e correção dos atos e procedimentos incompatíveis com os princípios estabelecidos nesta Lei;

V - propor a adoção de medidas para a defesa dos direitos do usuário, em observância às determinações desta Lei;

VI - receber, analisar e encaminhar às autoridades competentes as manifestações, acompanhando o tratamento e a efetiva conclusão das manifestações de usuário perante órgão ou entidade a que se vincula; e

VII - promover a adoção de mediação e conciliação entre o usuário e o órgão ou a entidade pública, sem prejuízo de outros órgãos competentes.

Art. 14. Com vistas à realização de seus objetivos, as ouvidorias deverão:

I - receber, analisar e responder, por meio de mecanismos proativos e reativos, as manifestações encaminhadas por usuários de serviços públicos; e

II - elaborar, anualmente, relatório de gestão, que deverá consolidar as informações mencionadas no inciso I, e, com base nelas, apontar falhas e sugerir melhorias na prestação de serviços públicos.

Art. 15. O relatório de gestão de que trata o inciso II do caput do art. 14 deverá indicar, ao menos:

I - o número de manifestações recebidas no ano anterior;

II - os motivos das manifestações;

III - a análise dos pontos recorrentes; e

IV - as providências adotadas pela administração pública nas soluções apresentadas.

Parágrafo único. O relatório de gestão será:

I - encaminhado à autoridade máxima do órgão a que pertence a unidade de ouvidoria; e

II - disponibilizado integralmente na internet.

Art. 16. A ouvidoria encaminhará a decisão administrativa final ao usuário, observado o prazo de trinta dias, prorrogável de forma justificada uma única vez, por igual período.

Parágrafo único. Observado o prazo previsto no caput, a ouvidoria poderá solicitar informações e esclarecimentos diretamente a agentes públicos do órgão ou entidade a que se vincula, e as solicitações devem ser respondidas no prazo de vinte dias, prorrogável de forma justificada uma única vez, por igual período.

Art. 17. Atos normativos específicos de cada Poder e esfera de Governo disporão sobre a organização e o funcionamento de suas ouvidorias (Brasil, 2017).

Posto isto, ao final do ano de 2018 o Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS dispunha de 1.922 ouvidorias distribuídas em [...] “Ouvidorias de Secretarias

Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, regionais de Saúde, Distritos Sanitários Especiais Indígenas e unidades de saúde distribuídas em todo território nacional” (Brasil, 2019 *apud* Almeida; Xavier; Azevedo, 2020, p. 164-165).

No ano de 2018 foi implantado o governo de Jair Bolsonaro, como já mencionado no capítulo anterior seu mandato foi marcado pela intensificação de desmontes e contrarreformas das políticas públicas. Além disso, ao final de 2019 países do mundo todo passaram a enfrentar a Pandemia da Covid - 19, no qual, o Brasil ficou entre a população com maior percentual de contaminação do vírus e óbitos.

O sistema de saúde pública brasileiro já estava em desequilíbrio, mas, após a Pandemia da Covid - 19 o país passou a enfrentar uma crise sanitária desenfreada causada pela omissão e despreparo do governo em realizar ações de combate ao vírus. O então presidente Bolsonaro passou a disseminar o negacionismo científico, estimulou a população desrespeitar o isolamento social com o discurso que o ato poderia comprometer a economia, também minimizou a gravidade da doença, incentivando a população a não utilizar máscaras, sendo que o utensílio teve como intuito diminuir a propagação da doença, além da demora para efetuar a compra da vacina e imunizar a população.

Pela diversidade e desigualdade social já existentes no país, o vírus afetou de maneira diferente alguns grupos, infelizmente a população em situação de vulnerabilidade social, foi a mais atingida e acabou sofrendo as consequências da falta de planejamento por parte do governo em que resultou no aumento de casos de contaminação e número de mortes.

Toda essa situação poderia ter sido evitado se o governo realizasse estratégias coerentes e respeitasse os protocolos indicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), instituições de aprimoramento científico e ligados a área da saúde que lutaram para reduzir a crise no quadro sanitário e os danos causados pela Covid - 19.

Sendo assim, de acordo com Almeida, Xavier e Azevedo (2020) as Ouvidorias de saúde no período da Pandemia da Covid - 19 foram imprescindível, visto que no início os casos da doença não concentrava-se em todas as regiões do país, este fato possibilitou que as ouvidorias do SUS de alguns territórios não afetados conseguiram organizar-se e planejar ações de caráter urgente para a população.

Além de disseminar informações seguras, cientificamente comprovadas, com qualidade e que auxiliaram no enfrentamento da doença.

Nesse sentido, as Ouvidorias do SUS, do lugar de instrumento de gestão, possuem importância ímpar no recebimento, no processamento e na transformação de informações em conhecimento para a tomada de decisões. Voltada à qualificação da gestão do SUS, ela transforma manifestações individuais em recomendações aos gestores que podem subsidiar a alteração de uma determinada ação, programa ou, mesmo, política pública, quando aponta para necessidades coletivas. Em outra medida, ela pode, especialmente em tempos de urgência (como é o caso da pandemia de COVID-19), disseminar, para os indivíduos, informação segura e de qualidade em saúde, para que as pessoas também contribuam individualmente no seu processo de cuidado em saúde, o que reforça o cuidado coletivo (Almeida; Xavier; Azevedo, 2020, p. 165).

Os autores Almeida, Xavier e Azevedo (2020) afirmam que durante o período da Pandemia de Covid - 19 houve o aumento expressivo do número de manifestações recebidas pelas Ouvidorias do SUS, ainda somando a essas demandas o setor passou pela diminuição do quadro de funcionários, em razão dos profissionais que apresentavam sintomas ou pertenciam ao grupo de risco foram afastados de forma temporária. De modo, que com a diminuição dos profissionais houve interferência no sistema de ouvidorias do SUS, visto que prejudicou a logística do serviço realizado pelas mesmas, no entanto foram efetuados diversas ações para não comprometer de maneira acentuada o trabalho ofertado por essas unidades.

Segundo matéria veiculada no site da Associação Brasileira de Ouvidores/ Ombudsman, em 25 de março de 2020, buscaram-se alternativas que pudessem resguardar a saúde dos profissionais que atuam no setor, sem, todavia, interferir na capacidade de atuação das Ouvidorias que, de modo geral limitaram, seu atendimento aos meios digitais (ABO, 2020 *apud* Almeida; Xavier; Azevedo, 2020, p. 166).

Ademais, foram mantidos os prazos de respostas da Lei nº 13.460/2017, que dispõe sobre participação, sobre a proteção e sobre a defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da Administração Pública e que, dentre outras questões, regulamenta as Ouvidorias. No caso da LAI, o Governo Federal, por meio de decreto, tentou modificar o regramento e alterar os prazos, mas o Supremo Tribunal Federal acolheu o pedido da Ordem dos Advogados do Brasil e suspendeu o trecho em questão, não tendo prosperado posteriormente (Almeida; Xavier; Azevedo, 2020, p. 166).

Uma das alternativas das ouvidorias do sistema público de saúde foi concentrar os atendimentos já realizados por meio eletrônico ou via telefone, essa ação colaborou para que o serviço não só prestasse informações relativas a Ouvidoria do SUS, mas, no que diz respeito a reorganização do sistema de saúde frente a essa crise sanitária e respectivamente mudanças em relação a COVID - 19.

Evitando assim, que os usuários direcionam de forma presencial até os serviços de saúde de maneira desnecessária, aumentando o fluxo de pessoas e resultando na propagação do vírus.

Dada a verticalização e a especialização técnica das áreas de serviço do SUS (Vigilância Epidemiologia, Vigilância Sanitária, Atenção Básica, e outros), as informações encontram dificuldade para circular de forma rápida e eficiente. Dessa forma, a rede de Ouvidorias do SUS pode e deve contribuir na mudança desse cenário, funcionando como um instrumento de mediação institucional. Por outro lado, em momentos de crise como experimentamos durante a pandemia de COVID-19, existe um desconhecimento completo por parte da população em relação ao que está acontecendo e como o sistema de saúde se organiza para dar respostas. Logo, um rápido treinamento da equipe de Ouvidoria pode contribuir para que ela seja capaz de orientar a população em questões mais simples, sejam essas relacionadas a protocolos clínicos realizados pela equipe técnica, por exemplo, ou a esclarecimentos em relação aos decretos que organizam o funcionamento dos serviços, muito comum nesse período. Assim, a Ouvidoria, agilizando o processo de disseminação de informação, funciona como um catalisador que, também, fortalece a sua rede colaborativa interna (Almeida; Xavier; Azevedo, 2020, p. 168-169).

Outra questão, foi o fato das ouvidorias do SUS contribuíram para estimular a valorização dos profissionais da área da saúde pela população, a partir da propagação de informações, nos ambientes eletrônicos, cartazes, banners, entre outros. Os profissionais atuaram na linha de frente no tratamento das pessoas infectadas e enfrentamento da doença, sendo uma tremenda responsabilidade e pressão em razão da crise sanitária assolava o mundo todo, além do perigo de contaminação, não só a população, mas muitos profissionais da área da saúde foram afetados e morreram por conta da covid - 19.

Os autores Almeida, Xavier e Azevedo (2020) sinalizam que o governo federal demorou a realizar ações de combate a Covid - 19, no entanto o Brasil conta com um sistema de saúde que mesmo fragilizado foi de suma importância para enfrentamento da propagação da doença. Deste modo, mesmo em momentos de calamidade como o da pandemia da Covid - 19 o Estado deve garantir que a população tenha acesso aos seus direitos, visto que estão estabelecidos pela Constituição Federal de 1998, nos princípios da Lei 8.080/1990 e assegurados na Lei 8.142/90 e de outros marcos normativos elencado em parágrafos anteriores em que garante a participação da comunidade e controle social na gestão pública.

É oportuno, reforçar que a participação social pode ser efetivada nas diversas instâncias que proporcionam voz à população, esses mecanismos estão organizados por meio das Conferências, Conselhos, Audiências, Ouvidorias, Fóruns,

entre outros. Os cidadãos podem aplicar esse direito, atuando em conjunto com a gestão na definição dos problemas que merecem atenção prioritária, a partir disso, é realizado a introdução da demanda na agenda governamental, da mesma forma a população auxilia na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas. “Nessa lógica, nos momentos de excepcionalidade, esses instrumentos e direitos devem ser fortalecidos” (Almeida; Xavier; Azevedo, 2020, p. 171).

A Ouvidoria do SUS é uma instituição participativa especificamente desenhada para ouvir o cidadão individualmente, assim possui um papel fundamental na gestão de fases críticas, como no caso de pandemias. Sua capacidade de responsividade nas ocorrências de urgência contribui tanto com a possibilidade de munir o Poder Público para tomar as decisões específicas, quanto em minimizar o pânico da população no enfrentamento de cenário ainda desconhecido.

A Ouvidoria é, assim, um ponto de referência para o cidadão, onde, em um ambiente de comunicação de risco, a informação correta é um recurso escasso e estratégico para a condução da crise e da sobrevivência das pessoas (Almeida; Xavier; Azevedo, 2020, p. 171-172).

Contudo, as Ouvidorias de saúde pública em conjunto com outros mecanismos de participação social, demonstram ser um importante instrumento de qualificação de gestão e que está comprometida em melhorar o sistema de saúde pública. De tal modo, que “transforma manifestações individuais em recomendações aos gestores que podem subsidiar a alteração de uma determinada ação, programa ou, mesmo, política pública, quando aponta para necessidades coletivas” (Almeida; Xavier; Azevedo, 2020, p. 165).

Dado isto, não foram explanados os marcos relacionados à Ouvidoria do SUS no período do governo atual de Luiz Inácio Lula da Silva, no qual teve início em 2023 e poderá encerrar em 2026, visto que seu mandato ainda está em vigor.

Por fim, busca-se através do próximo tópico elencar de maneira específica a respeito do aspecto da estrutura, função e serviço prestado pela Ouvidoria do sistema de saúde pública e como constitui-se em um instrumento estratégico da democracia, visto que contribui no diálogo entre a população e gestão do SUS e controle social.

2.2 O PAPEL DA OUVIDORIA NO CONTEXTO DO SUS

De acordo com o documento denominado “Manual das Ouvidorias do SUS” as ouvidorias são uma ferramenta da gestão, em que auxilia os cidadãos a terem um

diálogo direto com os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Configura-se, em um espaço de participação social e controle social, visto que o cidadão pode ter um maior protagonismo junto ao governo na gestão das políticas públicas Brasil (Brasil, 2014a).

[...] são unidades administrativas dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Único de Saúde, no âmbito dos governos federal, estadual e municipal, cuja missão é viabilizar os direitos dos(as) cidadãos(ãs) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS (Brasil, 2014a, p. 09).

As Ouvidorias contribuem para a melhoria na qualidade dos serviços prestados, pois recebem reclamações, denúncias, sugestões, elogios, solicitações e prestam informações para os usuários referentes aos seus direitos no âmbito do SUS. A partir das manifestações que se apresentam nas ouvidorias, é possível identificar os pontos a serem aprimorados nos serviços públicos de saúde, bem como avaliar as necessárias modificações.

[...] Diante da necessidade apresentada pelo cidadão e das responsabilidades legais do gestor, as ouvidorias orientam, encaminham, acompanham a demanda e respondem ao cidadão sobre as providências adotadas.

[...] O processo de escuta do cidadão se dá individualmente, porém, a Ouvidoria tem como atribuição sistematizar as demandas que recebe, de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da saúde (Brasil, 2013b, p. 07).

Está transcrito no documento Manual das Ouvidorias do SUS orientações de como deve ser realizado o atendimento das ouvidorias de saúde pública, mas, é importante sinalizar que [...] “deve levar em conta a realidade econômica, cultural e política de cada ente federativo” (Brasil, 2014a, p. 15).

Os gestores do sistema de saúde pública devem comprometer-se em implantar ouvidorias que articulem entre si, respeitando a diversidade e autonomia de cada nível de federação, deste modo é possível formar uma rede de gestão compartilhada que garanta ao cidadão a participação social na gestão do SUS e juntos possam melhorar a política de saúde brasileira. Essa rede é constituída pelo Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS (SNO), no qual seguem as diretrizes já elencadas nos parágrafos anteriores previstas pelo DOGES e em conformidade com a SGEPI do Ministério da Saúde (Brasil, 2014a).

No que tange o profissional (OuvidorSUS) deve realizar suas atividades em consonância com os requisitos técnicos previstos em normativas que regulamentam a Ouvidoria do SUS. “O Ouvidor do SUS é um servidor com perfil técnico-político, com competências e habilidades pessoais e comportamentais que envolvam capacidade de liderança, de articulação, de coordenação, entre outras” (Brasil, 2014a, p. 18).

No que concebe às atribuições do Ouvidor, que deve está prevista na estrutura regimental da Ouvidoria do SUS a que pertence:

- a) Coordenar, avaliar e controlar as atividades e os serviços relacionados às competências institucionais da ouvidoria, provendo os meios necessários à sua adequada e eficiente prestação.
- b) Representar a ouvidoria diante das unidades administrativas do órgão/entidade a que pertencem; dos órgãos e entidades do Poder Executivo, dos demais poderes e perante a sociedade.
- c) Encaminhar as demandas às unidades administrativas competentes para resposta, de acordo com o seu teor.
- d) Propor a adoção de medidas e as providências de correção de rumos ou aperfeiçoamento em processos, a partir das demandas recebidas pela ouvidoria.
- e) Promover articulação e parcerias com outros organismos públicos e privados.
- f) Manter os interessados informados sobre medidas adotadas e resultados obtidos.
- g) Encaminhar os relatórios estatísticos das atividades da ouvidoria às autoridades superiores do órgão/entidade, na forma disposta no regulamento ou no regimento interno.
- h) Exercer outras atribuições, compatíveis com a sua função, que forem estabelecidas no regulamento ou regimento interno do órgão/entidade (Brasil, 2014a, p. 19)

No que diz respeito a estrutura da Ouvidoria do SUS deve conter, instrumentos regulatórios em que institucionalize por meio de lei a sua legitimação. Com relação aos recursos humanos o serviço necessita de profissionais capacitados para a função, é sugerido que tenha em seu quadro de colaboradores, um profissional responsável pela Ouvidoria, Teleatendente, Técnico para o tratamento da demanda e assistência administrativa para assuntos burocráticos (Brasil, 2014a).

Por fim, a adesão dos recursos físicos, pois é preciso que as atividades realizadas pelo equipamento seja desenvolvida em uma sala ampla, de fácil localização e com acessibilidade, que garanta o sigilo e privacidade dos usuários, além de conter equipamentos como computadores, acesso a sinal de internet, linha telefônica, armários para guardar possíveis arquivos, entre outros. Todos os recursos sinalizados auxiliam e garantem a qualidade do atendimento ao usuário e dinâmica de trabalho realizado pelos profissionais do serviço (Brasil, 2014a).

No “Manual das Ouvidorias do SUS” está previsto a classificação das manifestações registradas pelo setor (Brasil, 2014a). “Toda demanda registrada deve ser classificada quanto ao seu conteúdo, para facilitar e agilizar o seu tratamento e viabilizar o controle de informações” (Brasil, 2014a, p. 52). Ainda, está elencado como são classificadas as demandas que chegam até a ouvidora de saúde pública e suas características:

- a) **Denúncia:** Manifestação de forma verbal ou escrita atos ou indícios de irregularidade e práticas ilícitas que descumpram os regulamentos normativos, no qual, envolvem a administração/serviços do âmbito público ou entidade privada que possui convênio com o SUS.
- b) **Reclamação:** Relatos de forma verbal ou escrita que manifestam insatisfação quanto ao serviço prestado por um servidor ou determinada instituição de saúde.
- c) **Sugestão:** Propor de forma verbal ou escrita modificações de aperfeiçoamento nos serviços/instituições de saúde pública.
- d) **Solicitação:** Requer por meio de comunicação verbal ou escrita informações, esclarecimento de dúvidas ou apontar insatisfação ou até mesmo reivindicar o acesso às ações desenvolvidas por determinado serviço de saúde.
- e) **Elogio:** Demonstra por meio de relato verbal ou escrita a satisfação ou reconhecimento em relação ao serviço prestado pelo sistema de saúde público.
- f) **Informação:** Requer por meio de manifestação verbal ou escrita o esclarecimento ou solicitar informações referente as ações de serviço realizadas no âmbito do SUS.

Ademais, é instituída a Portaria nº 8 de maio de 2007 em que regulamenta o Sistema OuvidorSUS, estabelece os níveis de prioridade e o prazo máximo de resposta das demandas. Sendo assim, as demandas consideradas de nível urgente seguem o prazo de até 15 dias, às de nível alta até 30 dias, nível médio até 60 dias e nível baixo até 90 dias. O prazo da resolução da demanda é validado após o encaminhamento da mesma (Brasil, 2007).

Cada Ouvidoria do SUS deve seguir as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e outros instrumentos regulatórios. No entanto, os prazos de tratamento das demandas

podem ser concluídos com prazo antecipado que o previsto pelas instâncias normativas, visto que as ouvidorias do SUS de cada nível de federação, podem ter fluxo e dinâmica de serviço diferentes, sendo possível agilizar o tratamento das demandas (Brasil, 2014a).

O documento denominado “Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS” apresenta a partir do quadro 1 como ocorre o processo de recebimento, análise, encaminhamento, acompanhamento, resposta e fechamento das referidas demandas (Brasil, 2013b).

QUADRO 1 - Fluxo de Trabalho Interno

ETAPA	PROCEDIMENTO
1ª - Recebimento	As demandas poderão ser recebidas na Ouvidoria por meio de correspondências diversas, correspondência eletrônica, pessoalmente, telefone e outros. É importante que a Ouvidoria observe os processos de recebimento de documentos já implantados em sua instituição (protocolo de documentos) para que os documentos da Ouvidoria sigam os mesmos processos.
2ª - Análise	O período de análise é compreendido como a etapa pela qual a Ouvidoria deverá analisar o teor da manifestação, verificar se há dados suficientes para dar continuidade ao processo, se há a necessidade de colocar a demanda em sigilo, e para qual o local deverá ser encaminhada.
3ª - Encaminhamento	Após a análise, a demanda que tenha dados suficientes deverá ser encaminhada para a área responsável pela sua resolução. É importante que o cidadão tenha conhecimento do encaminhamento dado a sua manifestação.
4ª - Acompanhamento	A Ouvidoria deverá acompanhar o trâmite da demanda para agilizar e intermediar as ações deverá, também, avaliar a resposta do setor, órgão ou entidade e, se não for satisfatória, procurar a instância imediatamente superior para nova avaliação.
5ª - Resposta ao Cidadão	Manter o cidadão informado sobre o trâmite da sua demanda, considerando sua resolução dentro dos princípios legais e diretrizes do SUS. Cada Instituição estabelecerá o modo mais adequado para a tramitação das demandas, tendo em vista sua organização e necessidade.
6ª - Fechamento	Uma demanda só pode ser fechada mediante uma resposta satisfatória. Ressalte-se que não necessariamente a resposta satisfatória significa atendimento.

Fonte: Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidorias Geral do SUS. **Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS**. Brasília: MS, 2013b. p. 19. Disponível em: [guia_orientações_implantação_ouvidorias_sus.pdf](#) (saude.gov.br). Acesso em: 31 jul. 2024.

O recebimento das demandas ocorre a partir de atendimento presencial, telefônico como o (Disque Saúde 136), atendimento por email, carta (Carta SUS), web, pesquisas de satisfação impressas e até mesmo pela Ouvidoria itinerante, no qual a mesma tem por objetivo realizar “[...] o deslocamento até as populações que têm dificuldade histórica de acesso às Ouvidorias do SUS, seja pela sua condição geográfica ou pelo desconhecimento. Essa aproximação pode se concretizar de várias maneiras, conforme a necessidade local” (Brasil, 2014a, p. 33).

Cabe ressaltar que é necessário realizar uma análise coerente das manifestações, a partir da sondagem e confirmação se o tipo de recebimento da demanda permitir, sendo assim, essas indagações são consideradas “[...] uma atividade de pesquisa, de exploração, de investigação cautelosa e direcionada, conduzida pelo atendente. O objetivo é compreender o relato do(a) cidadão(ã) e identificar o que responder e/ou registrar” (Brasil, 2014a, p. 39). Também é realizado o desmembramento, no qual consiste em separar as demandas de acordo com sua classificação, caso tenha mais de uma é preciso fazer a devida separação e correto registro das manifestações.

É importante destacar que as ouvidorias do SUS recebem manifestações de forma anônimas, sendo direito do usuário o sigilo de sua identidade. No entanto, para seu devido tratamento deve conter dados mínimos para prosseguir com a averiguação das informações, realizar seu apropriado encaminhamento e resolução da demanda.

É diretriz da Ouvidoria-Geral da União que as ouvidorias devem garantir acesso restrito à identidade do requerente e às demais informações pessoais constantes das manifestações recebidas, nos termos da Lei nº 12.527/2011.

Assim, na hipótese de o(a) cidadão(ã) denunciado formular pedido de acesso à informação para conhecer a identidade daquele que o denunciou, a Ouvidoria do SUS deve responder que essa é uma informação sigilosa, a fim de proteger a integridade do denunciante quanto ao direito de ampla defesa do acusado (Brasil, 2014a, p. 50).

Os dados coletados precisam ser de qualidade e seguros para o devido encaminhamento, e até mesmo, no momento de introduzir nos relatórios gerenciais, é indispensável que o cidadão apresente informações mínimas e completas no registro para que sejam suficientes, a fim de efetivar o devido encaminhamento, tratamento, resposta e resolução das demandas apresentadas.

Se o(a) cidadão(ã) relatar fatos pouco fundamentados, com dados incompletos e que sejam indispensáveis para a análise do caso, sugerir que ele/ela retorne, ao serviço de atendimento presencial, eletrônico ou telefônico da ouvidoria, com mais informações para que o seu registro seja feito com melhor detalhamento e qualidade.

[...] Todas as manifestações pertinentes à área da saúde pública devem ser registradas, a não ser aquelas que já possuam resposta de imediato (resposta no banco de informações da Ouvidoria do SUS) (Brasil, 2014a, p. 45-46).

Ambas as manifestações registradas são consideradas e prontamente encaminhadas para sua resolução, mas dependendo do fluxo de cada Ouvidoria do SUS é possível que algumas demandas consideradas descomplicadas, em que são recebidas de forma presencial ou por telefone, como solicitação ou informação, possam ser resolvidas de modo imediato.

Ainda, o desenvolvimento de relatórios gerenciais e da divulgação de dados qualitativos e quantitativos referente ao sistema de saúde pública, no sistema ou bancos que auxiliam na disseminação de informação das ouvidorias do SUS, possibilitam que a população verifique e esclareça dúvidas sem precisar fazer o registro da demanda, isso contribui para a otimização do sistema e resolução de manifestações mais complexas (Brasil, 2014a).

Outra questão é em relação a categorização das manifestações e nível de prioridade para seu devido encaminhamento, sendo importante ressaltar novamente que “Antes do encaminhamento da demanda, deve ser definido o seu nível de prioridade, [...] além de [...] ser fixada uma data limite para a conclusão da análise e da resposta à demanda, definida a partir das informações colhidas no momento do seu registro” (Brasil, 2014a, p. 66).

É recomendável que a Ouvidoria do SUS observe os procedimentos e os sistemas de recebimento e de registro de documentos já implantados em seu órgão ou entidade (protocolo de documentos) para que os documentos da ouvidoria sigam os mesmos processos.

[...] Essas informações devem ser suficientes para que a Ouvidoria do SUS dê encaminhamento à demanda do(a) cidadão(ã) nas áreas internas do órgão ou entidade e possibilite que a área interna possa analisar e responder, satisfatoriamente, ao(à) cidadão(ã) (Brasil, 2014a, p. 44-45).

Com relação ao encaminhamento das demandas, primeiramente é verificado o setor ou unidade administrativa responsável e que corresponde com às ações apresentadas na demanda.

Para assegurar que esse processo de identificação e encaminhamento seja eficaz, é fundamental que os servidores da ouvidoria possuam o conhecimento necessário sobre o Sistema Único de Saúde e das competências dos órgãos e entidades que o compõem, nas três esferas de governo, conforme legislação e normas que regem o Sistema (Brasil, 2014a, p. 68).

Além disso, às ouvidorias de saúde pública que utilizam o sistema do OuvidorSUS, no momento de processamento do registro, encaminhamento e resolução das demandas devem ser tratadas da seguinte forma (Brasil, 2014a):

- a) O(a) cidadão(ã) acessa o site da Ouvidoria e preenche o formulário web.
- b) A ouvidoria acessa o Sistema Informatizado OuvidorSUS e verifica os formulários preenchidos.
- c) A ouvidoria faz a análise para cadastrar ou não a manifestação
- d) Cadastrar a demanda e classificá-la quanto à sua natureza [...]
- e) Encaminhar a demanda à unidade administrativa, ao órgão ou à entidade competente.
- f) Fornecer resposta ao(à) cidadão(ã) quando a demanda for concluída pela unidade administrativa, pelo órgão ou pela entidade competente (Brasil, 2014a, p. 57-58) .

Após o registro das manifestações é gerado um protocolo de atendimento para que o cidadão consiga fazer o acompanhamento de sua manifestação. Vale ressaltar que a ouvidoria do sus “[...] deve dar conhecimento ao(à) cidadão(ã) sobre o encaminhamento concedido à sua manifestação; mantendo-o/a informado(a) sobre o trâmite da sua demanda, considerando sua resolução dentro dos princípios legais e diretrizes do SUS” (Brasil, 2014a, p. 58).

Em relação ao acompanhamento das demandas a Ouvidoria do SUS deve ficar atento a novos status referente a demanda e agilizar o tratamento das mesmas. “Por essa razão, é essencial que a ouvidoria mantenha a boa interlocução com as demais unidades administrativas do órgão/entidade, responsáveis diretos pela resolução das demandas” (Brasil, 2014a, p. 70). No caso dos responsáveis diretos pela resolução da demanda apresentarem problemas relacionados ao processamento das mesmas, é necessário entrar em contato com instância superior ao encarregado da resolução para realizar medidas de correção.

O acompanhamento do andamento das demandas nas unidades administrativas do órgão/entidade deve ser contínuo, com o objetivo de verificar se elas estão sendo analisadas e tratadas em tempo hábil – considerando o seu status e a prioridade – e verificar a qualidade das respostas que estão sendo produzidas, especialmente no que se refere à coerência com o teor do registro da demanda e com os princípios e as diretrizes do SUS.

[...] É desejável que a ouvidoria disponha de sistema informatizado de gestão de demandas e outras ferramentas que torne possível o acompanhamento delas quando apresentadas até o momento da resposta ao(à) cidadão(ã); e a consolidação das informações relativas às demandas para conhecimento do gestor (Brasil, 2014a, p. 70-71).

Os procedimentos de resposta ao cidadão, ocorrem a partir de análise da Ouvidoria, no qual, verifica se a resposta da demanda realizada pela unidade responsável está coerente e em conformidade aos princípios do SUS. Após constatar que o conteúdo é satisfatório, a demanda respondida é encaminhada ao cidadão e efetuado o registro de concluído no sistema da Ouvidoria do SUS para seu devido encerramento. “Caso a resposta não atenda aos requisitos anteriores, a demanda deve ser reencaminhada à unidade administrativa responsável para revisão da resposta” (Brasil, 2014a, p. 71).

Logo, ao fechamento da demanda é efetuado pesquisa de opinião junto ao cidadão para verificar sua satisfação em relação aos procedimentos e averiguar se a resolução da demanda foi contemplada. A ouvidoria do sistema de saúde público “[...] deve proceder ao registro da situação final da demanda quanto aos procedimentos adotados. Devem ser registrados, no mínimo, se a solicitação (a) foi atendida; (b) não foi atendida; (c) não foi localizado o(a) cidadão(ã); ou (d) se o(a) cidadão(ã) faleceu” (Brasil, 2014a, p. 73).

Quando essa demanda de solicitação não for atendida, é preciso registrar, também, o motivo que pode ser: (a) por falta de recursos orçamentários/financeiros; (b) procedimento ou medicamento não coberto pelo SUS; (c) cidadão já realizou atendimento particular; (d) número de vagas insuficiente; (e) cidadão não compareceu; e (f) outros.

[...] Quando a demanda tratar de denúncia ou reclamação, registrar se ela foi ou não apurada pela unidade administrativa. Caso tenha sido apurada, informar, ainda, se ela procede, não procede, ou é inconclusiva.

[...] Não é necessário registrar a situação final da demanda quando essa se tratar de informação, elogio ou sugestão (Brasil, 2014a, p. 73-74).

Todas essas informações ficam armazenadas e gerenciadas em um sistema próprio de cada Ouvidoria do SUS, ou quando as mesmas utilizam o Sistema OuvidorSUS, como já elencado a ferramenta tem como objetivo realizar:

[...] apoio à atuação descentralizada e sistêmica das Ouvidorias do SUS. O uso do Sistema agiliza e desburocratiza a comunicação entre as ouvidorias em saúde, bem como subsidia a geração de relatórios estatísticos, com o propósito de nortear e respaldar novas ações em saúde, possibilitando à ouvidoria o desempenho de um importante papel de instrumento de gestão. Além disso, o sistema permite a disseminação de informações, a partir de um banco de dados atualizados periodicamente por uma equipe especializada do Departamento de Ouvidoria-Geral do Ministério da Saúde (Brasil, 2014a, p. 78).

As informações registradas e protocoladas nas ouvidorias do SUS também são utilizados para a criação de dados estatísticos que demonstram o desempenho dos serviços fornecidos pelo SUS, no qual, serão acrescentados nos relatórios gerenciais, assim se constitui em uma ferramenta que auxilia os gestores a detectar melhorias e efetivar o aperfeiçoamento no sistema de saúde pública.

A geração de informação, a partir da consolidação e do tratamento estatístico e analítico desses dados, contribui para a qualidade do controle social e para a geração de conhecimento que possa ser aplicado em prol da ampliação do acesso, da equidade, da integralidade e da humanização dos serviços públicos de saúde. Essa diretriz norteia o processo de construção e publicação de informações produzidas pelo trabalho rotineiro das Ouvidorias do SUS (Brasil, 2014a, p. 78).

Os relatórios gerenciais desenvolvidos pela Ouvidoria do SUS são de suma importância, visto que os conteúdos expressos são repassados ao gestor de controle interno e externo, além da disseminação dos dados e indicadores a outros serviços/órgão do SUS e a toda a população.

O Relatório Gerencial deve ser feito de acordo com a realidade de cada ouvidoria, porém o ideal é que seja feito no mínimo um relatório no período de seis meses. Deve ser produzido a partir dos dados consolidados das manifestações recebidas na Ouvidoria do SUS, com qualificação e quantificação dos assuntos demandados. O relatório contém informações sobre como a saúde pública é percebida pelos seus usuários e permite o planejamento de políticas de saúde mais efetivas, que vão ao encontro das necessidades prementes da população (Brasil, 2014a, p. 81).

Além disso, são efetuados os relatórios de Monitoramento e Avaliação em que são elaborados mensalmente a partir do acompanhamento das manifestações registradas no sistema próprio das ouvidorias do SUS, no qual são organizados em gráficos e tabelas para melhor visualização do gerenciamento interno e gestor que verifica o desempenho do equipamento. Também, a Ouvidoria do sistema de saúde “[...] deve produzir relatórios específicos para as diferentes áreas temáticas, de forma a atender os gestores do SUS em suas necessidades, como também as

solicitações dos setores ou conforme necessidade apontada pelo ouvidor [...]” (Brasil, 2014a, p. 82).

Deste modo, são utilizados bancos de dados que auxiliam na divulgação das informações relacionadas ao sistema de saúde pública, esses instrumentos se configuram em Banco de Informações Técnicas em Saúde (Bits) em que “[...] agrupa, armazena e disponibiliza as informações obedecendo a uma estrutura de dados, que se organiza em “Tema” e “Tópico” (Brasil, 2014a, p. 82). Também pode utilizar para divulgação de informações o sistema de Unidade de Resposta Audível (URA) em que realiza o atendimento de forma eletrônica e o por meio do autoatendimento do Frequently Asked Questions (FAQ). Esses bancos de dados em conjunto com outros instrumentos da Ouvidoria do SUS garantem o acesso à informação à população (Brasil, 2014a).

Sendo assim, a Ouvidoria do SUS é um espaço que proporciona o adequado acolhimento, resolução das demandas e correto encaminhamento das manifestações da população até os gestores nos diversos níveis de complexidade do SUS. Igualmente [...] atuam também na perspectiva informativa, isto é, disseminam informações em saúde visando maior efetividade no desenvolvimento deste tipo de serviço como espaço de cidadania (Brasil, 2014a, p. 84).

Neste sentido, o próximo tópico discorre sobre a inserção do (a) Assistente Social na política de saúde brasileira e sua contribuição na Ouvidoria do SUS enquanto profissional que atua no fortalecimento da participação social e controle social

2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA OUVIDORIA DE SAÚDE PÚBLICA

Segundo Bravo e Matos (2009) a década de 1980 no Brasil, foi marcada pela mobilização de movimentos sociais em prol da luta por mudanças no cenário sócio-político. Isso, contribuiu como já sinalizado no desenvolvimento do trabalho, com o fim do regime autoritário implantado em 1964 e que perdurou até 1985, a partir disso, o país iniciou um processo de transição democrática.

Esse fato proporcionou o fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária que vem sendo desenvolvido desde a década de 1970, e que é contrário a projetos com viés capitalista, sobretudo, atualmente com o neoliberalismo, cujo objetivo é o desfinanciamento e privatização dos serviços públicos. O movimento sanitário

conseguiu evoluir na formulação de ações voltadas para o campo da saúde pública, em que objetiva “a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social” (Bravo; Matos, 2009, p. 203).

Neste contexto, devido às mudanças que estavam ocorrendo na sociedade brasileira, o período das décadas de 1970 e 1980 também influenciou e coincide com a consolidação do Projeto Ético - Político do Serviço Social, que a muitos períodos passava por construção e teve por finalidade a renovação crítica da profissão, através do aprimoramento científico, de modo a romper com o modelo tradicional e se opor a ideologias conservadoras (Sousa, 2008).

[...] foi levantada a necessidade de que a profissão se debruçasse sobre a produção de um conhecimento crítico da realidade social, para que o próprio Serviço Social pudesse construir os objetivos e (re)construir objetos de sua intervenção, bem como responder às demandas sociais colocadas pelo mercado de trabalho e pela realidade (Sousa, 2008, p. 121).

Segundo, CFESS (2010, p. 18) “Essa década marca o início da maturidade da tendência hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – intenção de ruptura – e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista”.

A dimensão política do projeto é claramente enunciada: ele se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente democrático – considerada a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida (Netto, 2009, p. 155).

Nesse sentido, existem aproximações entre o projeto ético-político do Serviço Social e o do movimento da reforma sanitária, visto que estão relacionados no âmbito de contribuições e elaborações teóricas, formação profissional e ambos os projetos compartilham dos mesmos princípios. As demandas da população, “colocam na agenda política brasileira a exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação dos projetos profissionais aos projetos societários que são propostos para o conjunto da sociedade” (CFESS, 2010, p. 26).

O Serviço Social é uma profissão cuja identidade é marcadamente histórica. Seu fundamento é a própria realidade social e sua matéria-prima de trabalho são as múltiplas expressões da questão social, o que lhe confere uma forma peculiar de inserção na divisão social e técnica de trabalho. Como profissão de natureza eminentemente interventiva, que atua nas dinâmicas que constituem a vida social, participa do processo global de trabalho e tem,

portanto, uma dimensão sócio-histórica e política que lhe é constitutiva e constituinte.

Como área de conhecimento e de intervenção profissional, consolida o seu significado social em suas relações com as demais profissões e com as práticas societárias mais amplas, especialmente com as que se direcionam para o enfrentamento das situações de violações de direitos que afetam as condições de vida da população em geral e, sobretudo, dos setores mais empobrecidos da sociedade (Martinelli, 2011, 498).

Posto isto, o projeto da reforma sanitária vem requisitando da profissão atuar na perspectiva de coletivizar os equipamentos e serviços do setor de saúde, além de um “[...] atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã” (Bravo, Matos, 2009, p. 206)

Sabe-se que o campo da saúde é um dos espaços sócio-ocupacionais em que os assistentes sociais vêm atuando há muitas décadas, “tendo concentrado historicamente um grande quantitativo de profissionais, situação que permanece até os dias correntes” (Bravo, 1996, p. 13).

O assistente social é reconhecidamente um profissional da saúde. As Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 218, de 6 de março de 1997, e do Conselho Federal de Serviço Social n. 383, de 29 de março de 1999, além da Resolução n. 196, de 1996, que trata da ética em pesquisa, envolvendo seres humanos (Rosa et al., 2006, p. 63-64 *apud et al.*, Martinelli, 2011, p. 500).

De acordo com o CFESS (2010) na área da saúde podem-se levar em conta diversos aspectos de um indivíduo, podendo ser sociais, econômicos e culturais, desse modo é necessário a noção desses determinantes sociais, pois os mesmos interferem no processo saúde e doença. Desta forma cabe ao Serviço Social a busca de ações e estratégias político-institucionais para dar respostas a essas demandas e a efetivação do direito social à saúde.

Este é o compromisso que nos cabe assumir e que somente pode ser alcançado por meio de práticas interdisciplinares, pautadas em um horizonte ético de humanização e de respeito à vida. Isto exige um contínuo processo de construção de conhecimentos, pela via da pesquisa e da intervenção profissional competente, vigorosa e crítica, alicerçada na Política Nacional de Saúde e no Projeto Ético-Político do Serviço Social (Martinelli, 2011, p. 500).

O (a) Assistente Social, através das políticas sociais, da criação e reformulação de estratégias que garantam a real efetivação do SUS, busca garantir o direito à saúde como direito fundamental do ser humano, assegurado e garantido

como um dever do Estado (CFESS, 2010). O (a) profissional deve atuar e mobilizar em conjunto com outras categorias e usuários que também fazem parte da mesma perspectiva, a luta pela efetivação do sistema de saúde pública; portanto “[...] o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária” (Matos, 2003; Bravo; Matos, 2004 *apud* CFESS, 2010, p. 29-30).

Para tanto, em cada ato profissional são mobilizados conhecimentos, saberes e práticas que, mediante uma ampla cadeia de mediações e do uso adequado de instrumentais de trabalho, visam alcançar os resultados estabelecidos.

Cada um desses momentos é saturado de determinações políticas, econômicas, históricas, culturais que estão presentes no atendimento demandado e nas respostas oferecidas, pautadas sempre em valores éticos que fundamentam a prática do Serviço Social, com base no Projeto Ético-Político profissional, como expressão que é do Código de Ética, aprovado pela Resolução do CFESS n. 273/93, com alterações posteriores, bem como da Lei n. 8662, de junho de 1993, que regulamenta o exercício profissional (Martinelli, 2010, p. 498).

Em vista disso, o CFESS (2010) sinaliza que o Código de Ética do (a) Assistente Social de 1993 contém ferramentas essenciais que dão suporte à prática profissional em todos os seu aspectos, seja “na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social” (CFESS, 2010, p. 30).

Nesse sentido, é imprescindível destacar também a Lei que regulamenta a profissão n° 8.662/1993, no que diz respeito às competências dos assistentes sociais fica expresso em seu artigo 4°:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

IV - (Vetado);

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;

IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (Brasil, 1993).

No que concerne às atribuições privativas dos (as) assistentes sociais em seu artigo 5º:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;

IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;

VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social (Brasil, 1993).

É relevante também situar o documento intitulado os “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” desenvolvido pelo CFESS (2010) visto que em conjunto com os marcos normativos já citados ao longo da pesquisa direciona o trabalho do Assistente Social no setor de saúde. “Tais parâmetros reforçam a importância de reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia” (Martinelli, 2011, p. 500).

A partir disso está expresso no documento os “Parâmetros para a Atuação de Assistentes sociais na Saúde” de que forma o profissional deve realizar sua intervenção no setor de saúde CFESS (2010, p. 30):

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Desse modo, um dos eixos de trabalho na área da saúde realizado pelos (as) Assistentes Sociais são as ações de Mobilização, Participação e Controle Social. Portanto, cabe a esse profissional se dedicar a espaços de participação social, como por exemplo, as ouvidorias. Sendo, as ouvidorias espaços democráticos de controle social e construção de estratégias para defesa dos direitos e participação da sociedade civil, caberia demandas ao (a) Assistente Social (CFESS, 2010). Dito isso, se configura como um espaço no qual o profissional pode alinhar seus princípios éticos como a “Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida” (CFESS, 2012, p. 23).

O (a) Assistente Social recentemente está inserido junto às ouvidorias do SUS, por não ser um campo privativo, atua em conjunto com outros profissionais, mas exerce uma prática própria. Cabe ao mesmo promover a sensibilização dos usuários a envolver-se em instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde, tendo em vista isto, as ouvidorias do SUS funcionam como mecanismo de participação social e controle social, assim, o (a) profissional tem sido convocado a instalar ouvidorias nas instituições de saúde (CFESS, 2010).

A ouvidoria no SUS é um canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, que tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços prestados. Entre suas atribuições estão: receber as solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões encaminhadas pelos cidadãos e levá-las ao conhecimento dos órgãos competentes (CFESS, 2010, p. 57).

Ainda, [...] “cabe indagar porque os profissionais de Serviço Social têm sido chamados a assumir essa tarefa, bem como buscar identificar o diferencial estabelecido na sua formação e atuação profissional que os impulsionam a assumirem mais essa demanda”(CFESS, 2010, p. 58).

Mostra que os compromissos e princípios ético fundamentais do Serviço Social no âmbito da Ouvidoria supõe uma atuação voltada para o coletivo, cujo serviço efetiva-se a partir de parâmetros pautados na defesa da saúde enquanto direito social e garantia de cidadania (Medeiros, 2017, p. 43).

Diante do exposto, é necessário apresentar de forma concisa sobre as semelhanças com as atribuições realizadas na ouvidoria do SUS e posteriormente indagar a respeito das particularidades da atuação do Assistente Social neste espaço sócio - ocupacional. Para isso, inicialmente foi utilizado o quadro desenvolvido pela autora Medeiros (2017) como forma de demonstrar as principais aproximações.

QUADRO 2 - Algumas atribuições do assistente social e da ouvidoria SUS

OUVIDORIA SUS Manual de Ouvidorias (Competências)	SERVIÇO SOCIAL Parâmetros
Realizar a mediação administrativa com as unidades administrativas dos órgãos e entidades do SUS 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.	[...] construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação da população e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas.
Manter o cidadão informado sobre o andamento e o resultado de suas demandas, como também dos seus direitos.	Prestar orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações; Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral.
Organizar, interpretar, consolidar e arquivar as informações oriundas das demandas recebidas de seus usuários e produzir relatórios com dados gerenciais, indicadores, estatísticas e análises técnicas sobre o desempenho do órgão ou entidade, periodicamente.	Manter sistema de registro e estudos das manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social, realizando a elaboração de relatórios periódicos, a fim de possibilitar a análise e avaliação do plano de ação;
Promover a constante publicização dos relatórios produzidos, com o fim de facilitar o acesso do usuário às ouvidorias e aos serviços oferecidos pelos seus órgãos.	Socializar as informações e mobilizar os usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;

Fonte: Adaptado de: MEDEIROS. N. T. L. **Serviço Social e Ouvidoria**: reflexões sobre as demandas e atribuições das ouvidorias SUS e suas semelhanças e diferenças entre as demandas e atividades colocadas ao serviço social no atual contexto do SUS. 2017, p. 40-41. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/36598>. Acesso em: 05 set. 2024.

A partir das elucidações apresentadas nos subitens e informações contidas no quadro 2 é possível verificar que existe uma relação entre as competências dos (as) assistentes sociais com as funções desempenhadas pelo serviço de Ouvidoria

de saúde pública. Nesta perspectiva, a autora Medeiros (2017, p. 46) discorre a respeito:

Note-se que tanto o trabalho desenvolvido na Ouvidoria, quanto o trabalho do assistente social consiste em possibilitar ao usuário o exercício da cidadania através da transparência das ações e dos processos desenvolvidos nas instituições, proporcionando a todos e, a cada um, individualmente, seu parecer e mediações em relação à forma como está recebendo seu atendimento.

Nesse sentido, o (a) Assistente Social no âmbito da Ouvidoria do SUS vem colaborando em conjunto com a equipe do setor a viabilizar um espaço democrático em que os usuários dos serviços de saúde pública consigam envolver-se na construção da política de saúde. Diante disso, o profissional atua “[...] objetivando aprimorar o direcionamento das ações, do atendimento e da qualidade dos serviços prestados, avaliação do grau de satisfação da população, e fortalecimento da imagem da instituição junto à população” (Medeiros, 2017, p. 42).

Cabe lembrar, que as demandas que chegam à ouvidoria, não ficam restritas ao campo individual, pois as dificuldades vivenciadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde, como afirmado nos parâmetros, “são coletivas, resultante da não efetivação do SUS e, portanto, exige respostas coletivas” (CFESS, 2010, p. 57 *apud* Medeiros, 2017, p. 42).

O profissional, atua como ouvinte, acolhendo as manifestações dos usuários e buscando, em conjunto com a equipe de profissionais, realizar uma análise ética das demandas apresentadas e, por meio destas, efetuar a devida resolução.

Também realiza ações socioeducativas que visam a democratização das informações referente aos serviços de saúde e de articulação com a rede intersetorial, orientação quanto aos seus direitos e encaminhamento ao setor responsável ou a rede socioassistencial, sensibilização acerca dos determinantes sociais que interferem no processo de adoecimento e fortalecimento da humanização nos serviços de saúde. Os (às) Assistentes Sociais devem ultrapassar o aspecto emergencial e burocrático, compactuando com “[...] uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde” (CFESS, 2010, p. 43).

[...] Assim, pode-se afirmar que em virtude de sua formação e da situação com que se defronta na sua história social e profissional, o assistente social desenvolve [...] capacitação teórica metodológica para identificar relações presentes nos espaços com os quais trabalha, e variadas competências e habilidades para desempenhar as ações propostas. [...] é perceptível a aproximação entre o trabalho do assistente social e as competências essenciais das Ouvidorias SUS. No que se refere à mediação entre os órgãos gestores do SUS visando dinamizar os serviços que chegam à ouvidoria, como também incentivar a participação do usuário (Medeiros, 2017, p. 44).

Da mesma forma o (a) profissional auxilia a produzir conhecimentos, pois desenvolve relatórios estatísticos que contribuiu para o acompanhamento das ações governamentais e mudanças no setor de saúde pública, visto que os dados obtidos são repassados para gestão interna da instituição e posteriormente ao Ministério da Saúde como forma de identificar os pontos a serem sofisticados; além de divulgar os dados para outros setores e assegurar que a população tenha acesso a essas informações (Medeiros, 2017).

Considera-se que o assistente social, ao assumir a ouvidoria, deve consolidar os dados obtidos nos atendimentos por meio de relatórios e coletiviza-los no conselho diretor da unidade e/ou direção da unidade, bem como estabelecer articulação com os conselhos de saúde (da unidade e local) para que as demandas sejam analisadas coletivamente e as respostas tenham impacto no funcionamento da unidade e na política de saúde, por meio das mudanças necessárias (CFESS, 2010, p. 58).

Com base nas explanações apresentadas no decorrer do trabalho, tal como nos elementos contidos no quadro da autora Medeiros (2017) e na prática desenvolvida durante estágio obrigatório I no setor de Ouvidoria do Hospital do Coração Bom Jesus, em 2022 é fundamental elencar a respeito das especificidades da prática profissional dos assistentes sociais na Ouvidoria do SUS.

A área da saúde engloba diversos profissionais que atuam de maneira articulada, mas que desempenham uma intervenção diferenciada, pois ambos contém um objeto de trabalho específico. Sob esse entendimento o (CFESS, 2010, p. 46) afirma que:

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde.

[...] identifica-se que cada um desses profissionais, em decorrência de sua formação, tem competências e habilidades distintas para desempenhar suas ações. [...] A atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996).

Diante disso, é relevante situar quais componentes justificam de que forma o (a) Assistente Social realiza sua prática distinta de outras categorias, para posteriormente adentrar com relação à sua prática na Ouvidoria do SUS. Nesse sentido, é essencial ressaltar as três dimensões constitutivas da profissão, visto que ambas direcionam a prática dos (as) mesmos, sendo estas:

- Competência ético-política – o Assistente Social não é um profissional “neutro”. Sua prática se realiza no marco das relações de poder e de forças sociais da sociedade capitalista – relações essas que são contraditórias. Assim, é fundamental que o profissional tenha um posicionamento político frente às questões que aparecem na realidade social, para que possa ter clareza de qual é a direção social da sua prática. Isso implica em assumir valores ético-morais que sustentam a sua prática – valores esses que estão expressos no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (Resolução CFESS nº 273/93), e que assumem claramente uma postura profissional de articular sua intervenção aos interesses dos setores majoritários da sociedade;
- Competência teórico-metodológica – o profissional deve ser qualificado para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha. Para isso, faz-se necessário um intenso rigor teórico e metodológico, que lhe permita enxergar a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes, buscando apreender sua essência, seu movimento e as possibilidades de construção de novas possibilidades profissionais;
- Competência técnico-operativa – o profissional deve conhecer, se apropriar, e sobretudo, criar um conjunto de habilidades técnicas que permitam ao mesmo desenvolver as ações profissionais junto à população usuária e às instituições contratantes (Estado, empresas, Organizações Não-governamentais, fundações, autarquias etc.), garantindo assim uma inserção qualificada no mercado de trabalho, que responda às demandas colocadas tanto pelos empregadores, quanto pelos objetivos estabelecidos pelos profissionais e pela dinâmica da realidade social (Sousa, 2008, p. 121-122).

Sendo assim, cada dimensão tem sua particularidade em relação à prática profissional do (a) Assistente Social, no entanto são complementares, pois contribuem durante a ação profissional a compreender de forma crítica os fenômenos sociais, fundamentar e instrumentalizar a intervenção (Sousa, 2008).

O Serviço Social como qualquer outra profissão liberal existente numa sociedade com modo de produção capitalista, está intrínseca a divisão sócio técnica do trabalho, e, por isso deve compreender as relações sociais estabelecidas neste formato de sociedade, imprimindo na sua ação/reflexão profissional possibilidades de uma práxis social. Tal práxis não é apenas a junção teoria e prática, ela deve estar voltada à transformação de um processo, seja ela na perspectiva da matéria, da consciência ou da prática (Fernandes, O, 2016, p. 17).

Segundo Sousa (2008) o (a) Assistente Social deve fundamentar seu trabalho de forma qualificada, articulando as três dimensões da profissão (ético-política, teórico-metodológico e técnico-operativa) por meio da instrumentalidade⁴, a fim de verificar de maneira crítica os processos sócio-históricos, além do que está posto para assim transformar a realidade social. Instrumentalizar, requer intenção ou seja identificar de maneira planejada a finalidade da intervenção profissional, verificando os objetivos a serem alcançados e a partir disso, definir quais os instrumentos técnicos-operacionais que serão utilizados no decorrer da ação.

Se são os objetivos profissionais (construídos a partir de uma reflexão teórica, ética e política é um método de investigação) que definem os instrumentos e técnicas de intervenção (as metodologias de ação), conclui-se que essas metodologias não estão prontas e acabadas. Elas são necessárias em qualquer processo racional de intervenção, mas elas são construídas a partir das finalidades estabelecidas no planejamento da ação realizado pelo Assistente Social. Primeiro, ele define “para quê fazer”, para depois se definir “como fazer” (Sousa, 2008, p. 124).

Em face ao exposto, é preciso enfatizar também a respeito dos instrumentos técnico-operativos do (a) Assistente Social, dado que são ferramentas estratégicas que fundamentam sua prática, seja qual for o campo de atuação.

⁴ [...] a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. Ao alterarem o cotidiano profissional e o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, modificando as condições, os meios e os instrumentos existentes, e os convertendo em condições, meios e instrumentos para o alcance dos objetivos profissionais, os assistentes sociais estão dando instrumentalidade às suas ações. Na medida em que os profissionais utilizam, criam, adequam às condições existentes, transformando-as em meios/instrumentos para a objetivação das intencionalidades, suas ações são portadoras de instrumentalidade. Deste modo, a instrumentalidade é tanto condição necessária de todo trabalho social quanto categoria constitutiva, um modo de ser, de todo trabalho (Guerra, 2000, p. 02).

E o que seriam o instrumento técnico-operativo e a técnica?

[...] Os instrumentos se expressam como meios de efetivar, de se realizar a intervenção profissional. São elementos “necessários à atuação técnica, através dos quais os assistentes sociais podem efetivamente objetivar suas finalidades” (Guerra, 2008, p. 47 *apud* Portes; Portes, 2016, p. 67).

A técnica, por sua vez, consiste nos conhecimentos e habilidades necessários para o uso e manejo dos instrumentos, podendo ser definida no sentido de ser “a habilidade humana de fabricar, construir e utilizar instrumentos” (Vargas, 1994, p. 15 *apud* Portes; Portes, 2016, p. 67).

Sob tal perspectiva é relevante destacar de que forma os (as) assistentes sociais realizam uma atuação singularizada na Ouvidoria de saúde pública. Para isto, foi estruturado um quadro a fim de melhor organização/visualização e como forma de situar os principais instrumentos técnicos operacionais utilizados nesse espaço sócio - ocupacional. É significativo apontar que não foi desconsiderando que a profissão também intervém com diversos instrumentos em outras áreas de atuação.

QUADRO 3 - Instrumentais técnicos - operativos utilizados na Ouvidoria do setor de saúde pública.

(continua)

INSTRUMENTAIS TÉCNICO-OPERATIVOS DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA OUVIDORIA DO SUS	
ABORDAGEM	Segundo Portes e Portes (2016) a abordagem constitui como uma ferramenta, cujo a finalidade é que o profissional aproxime-se do usuário de forma ética, através do diálogo mútuo/interativo/democrático, a fim de conhecer a realidade de vida desse sujeito, verificando as demandas que o mesmo apresenta e por meio destas, o (a) Assistente Social consiga elementos para objetivar sua intervenção, dar respostas coerentes e socializar/garantir o acesso aos seus direitos. “Abordar o usuário, nessa perspectiva, exige acolhimento, escuta e respeito. [...] sinaliza a preocupação profissional com o sujeito que ele atende porque demonstra interesse, preocupação e compromisso, pautados na ética profissional” (Portes; Portes, 2016, p. 73).
ACOLHIMENTO SOCIAL	De acordo com Chupel e Mito (2010), o acolhimento vem sendo discutido por diversos autores no âmbito da saúde, no qual, “[...] o definem como sendo responsável pela reorganização dos serviços de saúde, pela garantia de acesso e pela criação de vínculos. É tratado em meio à discussão da integralidade da atenção e da humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários” (Chupel; Mito, 2010, p. 37). O acolhimento faz parte da intervenção do (a) Assistente Social, no qual os autores Chupel e Mito (2010) afirmam ser realizado através de alguns componentes que ocorrem de forma simultânea. “[...] a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário” (Chupel; Mito, 2010, p. 37). Esses elementos compõem o acolhimento e são essenciais para que o profissional consiga viabilizar os direitos da população atendida, realizar uma aproximação de confiança e vínculos com os mesmos, conhecer suas vivências e por meio disso, verificar possíveis demandas, no qual serviram para direcionar sua intervenção e desenvolver a melhor resolução ou encaminhamentos a outras políticas ou rede socioassistencial.

QUADRO 3 - Instrumentais técnicos - operativos utilizados na Ouvidoria do setor de saúde pública.

(Continuação)

ACOLHIMENTO ENQUANTO O REPASSE DE INFORMAÇÕES	O profissional orienta os usuários/familiars a respeito do sistema de saúde ou relativo ao serviço que está utilizando, aos procedimentos e como serão efetuados, instrução sobre legislação/direitos; também referente a outros serviços da rede e fluxo/normas da instituição que podem influenciar na rotina dos usuários/familiars (Chupel; Mito, 2010).
ACOLHIMENTO ENQUANTO CONHECIMENTO DA DEMANDA	É o momento em que o profissional aproxima-se do usuário a fim de verificar quais as reais necessidades que o usuário demanda do serviço. Essa ação ocorre de forma analítica por meio do desenvolvimento de um diagnóstico que tem como foco central o usuário, considerando suas opiniões, escolhas e valores individuais relativos ao seu tratamento, sem expor a riscos (Chupel; Mito, 2010).
ACOLHIMENTO ENQUANTO ESCUTA	A escuta ultrapassa o ato do profissional somente de ouvir o usuário, mas, a partir da escuta qualificada, realiza de forma ética o esclarecimento de informações relativas ao serviço e procedimentos necessários para o acesso e garantia de seus direitos. Os autores também pontuam que o acolhimento deve aportar a atuação profissional, pois “[...] é visto como uma diretriz e, nesta acepção, receber, escutar e tratar de maneira humanizada os usuários e suas demandas é o pressuposto de uma postura baseada no acolhimento” (Chupel; Mito, 2010, p. 50). Ainda, Chupel e Mito (2010) destacam que essa postura perpassa o diálogo e escuta entre profissional e usuário, mas contribuiu para a flexibilidade e modos de organização do trabalho.
OBSERVAÇÃO	Sousa (2008) aponta que em uma perspectiva clássica a observação consiste em utilizar os sentidos humanos para analisar de forma objetiva a realidade social. No entanto, o (a) Assistente Social no momento de sua prática também realiza uma interação com os sujeitos que intervêm, pois, a medida em que os observa, também é percebido entre os usuários nos diversos espaços sócio-ocupacionais (Sousa, 2008). O profissional ao desenvolver sua ação, interage e envolve-se de forma direta com a realidade que pretende aprofundar-se. “Por isso, trata-se de uma observação participante – o profissional, além de observar, interage com o outro, e participa ativamente do processo de observação” (Sousa, 2008, p. 126).
RELACIONAMENTO	O autor Sarmento (2016) salienta que o Relacionamento é identificado como um dos instrumentos utilizados pelo (a) Assistente Social em sua prática profissional. Visto que, o mesmo está inserido na divisão social e técnica do trabalho, é requisitado pelas instituições para responder às demandas da população que buscam os serviços, e que essas necessidades são advindas do modo de produção capitalista e portanto é no bojo dessa dinâmica que se estrutura as relações sociais, culturais, política e econômicas ao longo da história. Nesse sentido, o (a) Assistente Social atua no âmbito dessas interações sociais, “[...] é neste espaço político-institucional de conflitos e contradições, campo repleto de mediações, que se realiza o exercício profissional, que, por sua vez, retratam a forma concreta do modo de produção dominante, impondo determinações às relações interpessoais (Sarmento, 2016, p. 50).

QUADRO 3 - Instrumentais técnicos - operativos utilizados na Ouvidoria do setor de saúde pública.

(continuação)

	Sarmento (2016) aponta que é por meio do instrumento relacionamento que se concretiza e materializa as mediações nos espaços sócio-ocupacionais em que o profissional intervém. “[...] Encontra a partir do relacionamento a possibilidade de reconstruir para além do campo interpessoal e afetivo o campo político das mediações, em suas distintas dimensões individuais, coletivas e de classe” (Sarmento, 2016, p. 51). O relacionamento é tido como parte diversa das relações sociais que institui as vivências dos sujeitos sociais, no qual são influenciados pelo mercantilismo e por ele reduzidos meramente em objetos. Partindo dessa perspectiva, o (a) Assistente Social constitui uma relação com os sujeitos em sua prática, que pode ser reedificada, no sentido de transformar e enfrentar as relações de alienação, dominação marcadas pelo sistema capitalista. Em suma, é através do relacionamento ferramenta utilizada de maneira intencional em sua interação com os usuários que ocorre a transformação do entendimento e intervenção sobre a realidade dos sujeitos. [...] “O relacionamento é forma concreta de manifestação das relações sociais e permite, se for esta a direção intencionada, a mediação de relações sociais com vistas a sua transformação” (Sarmento, 2016, p. 55).
ENTREVISTA	Sousa (2008) salienta que a entrevista é caracterizada pelo ato de desenvolver uma comunicação direta e planejada entre o profissional que realiza a entrevista e o sujeito que pretende entrevistar. O (a) Assistente Social atua representando a instituição e é requisitado a conhecer o sujeito que utiliza o serviço, tanto o profissional quanto o usuário contém finalidades. “Mas o papel de entrevistador que cabe ao Assistente Social coloca-lhe a tarefa de conduzir o diálogo, de direcionar para os objetivos que se pretendem alcançar” (Sousa, 2008, p. 126). É importante que o profissional durante a entrevista (intervenção) com o usuário possua um diálogo democrático e não hierárquico, no qual o sujeito tenha autonomia para expressar suas necessidades, isso contribui para a construção de conhecimento sobre as relações e contextos sociais que pretende conhecer. Sousa (2008), afirma que, o profissional no momento da ação também é um observador participante, no qual exprime sua convicção e conhecimentos, por isso, deve estar fundamentado nos marcos normativos e teóricos da profissão para não fugir do propósito da ação (Sousa, 2008).
REUNIÃO	A reunião ocorre em um ambiente grupal, em que o profissional tem por intuito analisar e decidir em conjunto com outros sobre determinada temática. São diversos os sujeitos que podem envolver-se seja os usuários ou com profissionais internos ou externos da instituição. Ou seja, “[...] Essa postura já indica que, ao coletivizar a decisão, o coordenador de uma reunião se coloca em uma posição democrática” (Sousa, 2008, p. 127). O âmbito da reunião é essencialmente político, visto que existem interesses em debate, sendo necessário intervir de maneira coordenada e exige uma capacidade teórica e política para não fugir da finalidade da reunião e garantir a participação de todos.

QUADRO 3 - Instrumentais técnicos - operativos utilizados na Ouvidoria do setor de saúde pública.

(Continuação)

PLANEJAMENTO	A autora Bertollo (2016) afirma que o planejamento é uma atribuição do (a) Assistente Social e que é caracterizado por ser um instrumento que auxilia no gerenciamento de sua intervenção, mas também se expressa como um ato político ao mobilizar a sociedade a participar da operacionalização da construção de planos, programas e projetos relacionados a diferentes setores e políticas. Ainda, Bertollo (2016) ressalta que o profissional no decorrer de sua prática deve opor-se a práticas imediatistas, burocráticas que possam limitar sua atuação, que muitas das vezes as instituições o demandam assumir. Para isso, precisa construir em conjunto com os usuários e com o próprio equipamento de forma articulada o enfrentamento das expressões da questão social, essa ação contribuiu para a transformação da realidade social. Portanto, é fundamental que o (a) Assistente Social atue em consonância com o projeto-ético político da profissão, a fim de superar essas contradições. Sendo assim, planejar é o ato de “[...] organizar, dar clareza e precisão à própria ação; transformar a realidade numa direção escolhida; agir racional e intencionalmente; explicitar os fundamentos e realizar um conjunto orgânico de ações” (Lewgoy e Silveira, 2007, p. 236 <i>apud</i> Lavoratti, 2016, p. 91).
TRABALHO COM GRUPOS	De acordo com Vileirine (2016) os sujeitos são seres sociais e carecem de convivência e conexão grupal, a fim de construir conhecimento e edificação para desenvolver sua humanidade. O trabalho com grupo faz parte da intervenção de trabalho do (a) Assistente Social, no qual “[...] exige do profissional reflexão e planejamento, ressignificando os instrumentais no contexto das relações sociais na atualidade” (Vileirine, 2016, p. 130). E tem como foco a emancipação da população, a partir do fortalecimento dos mesmos, enquanto protagonistas de sua relação histórica de vida, destacando suas potencialidades através de práticas reflexivas sobre sua condições de vida e por meio disso, promover mudanças. Cabe ao profissional “[...] chamar atenção para a dimensão social dos problemas individuais das pessoas, possivelmente apontando suas causas e depois suas determinações para o grupo, para sua família e comunidade” (Vileirine, 2016, p. 131). Assim, o profissional lida com pessoas, sendo necessário que o mesmo invista em capacitação para desenvolver uma atuação responsável com aqueles com quem trabalha. Por isso, inicialmente é necessário que se desenvolva um planejamento acerca dos objetivos que pretende alcançar e das metodologias que serão aplicadas com o grupo. “[...] O grupo terá então um objetivo que será alcançado através da tarefa mediada pelo trabalho do assistente social” (Vileirine, 2016, p. 133). Ainda, o profissional utiliza da dinâmica de grupo, visto que conforme Sousa (2008) reforça que esse instrumento tem por intuito realizar a sensibilização sobre determinado tema, com maior quantidade de usuários, a partir de atividades lúdicas ou utilizando outros elementos que servem para flexibilizar de forma sistemática e coerente o tema a ser abordado. Nesse sentido, atua intermediando de modo a alcançar seu propósito principal que é estimular a reflexão grupal. “Isso requer tanto habilidades teóricas (a escolha do tema e como ele será trabalhado), como uma postura política democrática (que deixa o grupo produzir), mas também uma necessidade de controle do processo de dinâmica [...]” (Sousa, 2008, p. 127).

QUADRO 3 - Instrumentais técnicos - operativos utilizados na Ouvidoria do setor de saúde pública.

(Conclusão)

DOCUMENTAÇÃO	A documentação é fundamental na prática profissional, a partir desse instrumento é possível realizar a sistematização das informações coletadas durante o processo de intervenção, através da organização das anotações referente às atividades realizadas pelo mesmo. “Para tanto, destaca-se a importância das análises e/ou diagnósticos sobre a realidade social e sobre as demandas singulares da população atendida” (Lima; Mito; Prá, 2007b, p. 95). De acordo com Lima, Mito e Prá (2007b) a documentação é tida como um componente, em que é caracteriza por ser constitutiva do exercício dos assistentes sociais, pois proporciona direcionamento a sua ação nos diversos espaços sócio-ocupacionais, “[...] uma vez que ela lhe dá materialidade ao comprovar a realização da ação, realizada de diferentes formas, ou seja, em fichas, prontuários, relatórios de atendimentos [...] realizados em instituições ou em domicílios, dentre outros” (Lima; Mito; Prá, 2007b, p. 95). Além disso, a documentação possibilita que os dados pertinentes às ações diárias convertam-se em ferramentas que possibilitem a análise e planejamento. Pois, apesar desse instrumental conter “[...] uma “dimensão subjetiva” [...] ela pode alcançar alto grau de standardização permite extrapolar o nível do profissional e dos serviços, de modo a subsidiar a avaliação e o planejamento de políticas sociais em níveis mais abrangentes (Lima; Mito; Prá, 2007b, p. 96).
ENCAMINHAMENTO	Os autores Santos, Santos e Silva (2012) afirmam que o encaminhamento consiste no ato do profissional identificar as demandas que os usuários levam até à instituição e por meio disso, verificar se compete ao equipamento responder. Caso não, o (a) Assistente Social deve orientar os usuários acerca de seus direitos e a partir disso, instruir sobre os procedimentos necessários para conseguir alcançá-los. Nesse entendimento, os autores Santos, Santos e Silva (2012) pontuam que é realizado o direcionamento do sujeito a outros profissionais ou articulação com outras políticas/rede socioassistencial para que os mesmos consigam a sucessão do acesso aos programas, projetos, serviços e benefícios ofertados. “[...] Os encaminhamentos estão presentes no cotidiano dos assistentes sociais, uma vez que cada instituição tem uma finalidade e nem todas as demandas que chegam até ela, à mesma tem suporte de intervenção” (Santos; Santos; Silva, 2012, p. 11).

Fonte: A autora.

No quadro 3 foram descritos alguns dos instrumentais que podem ser utilizados na intervenção profissional junto à Ouvidoria, tais como: abordagem, acolhimento social, observação, relacionamento, entrevista, reunião, planejamento, trabalho com grupos, documentação e encaminhamento. Os instrumentais técnico-operativos não são ferramentas estáticas que se aplicam mecanicamente no trabalho. Ao contrário, são dinâmicos e devem ser flexíveis e reconstruídos conforme o contexto, as demandas, as finalidades e os fundamentos teórico-metodológicos orientadores da prática profissional.

Ainda, ao observar o quadro 3, é notável as principais ferramentas metodológicas utilizadas para subsidiar as ações na Ouvidoria de saúde pública, identifica-se que cada um dos instrumentais apresentam características próprias, mas que no momento de intervenção profissional convergem entre si. Também fornecem conteúdo relevante para interpretar determinada realidade social específica. Para tanto, o profissional deve subsidiar as mediações necessárias para conhecer a dinâmica das relações e demandas sociais, e para isso ocorrer é preciso conectar-se com ela, buscando informações próprias desse contexto.

Nessa perspectiva, a atuação do (a) Assistente Social pode contribuir para efetivação do setor de Ouvidoria do SUS, visto que o profissional atua na socialização e defesa dos direitos da população, mobilizando os mesmos a envolver-se no gerenciamento e construção da política de saúde brasileira.

Cabe ressaltar também que o (a) Assistente Social atua em diversos espaços sócio-ocupacionais, seja no âmbito sócio jurídico, na saúde, assistência social, educação, entre outros setores. Cada um desses campos possuem uma dinâmica própria, mas que integra uma rede, que precisa estar atuando em conjunto. Em função disso, o profissional precisa realizar uma contínua análise do seu processo de formação, revisando a maneira como exerce sua ação, os meios e técnicas que compõem o seu processo de trabalho, a fim de melhor responder às demandas que os usuários levam até os serviços (Fernandes, O, 2016).

Um dos princípios éticos fundamentais da profissão é o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CFESS, 1993, *apud* Fernandes, O, 2016, p. 24).

E a qualidade profissional não comparece apenas na ação propriamente dita, mas também, na escuta, na linguagem em suas diversas formas (escrita, gestual, oral), na reflexão, na percepção da realidade, no respeito às crenças, valores, territórios, cultura, grupos étnicos, gênero, orientação sexual e outros (Fernandes, O, 2016, p. 24).

Desse modo, os instrumentais estão interligados independente da ação e podem ser efetuados de várias maneiras, no entanto, “[...] o “como fazer” depende da qualificação que buscamos, do compromisso ético-ideo-político que temos, e consequentemente de nossa compreensão do universo que representa a instrumentalidade do Serviço Social” (Fernades, O, 2016, p. 25).

Contudo, [...] não é possível pensar um instrumento de trabalho como se ele pudesse ser mais importante do que os objetivos do Assistente Social. O instrumental é o resultado da capacidade criativa e da compreensão da realidade social, para que alguma intervenção possa ser realizada com o mínimo de eficácia, responsabilidade e competência profissional (Sousa, 2008, p.131).

Sendo assim, seja qual for o contexto de trabalho dos assistentes sociais é primordial que o mesmo reflita minuciosamente sobre sua intervenção, de modo ponderado a como se expressa diante dos usuários, seja de forma face a face ou no decorrer do desenvolvimento por escrito de documentos, durante um acolhimento, entrevista, reunião ou nos mais diversos instrumentais. Assim dizendo, a prática profissional deve estar alinhada aos princípios previstos no projeto ético-político profissional, e fundamentados em seus valores que, conforme Netto (2009, p. 155) constituem:

[...] o reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional

Em suma, para que ocorra a consolidação desses princípios é necessário que a categoria esteja articulada entre si e realize o contínuo aprimoramento intelectual, para ter capacidade em responder com eficiência às demandas emergenciais dos usuários. Além de, estar comprometida com projetos societários (coletivos) respaldados na garantia da consolidação dos direitos sociais, políticos, civis, na real ampliação da cidadania e no constante fortalecimento democrático.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Recapitulando, a realização desta pesquisa principiou-se, com as aproximações teóricas feitas a partir de um processo de problematização em torno da temática, no qual resultou na escolha da pergunta central: Qual a contribuição da atuação do (a) Assistente Social na Ouvidoria do SUS? Tais questionamentos proporcionaram a definição do objetivo central, sendo o de refletir sobre a relevância da prática do profissional de Serviço Social na Ouvidoria do SUS.

Com relação aos objetivos específicos os mesmos, foram: compreender através de alguns marcos históricos o processo de construção da Política de Saúde no Brasil; caracterizar como ocorreu o processo de implantação das ouvidorias do SUS e suas atribuições e por fim identificar as particularidades da atuação dos (às) assistentes sociais nas ouvidorias de saúde pública.

O trabalho em questão dividiu-se em dois capítulos e como forma de responder os objetivos estabelecidos ao longo da investigação, foi utilizado a pesquisa bibliográfica e documental.

Neste contexto, o primeiro capítulo foi subdividido em dois momentos, em que buscou através de uma abordagem teórica apresentar alguns marcos históricos de como ocorreu a construção da política de saúde brasileira. Essa etapa foi essencial para desvelar os processos históricos, e diretamente relacionados ao contexto sócio-político-econômico que interferiu em seu desenvolvimento e aspecto atual.

Ficou evidente que antes da década de 1980 a saúde não ocupava um lugar central nas ações dos governos brasileiro, e quando ocorria era centralizada em grupos sociais de regiões considerados socioeconomicamente importantes. Em decorrência a isso, a outra parte da população sofria com a crise no quadro sanitário e dependia de assistência à saúde por parte de entidades filantrópicas/caridades ou aqueles ligados ao trabalho formal que eram beneficiários de seguros sociais em que dispunham de assistência médica previdenciária.

Em vista disso, a delimitação temporal ocorreu a partir do processo de transição democrática impostos pela reivindicação da sociedade que resultou no fortalecimento do movimento da reforma sanitária. No qual, buscou a transformação política e institucional do setor de saúde como um bem público, sendo um direito social firmado com a promulgação da CF/1988, em que determinou ao Estado o

dever de garantir a toda a população de forma igualitária, através de políticas que visam a promoção e redução dos danos pertinentes a saúde.

Esse marco estabeleceu a criação do Sistema Único de Saúde a partir da Lei Orgânica de Saúde de 1990 que dispõe sobre as diretrizes, princípios e de que forma decorre a organização e serviços de saúde em todo território do país. Apesar disso, foi possível perceber ao longo do trabalho que embora a saúde seja reconhecida como um direito fundamental, ainda se encontram desafios para sua plenitude, em razão de projetos que defendem a implantação de políticas que visam o desmonte dos serviços públicos, redução do financiamento do SUS e que reforçam a intervenção da iniciativa privada na administração pública.

Por isso, cabe não somente a luta de projetos resistentes a privatização e desmonte do SUS, mas toda a sociedade civil na constante articulação e apoio às categorias e movimentos, a fim de mobilizar-se e reivindicar ao governo que garanta um sistema de saúde público universal e intervenha em sintonia com a população na contínua construção de ações que proporcione qualidade e eficácia aos serviços de saúde.

Em vista às discussões foi possível verificar como sucedeu-se a trajetória de formulação da política de saúde até seu arranjo vigente, para assim, descrever no segundo capítulo, como ocorreu o desenvolvimento da criação da Ouvidoria do sistema de saúde pública, visto que sua implantação só foi possível por meio da Constituição cidadã 1988 e em normas de regulamentação formuladas posteriormente que determinam a formação de espaços de participação social.

Percebeu-se no segundo capítulo, que a Ouvidoria é um importante instrumento de gestão que possibilita o engajamento da população no gerenciamento e controle social da política de saúde, dado que por meio das manifestações dos usuários (reclamação, denúncia, sugestão, solicitação de informações e elogios) é possível detectar os pontos a serem melhorados e a desenvolver mudanças positivas que possibilite um serviço de qualidade a sociedade.

Também, foi possível entender as atribuições do setor e como ocorre os procedimentos e etapas necessárias para que os usuários acessem o serviço e assim efetivem os seus direitos e exerçam a real cidadania.

Ainda, no segundo capítulo, em seu último subitem propôs-se colocar em evidência a relevância e particularidades do exercício profissional dos assistentes

sociais na Ouvidoria do SUS, a partir das previsões legais situados na pesquisa e que orientam a prática profissional, como a Lei 8.662/1993 que regulamenta a profissão em todo o território brasileiro e que estabelece suas competência e atribuições; e o documento intitulado “Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” produzido pelo CFESS (2010) em que direciona o trabalho no setor de saúde.

Ademais, a pesquisa reforça que o profissional deve realizar sua prática fundamentado no Projeto Ético-Político, nas três dimensões da profissão e por fim demonstrou os principais instrumentais que são essenciais para subsidiar as mediações necessárias à sua intervenção e que permitem dar respostas às demandas postas ao setor.

Posto isto, foi nesse momento em que foi possível compreender sobre sua atuação na Ouvidoria de saúde, no qual o profissional aproveita esse espaço democrático para articular entre os usuários e gestores, a partir de suas competências e atribuições privativas realizando uma análise crítica e acompanhamento das demandas que chegam até o serviço, auxiliando na produção de relatórios e indicadores que propicia a tomada de decisões e encaminhamentos aos setores competentes. Além de que o mesmo tem o conhecimento necessário para socializar as informações de como acessar os direitos da população, como ocorre o funcionamento da rede e até mesmo vem colaborando com a equipe do setor de Ouvidoria no fomento e articulação da produção de conhecimento.

Sendo assim, ficou entendido a importância da inserção dos (as) assistentes sociais na Ouvidoria de saúde pública, visto que o mesmo apresenta competências ético-políticas para atuar nesse espaço sócio-ocupacional. Por conseguinte, é explícito que o (a) mesmo possui um olhar atento, em que percebe a realidade social além do que está posta, de modo que assimila a totalidade dos sujeitos e que são advindas das expressões da questão social, matéria prima de seu trabalho.

Contudo, por ser um espaço recente de atuação da profissão, ainda é desconhecido pela própria categoria/usuários, por isso é preciso que os profissionais busquem explorar mais a respeito deste objeto de investigação. Assim, a pesquisa que foi construída teve o propósito de colaborar com o contínuo aprofundamento de estudos referente à temática e elucidar sobre seu trabalho no serviço de Ouvidoria do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. L. M.; XAVIER, S. A.; AZEVEDO, L. N. **O papel da Ouvidoria Pública de Saúde em face da pandemia da COVID-19**. In: CABRAL, B. H.; SILVESTRE, F. G.; NETO, G. A. (orgs.). *As relações jurídicas e a pandemia da COVID- 19*. Campos dos Goytacazes, Rio Janeiro: Encontrografia, 2020. E-book. Disponível em: <https://encontrografia.com/wp-content/uploads/2020/12/ebook-As-relacoes-juridicas-e-a-pandemia-de-COVID-19.pdf#page=160>. Acesso em: 03 set. 2024.

ANDRADE, S. H.; CARVALHO, R. S.; OLIVEIRA, F. C. Leituras do governo neoliberal: do Estado e da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 2-19, jun. 2022. Disponível em: Revista physis 32-1 artigo 16 port.indd (scielo.br). Acesso em: 13 mar. 2024.

BERTOLLO, K. Planejamento em Serviço Social: Tensões e Desafios no exercício profissional. **Temporalis**, Brasília, DF, v. 1, n. 31, p. 333-356, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/11943/10111>. Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 08 out. 2024.

BRASIL. Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012. Regulamenta a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do caput do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 mai. 2012b. Disponível em: Decreto nº 7724 (planalto.gov.br). Acesso em: 04 jul. 2024.

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 28 jun. 2011c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 27 jun. 2024.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios [...]. **Diário Oficial da União**. Brasília, 13 de janeiro de 2012a. Disponível em: Lcp 141 (planalto.gov.br). Acesso em: 13 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 7 junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 7 junho. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 12.527, 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. Dispõe sobre a Lei de Acesso à Informação. Disponível em: L12527 (planalto.gov.br). Acesso em: 23 jun. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm. Acesso em: 28 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Sobre a Lei de Acesso à Informação - LAI**. Brasília: MJSP, [2012?c]. Disponível em: Sobre a Lei de Acesso à Informação - LAI — Ministério da Justiça e Segurança Pública (justica.gov.br). Acesso em: 23 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos Direitos do Usuário**. 3. ed. Brasília: MS, 2011a. Disponível em: [cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf](#). Acesso em: 23 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Falando de Ouvidoria: Experiência e Reflexões**. Brasília, DF: MS, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvsus/arquivos/compendio-falando-de-ouvidoria.pdf&ved=2ahUKEwiEws31_4uJAXWUr5UCHUfdO7YQFnoECBAQAQ&usg=AOvVaw3jIBj_iSI0QKITIiT6XI4c. Acesso em: 13 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS**. Brasília: MS, 2013b. Disponível em: [guia_orientacoes_implantacao_ouvidorias_sus.pdf](#) (saude.gov.br) Acesso em: 04 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília, DF: MS, 1997. Disponível em: NOB - SUS (datasus.gov.br). Acesso em: 08 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília: MS, 2013a. Disponível em: Política Nacional de Humanização - PNH (saude.gov.br). Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. **Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidoria SUS**. Brasília, DF: MS, 2014b. Disponível em: [premio_cecilia_donnangelo_ouvidoria_sus.pdf](#) (saude.gov.br) Acesso em: 14 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Manual das Ouvidorias do SUS**.

Brasília: MS, 2014a. Disponível em: Manual das Ouvidorias do SUS de 2014.pdf
Acesso em: 28 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2009a. Disponível em: Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS (saude.gov.br). Acesso em: 13 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de **2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2006. Disponível em: Ministério da Saúde (saude.gov.br). Acesso em: 13 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2009b. Disponível em: Ministério da Saúde (saude.gov.br). Acesso em: 13 out. 2024.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, J. E.; PINHEIRO, N.W. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum Debate**, Vitória, v. 10, n. 01, p. 9-23, jan./abr. 2018. Disponível em: Vista do As contrarreformas na política de saúde do governo Temer (ufes.br). Acesso em: 04 out. 2024.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRAVO, M. I. S. **Política de saúde no Brasil**. In: MOTA, E. A. et al (org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, C. M. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. In: MOTA, E. A. et al (org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CABRAL, D. **Departamento Nacional de Saúde Pública**. [Brasília]: MAPA, 2019. Disponível em: Departamento Nacional de Saúde Pública (an.gov.br). Acesso em: 07 out. 2024.

CORREIA, C. V. M.; BRAVO, M. I. S.; MENEZES, F. A. C.; BURGINSKI, M. V. Determinação Social da Saúde, Privatizações e Lutas Sociais na Pandemia. BRAVO, M. I. S. et al. (orgs.). In: Política de Saúde Lutas sociais em tempos de Pandemia da Covid - 19. **Humanidade e Inovação**, Palmas, v. 8, n. 85, p. 7-14, fev. 2021. Disponível em: v. 8 n. 35 (2021): Política de Saúde e Lutas Sociais em tempos de Pandemia da Covid-19 | Humanidades & Inovação (unitins.br). Acesso em: 04 set. 2024.

CHUPEL, P. C.; MIOTO, T. C. R. Acolhimento e Serviço Social: Contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. **Serviço Social e Saúde**, UNICAMP, Campinas, v. 9, n. 10, p. 37-59, 2010. Disponível em:

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634882/2782>. Acesso em: 22 set. 2024.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 16 out. 2024.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Grupo de trabalho de “Serviço Social na Saúde”. 2. ed. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf (cfess.org.br). Acesso em: 26 ago de 2024.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, A. L. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963**: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella, L. et al. (org.). Políticas e sistemas de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. Disponível em: Políticas e sistema de saúde no Brasil (scielo.org). Acesso em: 02 out. 2024.

SCOREL, S. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990**: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: Giovanella, L. et al. (org.). Políticas e sistemas de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. Disponível em: Políticas e sistema de saúde no Brasil (scielo.org). Acesso em: 02 out. 2024.

FERNANDES, O. **Categorias fundamentais para a compreensão da instrumentalidade no trabalho do assistente social**. In: LAVORATTI, C.; COSTA, D. (org.). Instrumentais Técnico-Operativos no Serviço Social: Um debate necessário. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016. Disponível em: <https://www2.uepg.br/proex/wp-content/uploads/sites/8/2018/10/LIVRO-INSTRUMENTAIS-TECNICO-OPERATIVOS-NO-SERVICO-SOCIAL.pdf>. Acesso em: 09 out. 2024.

FERNANDES, B. M. F.; MOREIRA, R. M.; RIBEIRO, M. J. Análise da atuação das ouvidorias estaduais do Sistema Único de Saúde como instâncias participativas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. esp, p. 201-212, dez. 2016. Disponível em: scielo.br/j/sdeb/a/MP86SbGSTdLzkj77s8f663d/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 23 jun. 2024. Acessado em: 09 out. 2024.

FERNANDEZ et al. Ouvidoria como instrumento de participação, controle e avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 01-23, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310403>. Acesso em: 09 out. 2024.

GALVÃO, M. A. M. **Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil**: do Brasil - Colônia a 1930. Ouro Preto, MG: UFOP, [2007?]. Disponível em: MEDICINA MG (googleusercontent.com). Acesso em: 14 mar. 2024.

GERRA, Y. **A Instrumentalidade no trabalho do Assistente Social**. In: CFESS; ABEPSS. Capacitação em Serviço Social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais: módulo 4. Brasília: CEAD, 2000. Disponível em: https://www.unirio.br/cchs/ess/Members/vanessa.bezerra/pesquisa/2020-2/texto-3/a-instrumentalidade-no-trabalho-do-assistente-social/at_download/file. Acesso em: 22 set. 2024.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2022.

LAVORATTI, C. **A Entrevista no Serviço Social: características, usos e significados**. In: LAVORATTI, C.; COSTA, D. (org.). Instrumentais Técnico-Operativos no Serviço Social: Um debate necessário. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016. Disponível em: <https://www2.uepg.br/proex/wp-content/uploads/sites/8/2018/10/LIVRO-INSTRUMENTAIS-TECNICO-OPERATIVOS-NO-SERVICO-SOCIAL.pdf>. Acesso em: 08 out. 2024.

LIMA, S. C. T.; MIOTO, T. C. R. Ensaio. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katál**, Florianópolis, v. 10, n. esp, p. 37-45, abr. 2007a. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1JyFY-Bo7gCo5C_NenfszT2hdJ39YUe2u/view. Acesso em: 14 out. 2024.

LIMA, S. C. T.; MIOTO, T. C. R.; PRÁ, D. R. K. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista Texto e Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 93-104, jan./jun. 2007b. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/1048/3234>. Acesso em: 03 set. 2024.

MARTINELLI, L. M. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v.1, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.scielo.br/j/ssoc/a/9SbgQxd7Wm6WLGyQ9R5WbYN/%3Fformat%3Dpdf%26lang%3Dpt&ved=2ahUKEwjy5ZHxgYKJAXgkZUCHeIBKrQQFnoECBkQAQ&usg=AOvVaw2GK9r3wwAA2ay8l3KL9_2c. Acesso em: 09 out. 2024.

MEDEIROS, N. T. L. **Serviço Social e Ouvidoria: reflexões sobre as demandas e atribuições das ouvidorias SUS e suas semelhanças e diferenças entre as demandas e atividades colocadas ao serviço social no atual contexto do SUS**. 2017. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: <https://abrir.link/pWKvz>. Acesso em: 10 maio. 2024

MENDES, A.; CARNUT, L.; MELO, M. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, dez. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210307pt>. Acesso em: 09 out. 2024.

MENICUCCI, G. M. T. A Política de Saúde no Governo Lula. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, jan./mar. 2011. Disponível em: scielo.br/j/sausoc/a/ZJ3pn4hRCRDMCVhSV9fvnqL/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 18 mar. 2024.

MENICUCCI, G. M. T.; COSTA, A. L.; MACHADO, A. J. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 29-40, jan. 2018. Disponível em: [pt \(scielosp.org\)](https://pt.scielo.org). Acesso em: 20 jun. 2024.

NETTO, P. J. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. In: MOTA, E. A. et al (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, P. J. **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós - 64**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

PAIM, S. J. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: [paim-9788575413593.pdf \(scielo.org\)](https://scielo.org/paim-9788575413593.pdf). Acesso em: 07 out. 2024.

PAIM, S. J. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em: [Paim JS 2009. Artigo2.pdf \(ufba.br\)](https://ufba.br/paim/js/2009/Artigo2.pdf). Acesso em: 07 out. 2024.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. "Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores". **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014. Disponível em: scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 17 set. 2023.

PARANÁ. Ministério Público do Estado do Paraná. **História das Ouvidorias**. Curitiba: MPPR, 2022. Disponível em: [História das Ouvidorias | Ministério Público do Estado do Paraná \(mppr.mp.br\)](https://historia.das.ouvidorias.mp.br). Acesso em: 13 jun. 2024.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná - SESA/PR. Ouvidoria Geral da Saúde-SESA/PR. **Manual do ouvidor para implantação de Ouvidorias do SUS do Paraná**. 2. ed. Curitiba: SESA, 2015. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-01/MANUAL_OUVIDOR_2017.pdf. Acesso em: 10 mai. 2024.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão**. [S. l.: s. n.], [2010?]. Disponível: [saude no brasil.doc \(ufc.br\)](https://saude.no.brasil.doc.ufc.br). Acesso em: 25 mar. 2024.

PORTES F. L.; PORTES, F. M. **Os instrumentos e técnicas enquanto componentes da dimensão técnico-operativa do Serviço Social**: aproximações acerca da observação e da abordagem. In: LAVORATTI, C.; COSTA, D. (org.). Instrumentais Técnicos-Operativos no Serviço Social: Um debate necessário. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016. Disponível em: <https://www2.uepg.br/proex/wp-content/uploads/sites/8/2018/10/LIVRO-INSTRUMENTAIS-TECNICO-OPERATIVOS-NO-SERVICO-SOCIAL.pdf>. Acesso em: 08 out. 2024.

PREUSS, T. L. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **R. Katálisis**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 324-335, mai./ago. 2018. Disponível em: scielo.br/j/rk/a/Ffp5gVJpjhNKzXyHsSXkdXB/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 20 jun. 2024.

REIS, R. C.; PAIM, S. J. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.1, n. 58, p. 101-114, Jul. 2018. Disponível em: Artigo Jairnilson Paim. 2018.pdf (ufba.br). Acesso em: 09 out. 2024.

REIS, R. C.; PAIM, S. J. A Reforma Sanitária Brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 563-574, jul./set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113001>. Acesso em: 08 out. 2024.

SANTOS, L.; SANTOS, D. L.; SILVA, N. R. R. A Prática do Assistente Social e a Importância dos Instrumentos Técnico-Operativo. In: VI Colóquio Internacional “Educação e Contemporaneidade”, 19., 2012, São Cristóvão, Sergipe. **Anais [...]**. São Cristóvão, Sergipe: [s. n.], 2012. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/10114/34/33.pdf&ved=2ahUKEwjK9r--k4WJAX-LbkGHc9GHXQQFnoECBoQAQ&usq=AOvVaw0B8RpOfBY4yGemQu75Cwlu>. Acesso em: 08 out. 2024.

SARMENTO, M. B. H. **O Instrumental técnico em Serviço Social**: alguns apontamentos sobre o relacionamento. In: LAVORATTI, C.; COSTA, D. (org.). Instrumentais Técnico-Operativos no Serviço Social: Um debate necessário. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016. Disponível em: <https://www2.uepg.br/proex/wp-content/uploads/sites/8/2018/10/LIVRO-INSTRUMENTAIS-TECNICO-OPERATIVOS-NO-SERVICO-SOCIAL.pdf>. Acesso em: 08 out. 2024.

SOUSA, T. C. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 119-132, abr. 2008. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/119/117>. Acesso em: 22 set. 2024.

SOUZA, A. C. G.; COSTA, C. C. I. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, set. 2010. Disponível em: scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 11 mar. 2024.

VILEIRINE, L. M. R. **Os Instrumentais técnicos no trabalho com grupos**. In: LAVORATTI, C.; COSTA, D. (org.). Instrumentais Técnico-Operativos no Serviço Social: Um debate necessário. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016. Disponível em: <https://www2.uepg.br/proex/wp-content/uploads/sites/8/2018/10/LIVRO-INSTRUMENTAIS-TECNICO-OPERATIVOS-NO-SERVICO-SOCIAL.pdf>. Acesso em: 08 out. 2024.

WESTIN, R. **Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos**: 1º Previdência. 57. ed. [Brasília]: Senado Federal, 2019. Disponível em: Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos — Senado Notícias. Acesso em: 07 out. 2024.

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ÉTICO

ANEXO III DA RESOLUÇÃO CEPE Nº 015, DE 22 DE MARÇO DE 2011. FL. 01 DE 01

ANEXO III do Regulamento de TCC do Curso de Serviço Social.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
Departamento de Serviço Social
Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ÉTICO

Responsabilizo-me pela redação deste Trabalho de Conclusão de Curso, atestando que todos os trechos que tenham sido transcritos de outros documentos (publicados ou não) e que não sejam de minha autoria estão citados entre aspas e está identificada a fonte e a página de que foram extraídos (se transcritos literalmente) ou somente indicadas fonte e página (se apenas utilizada a idéia do autor citado). Declaro, outrossim, ter conhecimento de que posso ser responsabilizado(a) legalmente caso infrinja tais disposições.

Ponta Grossa, 09 de outubro de 2024

Nome do acadêmico(a)


CS Digitalizada com CamScanner

R.A: 19010765