

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL  
NÍVEL MESTRADO**

**TATIANA ANTONIA DE FRANÇA**

**A ATUAÇÃO DA OUVIDORIA GERAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE  
DE CUIABÁ NO CONTROLE SOCIAL E NA DEFESA DOS DIREITOS DOS  
USUÁRIOS DO SUS**

**CUIABÁ-MT  
2018**

TATIANA ANTONIA DE FRANÇA

**A ATUAÇÃO DA OUVIDORIA GERAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE  
CUIABÁ NO CONTROLE SOCIAL E NA DEFESA DOS DIREITOS DOS  
USUÁRIOS DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientadora: Profa. Dra. Imar Domingos Queiróz

CUIABÁ-MT  
2018

### **Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.**

T219a FRANÇA, TATIANA ANTONIA DE.  
A ATUAÇÃO DA OUVIDORIA GERAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE CUIABÁ NO CONTROLE SOCIAL E NA DEFESA DOS DIREITOS  
DOS USUÁRIOS DO SUS / TATIANA ANTONIA DE FRANÇA. -- 2018  
118 f. : il. color. ; 30 cm.

Orientadora: Dra. Imar Domingos Queiróz.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de  
Ciências Humanas e Sociais, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Cuiabá,  
2018.  
Inclui bibliografia.

1. Saúde Pública. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Controle Social. 4. Conselho  
Municipal de Saúde. 5. Ouvidoria. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.**

TATIANA ANTONIA DE FRANÇA

A ATUAÇÃO DA OUVIDORIA GERAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE  
DE CUIABÁ NO CONTROLE SOCIAL E NA DEFESA DOS DIREITOS DOS  
USUÁRIOS DO SUS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Política Social da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre em Política Social.

Apresentada em 31 de julho de 2018.

Situação: aprovada

Banca Examinadora:

  
Prof.ª Dr.ª Imar Domingos Queirós – UFMT (Orientadora)

  
Prof.ª Dr.ª Ivone Maria Ferreira da Silva - UFMT (Examinadora Interna)

  
Prof.ª Dr.ª Leana Oliveira Freitas – UFMT (Examinadora Interna)

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais João Edvarde de França e Lucia Emilia Nunes de França.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela Graça da Vida e pela oportunidade que me proporcionou de retornar à academia e por me abençoar a chegar até aqui.

Aos meus pais, por serem referência na minha vida.

À Professora Doutora Imar Domingos Queiróz, pela maestria das orientações, por ter me proporcionado novos conhecimentos para minha vida acadêmica e profissional, pelas valiosas opiniões e críticas na construção deste trabalho, pelo incentivo e total apoio, sem a Senhora este projeto não se realizaria. Deus te abençoe sempre na sua caminhada e que todos os seus projetos e sonhos sejam realidade. Meu respeito e minha gratidão à Senhora! Obrigada!

À Coordenação do Mestrado e professores, pelo conhecimento que adquiri no decorrer do processo de aprendizagem.

Às Professoras da banca examinadora:

Professora Doutora Ivone Maria Ferreira da Silva, por ter aceito o convite e ressaltar os valiosos conhecimentos que a Senhora proporcionou na minha vida acadêmica, desde a graduação iniciada em 1995 e na minha vida profissional, conhecimentos estes que me inspiraram a atuar na área da saúde. Meu respeito e minha eterna gratidão à Senhora!

Professora Doutora Leana Oliveira Freitas por ter aceitado o convite, por ter me proporcionado novos conhecimentos, pela maestria das aulas e pela dedicação e atenção prestada a todos os alunos do mestrado. Meu respeito e minha gratidão à Senhora!

À equipe de trabalho da Ouvidora/SUS/Cuiabá/CMS, pelos serviços prestados em benefício da população usuária do SUS.

À ouvidora Geral do SUS do Conselho Municipal de Saúde, Sheila Christlaine Rodrigues Moura, pela dedicação, profissionalismo e excelência nos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde e à população usuária do SUS.

**Não sabes, não ouviste que o eterno Deus, o Senhor, o  
Criador dos fins da terra, nem se cansa nem se fatiga? É  
inescrutável o seu entendimento.  
Dá força ao cansado, e multiplica as forças ao que não tem  
nenhum vigor.  
Os jovens se cansarão e se fatigarão, e os moços  
certamente cairão;  
Mas os que esperam no Senhor renovarão as forças,  
subirão com asas como águias; correrão, e não se  
cansarão; caminharão, e não se fatigarão.**

**Isaías 40:28-31**

## RESUMO

O Presente estudo teve como objetivo analisar a atuação da Ouvidoria Geral do SUS/Cuiabá como espaço de controle social que contribui com as deliberações do Conselho Municipal de Saúde com vistas à garantia do acesso ao direito à saúde e à efetivação da política municipal de saúde no período de 2015 a 2017. Para isso, recorreremos ao levantamento de fontes documentais com a finalidade de levantar o trabalho da Ouvidoria durante o período delimitado para a pesquisa, por meio de consultas e coleta de dados no seu sistema de informação, relativas aos seguintes aspectos: natureza das reivindicações dos usuários, reclamações, encaminhamentos, recomendações, resolutividades. Houve ainda consultas a fontes secundárias — relatórios técnicos e de gestão apresentados ao Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, e demais documentos produzidos pela Ouvidoria. As Considerações finais do presente trabalho indicam que os mecanismos de controle social na saúde são ferramentas democráticas que podem debater mostrar, cobrar, fiscalizar, provocar, requisitar e mobilizar. Esses dispositivos têm possibilidades de ser construídos principalmente nos espaços democráticos deliberativos. Nesse aspecto, a Ouvidoria do SUS/Cuiabá vem contribuindo no fortalecimento e manutenção da universalidade do SUS, na construção das ações na saúde em benefício da população e sobretudo na defesa do direito do usuário. Enfatizamos, ainda, que os espaços de participação social fortalecem a transformação, resistência, enfrentamento, democracia e luta em defesa das políticas públicas e a manutenção do SUS, sendo que essa luta não deve limitar-se apenas aos espaços institucionalizados de controle social, mas deve ser também uma luta política da sociedade em proclamar que o maior capital é investir na vida e no social e nenhum outro patrimônio tem significado maior que esse.

**Palavras-chave:** Saúde Pública. Sistema Único de Saúde. Controle Social. Conselho Municipal de Saúde. Ouvidoria.

## ABSTRACT

The present study aimed to analyze the performance of the SUS / Cuiabá General Ombudsman's Office as a social control space that contributes to the deliberations of the Municipal Health Council with a view to guaranteeing access to the right to health and to the implementation of municipal health policy in the period from 2015 to 2017. For this, we used the collection of documentary sources with the purpose of lifting the work of the Ombudsman during the period delimited for the research, through consultations and data collection in its information system, relating to: nature of the users' claims, complaints, referrals, recommendations, resolutions. And consultations with secondary sources - technical and management reports presented to the Municipal Health Council of Cuiabá, and other documents produced by the Ombudsman's Office. The final considerations of the present study indicate that the mechanisms of social control in health are democratic tools that can debate show, collect, control, provoke, requisition and mobilize. These devices have the potential to be built primarily in deliberative democratic spaces. In this aspect, the SUS / Cuiabá Ombudsman's Office has been contributing to the strengthening and maintenance of SUS universality, in the construction of health actions for the benefit of the population and above all in the defense of the right of the user. We also emphasize that spaces of social participation strengthen transformation, resistance, confrontation, democracy and struggle in defense of public policies and the maintenance of SUS, and that this struggle should not be limited only to the institutionalized spaces of social control, but it must also be a political struggle of society to proclaim that the greatest capital is to invest in life and in the social and no other patrimony has greater significance than this.

**Keywords:** Public Health. Single Health System. Social Control. Municipal Health Council. Ombudsman's Office.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ARAM- Ambulatório Especializado da Mulher

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CI – Comissões Intergestoras

CIB - Comissões Intergestoras Bipartite

CIT - Comissões Intergestoras Tripartite

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEM - Centros de Especialidades Médicas

CEO - Clínicas Odontológica

CONAS - Conselho Nacional de saúde

CONASS-Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

ESF - Estratégia Saúde da Família

LACEC - Laboratório Central de Cuiabá

NOB - Norma Operacional Básica

PIB - Produto interno Bruto

PEC - Proposta de Emenda Constitucional

PNH - Política Nacional de Humanização

SUS - Sistema Único de Saúde

SISREG - Sistema Nacional de Regulação

UPAS - Pronto atendimento em Saúde

UTI Unidade de Tratamento Intensivo

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1- GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE EM 2014 DE FORMA PERCENTUAL %.....	59
TABELA 2- GASTO PERCAPITA EM SAÚDE (US\$) EM 2014 .....	60
TABELA 3: REDE DE SERVIÇOS PRÓPRIOS POR REGIONAIS DE SAÚDE-SUS/CUIABÁ 2017.....	75
TABELA 4: REDES PÚBLICAS E CONVENIADAS AO SUS EM CUIABÁ - 2016....	75
TABELA 5 - DEMANDA RELACIONADA A RECURSOS HUMANOS .....	80
TABELA 6 - DEMANDA RELACIONADA À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	81
TABELA 7- DEMANDA RELACIONADA A PROCEDIMENTOS DE SAÚDE/CONSULTA .....	82
TABELA 8 - DEMANDA RELACIONADA A PROCEDIMENTOS DE SAÚDE/EXAMES .....	83
TABELA 9 - DEMANDA RELACIONADA A PROCEDIMENTOS DE SAÚDE/CIRURGIA .....	84
TABELA 10 - DEMANDA RELACIONADA AOS NÍVEIS DE ATENÇÃO .....	85
TABELA 11 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA/SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADO A RECURSOS HUMANOS .....	108
TABELA 12 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA/ SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	108
TABELA 13 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA/ SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADO À CONSULTAS ESPECIALIZADAS.....	109
TABELA 14 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADAS A GRUPOS DE EXAMES.....	109
TABELA 15 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADAS A CIRURGIAS.....	110
TABELA 16 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADAS À ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	110
TABELA 17 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ /CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADAS À ATENÇÃO SECUNDÁRIA .....	110
TABELA 18- MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADAS À ATENÇÃO TERCIÁRIA.....	111

TABELA 19 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADAS A EXAME .....	111
TABELA 20 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2016 RELACIONADAS À CIRURIGIA .....	111
TABELA 21 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ NO ANO DE 2016 RELACIONADO A RECURSOS HUMANOS .....	112
TABELA 22 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2016 RELACIONADAS À ASSISTENCIA FARMACEUTICA.....	112
TABELA 23 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADAS À ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	113
TABELA 24 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2016 RELACIONADAS À ATENÇÃO SECUNDÁRIA .....	113
TABELA 25 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ NO ANO DE 2016 RELACIONADAS À ATENÇÃO TERCIÁRIA.....	113
TABELA 26 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ /CMS ANO 2016 SEGUNDO SEMESTRE PRINCIPAIS DEMANDAS .....	114
TABELA 27 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ /CMS ANO 2017.....	115

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1 A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA: DA CONQUISTA AO DESMONTE</b> .....	<b>19</b>
1.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SEGURIDADE SOCIAL.....	23
1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	27
1.2.1 Princípios e Diretrizes do SUS .....	32
1.2.2 Aspectos estruturais do SUS: a sistemática do cuidado .....	33
<b>2. LUTAS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL</b> .....	<b>40</b>
2.2 AS LUTAS SOCIAIS POR SAÚDE PÚBLICA .....	45
2.3 O CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE .....	51
2.3 ENTRE O SUS LEGAL E O SUS REAL: OS DESAFIOS DO CONTROLE SOCIAL	56
<b>3 AS OUVIDORIAS COMO ESPAÇOS DE MEDIAÇÃO ENTRE O USUÁRIO E OS ÓRGÃOS DE CONTROLE E GESTÃO DA SAÚDE</b> .....	<b>63</b>
3.1 A OUVIDORIA GERAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ ...	67
3.2 A SAÚDE PÚBLICA EM CUIABÁ.....	72
3.2.1 Exposição dos dados .....	78
3.2.1.1 Demanda relacionada a recursos humanos - manifestações dos usuários nos postos de atendimento da ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS relacionadas a recursos humanos .....	79
3.2.1.2 Demanda relacionada à assistência farmacêutica - manifestação dos usuários nos postos de atendimento da ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS relacionadas a medicamento/material hospitalar.....	80
3.2.1.3 Demanda relacionada a procedimentos de saúde- consulta - manifestações dos usuários nos postos de atendimento da ouvidoria do SUS/Cuiabá/CMS relacionadas a procedimentos de saúde .....	81
3.2.1.4 Demanda relacionada a procedimentos de saúde- exame - manifestações dos usuários nos postos de atendimento da ouvidoria do SUS/Cuiabá/CMS relacionadas a procedimentos de saúde .....	82
3.2.1.5 Demanda relacionada a procedimentos de saúde- cirurgia - manifestações dos usuários nos postos de atendimento da ouvidoria do SUS/Cuiabá/CMS relacionadas a procedimentos de saúde .....	83
3.2.1.6 Demanda relacionada aos níveis de atenção - manifestações dos usuários nos postos de atendimento da ouvidoria do SUS/Cuiabá/CMS relacionadas aos níveis de atenção.....	84
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>100</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>107</b>
APÊNDICE I - DEMONSTRAÇÃO DOS DADOS DAS MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS CANAIS DE ACESSO DA OUVIDORIA/SUS/CUIABÁ/CMS, CONFORME O RELATÓRIO OUVIDORIA 2015, 2016, e 2017 .....	108

## INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil vem sofrendo forte contingenciamento financeiro balizado pelas políticas neoliberais com a redução drástica de investimentos no sistema de proteção social, o que tem levado ao acirramento e crise no acesso aos serviços públicos e a restrições cada vez mais intensas de um Estado mínimo e de injustiça social.

A redução da interferência do Estado na implementação da proteção social recai diretamente no investimento e estruturação do sistema público de saúde. Essa realidade tem levado drasticamente ao subfinanciamento do SUS, ocasionando longas filas de espera, diminuição de contrato de serviços assistenciais de saúde de baixa, média e alta complexidade, sistema de regulação deficitário, o que leva ao quantitativo insuficiente de: leitos hospitalares, consultas, exames, medicações, materiais e insumos precários. Deficiência na organização dos serviços principalmente em abrangência multiprofissional, rede de atenção e cuidados desarticulados por falta de: profissionais especializados, investimento de recursos adequados e outras negligências que historicamente fazem parte da saúde pública brasileira.

A universalidade preconizada pelo SUS não foi assegurada na sua integralidade, e reflete uma histórica crise estrutural que passa pelo subfinanciamento, privatização, fragmentação dos serviços públicos, insuficiência de programas preventivos, falta de investimento nas tecnologias do cuidado e, sobretudo, na efetivação da política pública de saúde na perspectiva de totalidade e direito.

Como enfrentar essas situações que permeiam as demandas cotidianas em defesa de uma saúde pública de excelência em todos os aspectos assegurados nos preceitos constitucionais? Entendemos que uma das possibilidades de enfrentamento desses desafios está nas forças políticas e sociais dos espaços de controle social, como é o caso das ouvidorias dos conselhos de saúde. É por meio das atuações dessas ouvidorias que os conselhos de saúde aproximam-se da realidade da população usuária do SUS, e essa aproximação pode intensificar as ações e competências do conselho na efetivação dos direitos dos usuários e serviços previstos no SUS.

Os espaços públicos de participação social na implantação e aprimoramento das políticas públicas representam a possibilidade da visibilidade social na perspectiva do cumprimento das bases legais, e de uma proteção social efetiva. Para isso, os mecanismos de discussão e deliberação coletiva como conselhos, conferências, fóruns e ouvidorias públicas são mecanismos sociais em defesa e cumprimento constitucionais, e podem somar forças com outros segmentos representativos da sociedade para contraposição quanto às políticas de destituição dos direitos sociais. Em se tratando da saúde pública, os espaços de controle social devem fortalecer o debate político e garantir o cumprimento do ideário da reforma sanitária por meio de um sistema de saúde 100% financiado pelas políticas públicas e de caráter resolutivo e universal.

Na década de 1980, a luta pela redemocratização contribuiu para a emergência do debate e implantação das ouvidorias públicas como instrumento de aproximação do cidadão com o governo. As reivindicações dos movimentos sociais de contraposição ao regime militar, que perdurou de 1964 a 1985, contribuíram para criação de ouvidorias em várias unidades da federação. A primeira esfera de governo a criar uma ouvidoria pública foi a Prefeitura Municipal de Curitiba (PR), em 1986. Todavia, esse perfil de ouvidoria se caracterizou muito mais pela defesa da gestão do que pela defesa dos interesses dos usuários, ao contrário das ouvidorias criadas pelos conselhos de políticas públicas, como é o caso da Ouvidoria do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, que se configura como um espaço de participação social em defesa dos direitos da população, na perspectiva do desenvolvimento de ações e fiscalização dos serviços públicos de saúde.

Segundo Correa (2012), a partir da Constituição de 1988, os mecanismos de participação do cidadão na construção das políticas públicas foram estabelecidos como "controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido desse, cada vez mais, atender aos interesses da maioria da população" (CORREA, 2012 p.1). Em relação à saúde pública, a proposta de participação coletiva foi fundamental no processo de construção do SUS e amplamente defendida no Movimento da Reforma Sanitária, que culminou na transformação do modelo de saúde privatista contributivo, para criação de uma política pública de saúde pautada no direito, universalidade, gestão participativa e descentralização.

As ouvidorias de controle social no âmbito do SUS surgem como instrumentos que buscam potencializar as deliberações das instâncias representativas, ou seja, subsidiar as decisões dos conselhos de saúde na ótica da transformação do sistema de saúde em benefício do usuário. Com essa prerrogativa, em 1999, por meio da resolução de Nº 21/99/CMS, foi criada a "Ouvidoria\SUS-Cuiabá buscando atuar como interlocutora entre o usuário e a gestão, além de subsidiar as discussões do controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS" (LOPES, 2007, p.3).

A implantação de ouvidorias de controle social traz o diferencial de autonomia em relação às ouvidorias vinculadas ao poder executivo, uma vez que elas não estão subordinadas à gestão, mas aos conselhos, e são parte integrante da estrutura e dinâmica dos mesmos, subsidiando-os com as informações necessárias para suas tomadas de decisões. Nesse sentido, podem fortalecer as deliberações e construções de dispositivos reais para a melhoria das políticas públicas em defesa dos direitos dos usuários.

Ao se estabelecerem como parte estruturante dos mecanismos deliberativos e paritários como os conselhos de saúde, as ouvidorias poderão contribuir para que os conselhos tenham o conhecimento das lacunas operacionais do sistema de saúde, e dessa forma fundamentar a elaboração de políticas de atenção à saúde que são condizentes com a realidade social. Propondo intervenção e regulação direta de serviços que estejam em sintonia com as reais necessidades dos usuários, mas, sobretudo, propõem ações em favor de uma gestão pública dirigida pela efetivação dos direitos Constitucionais, pois o conselho de saúde "atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo" (BRASIL, Lei. 8.142,§ 2º).

Diante do que foi apresentado, o nosso estudo teve como objetivo analisar a atuação da Ouvidoria Geral do SUS/Cuiabá como espaço de controle social que contribui com as deliberações do Conselho Municipal de Saúde com vistas à garantia do acesso ao direito à saúde e à efetivação da política municipal de saúde

no período de 2015 a 2017<sup>1</sup>. Para tanto, buscou responder às seguintes indagações: a Ouvidoria Geral do SUS/Cuiabá tem efetivamente contribuído para o fortalecimento das deliberações e o exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá? Quais as recomendações/propostas apresentadas pela Ouvidoria ao Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá com vistas à melhoria da gestão na saúde do município? Na sua atuação, a Ouvidoria articula-se a outros espaços de defesa de direitos e controle social?

O interesse pela questão da saúde pública e em particular pelo controle social está relacionado ao reconhecimento da importância da saúde para milhões de brasileiros que recorrem ao SUS, situação que acompanhamos desde 1997 como Profissional de Serviço Social em uma Unidade Hospitalar de caráter público e 100% SUS. Em nosso processo de trabalho, temos a oportunidade de atender diretamente aos usuários da rede e conhecer as múltiplas faces do processo saúde-doença, que desvelam a crise social originada pelas contradições das estruturas capitalistas e de um Estado que historicamente subordina as políticas públicas às exigências do mercado, adotando medidas paliativas, fragmentadas e precárias, que incidem diretamente sobre as condições de vida da população.

Para Minayo (2009), a metodologia de pesquisa deve dar subsídio para o desvelamento das múltiplas realidades que envolvem o objeto de estudo, a definição do método contempla-se a partir de mecanismos que permitam à aproximação com a realidade a ser estudada, com possibilidades de respostas as indagações que fazem parte do universo do objeto da pesquisa. A interpretação da realidade concretiza-se num processo gradativo que são formadas mediante etapas que permitam a:

Descrição da fase de exploração de campo, escolha do espaço da pesquisa critérios e estratégias para escolha dos grupos/sujeitos de pesquisa a definição do método, técnicas e instrumentais para construção de dados e os mecanismos para entrada em campo, as etapas do trabalho de campo e os procedimentos para análise (MINAYO, 2009, p. 47).

Essas etapas são fundamentais no processo de entendimento e apreensão da realidade, pois os saberes na pesquisa social não são um processo pronto e

---

<sup>1</sup>Esse corte temporal deve-se ao fato de que a partir deste período a Ouvidoria passou a sistematizar de forma contínua as demandas dos usuários nos seus postos de atendimentos instalados nas unidades de saúde.

acabado em virtude do próprio dinamismo dos fatos sociais, que são construídos na interação da singularidade e subjetividade dos sujeitos inseridos na realidade sócio histórica (MINAYO, 2009, p. 62).

A aproximação com o universo investigado se deu por meio de trabalho de campo. De acordo com Minayo (2009, p. 79), "o trabalho de campo, além de ser uma etapa importantíssima da pesquisa, é o contraponto dialético da teoria social". Para isso, recorreremos ao levantamento de fontes documentais in loco com a finalidade de levantar o trabalho da ouvidoria durante o período delimitado na pesquisa, por meio de consultas e coleta de dados no seu sistema de informação, relativas à natureza das reivindicações dos usuários, às reclamações, encaminhamentos, recomendações, resolutividades, e de consultas a fontes secundárias – relatórios técnicos e de gestão apresentados ao Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, e demais documentos produzidos pela Ouvidoria.

Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas-NBR-6023 (2000), a definição de documento na pesquisa documental resulta a partir de “qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade que possa servir para consulta, estudo ou prova”.

A sistematização e análise dos dados levantados foram realizadas à luz do referencial teórico-metodológico adotado, o método de análise crítico que permitiu a aproximação, compreensão e análise do objeto de estudo, além de tal perspectiva “trabalhar com a valorização das quantidades e da qualidade, com as contradições intrínsecas às ações e realizações humanas, e com o movimento perene entre parte e o todo e interioridade e exterioridade” (MINAYO, 2009, p. 24).

A presente dissertação está estruturada em três seções. A primeira seção aborda a saúde pública como política integrante da seguridade social resultante da atuação das forças sociais e políticas que levaram à Promulgação da Constituição de 1988; a estruturação em um sistema único de saúde; seu sucateamento; sua crise em decorrência das políticas privatizantes/reducionistas adotadas pelo atual Estado brasileiro.

A segunda seção aborda os processos de mobilização social e política para criação de espaços de representação no interior do Estado, visando à democratização da relação Estado x sociedade pela via do controle social; ênfase nas mobilizações desencadeadas na área da saúde; controle e participação social

na política de saúde pública; os desafios do controle social num contexto de fragmentação das políticas sociais e de destituição dos direitos.

A terceira seção trata da Ouvidoria Geral do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, sua origem, atuação e seus desafios como órgão responsável por captar e registrar as demandas dos usuários pelo direito à saúde a partir de suas manifestações nos postos de atendimento da Ouvidoria instalados nas diversas unidades de saúde do município; sua atuação no processo de fortalecimento e manutenção da universalidade do SUS; construção de ações na saúde em benefício da população e, sobretudo na defesa do direito do usuário.

Nas Considerações finais, retomamos a discussão sobre a grave crise estrutural nas áreas sociais, ressaltamos que o ponto principal de resistência e enfrentamento para as possíveis transformações vêm tão somente pelo viés democrático. Dessa forma, entendemos que o controle social são mecanismos de forças que podem debater, mostrar, cobrar, fiscalizar, provocar, requisitar e mobilizar; esses dispositivos devem ser construídos principalmente nos espaços democráticos deliberativos. A defesa da manutenção da universalidade do SUS e das demais políticas de proteção social resulta de lutas políticas que não se limitam apenas aos espaços institucionalizados de controle social, mas é uma luta da sociedade e dos diversos mecanismos que a estruturam. E a proclamação incondicional deve pautar-se no fato de que o maior capital é investir na vida e no social, de modo que nenhum outro patrimônio tem significado maior que esse.

Na discussão sobre o universo de controle social na esfera da saúde pública, é possível analisar os determinantes das demandas apresentadas pelos usuários, que geralmente expressam as contradições das relações sociais e as consequências que se estabelecem entre as desigualdades sociais, desmantelamento das conquistas sociais e destituições de direitos.

Com o presente estudo, esperamos contribuir com o debate sobre os mecanismos de controle social como possibilidade de voz e luta dos usuários da saúde e, sobretudo com a discussão da importância das ouvidorias de controle social na saúde, como instrumento de fortalecimento em defesa do sistema público de saúde, do direito dos usuários, da luta pela garantia do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde e melhorias na gestão.

A relevância do estudo aqui proposto reside na reflexão sobre os desafios do SUS como direito e conquista social, num cenário político de restrição da

universalidade como estratégia para desmontar o sistema público de saúde. Neste contexto, estudos que forneçam subsídios para que os espaços de participação social e controle social façam enfrentamento às políticas neoliberais são estratégicos e importantes para o fortalecimento do debate em defesa dos direitos sociais.

## 1 A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA: DA CONQUISTA AO DESMONTE

A construção histórica da seguridade social mostra que sua origem está fundamentada na relação de duas categorias, capital e trabalho, definidas pelo capitalismo como antagônicas em decorrência das contradições que esse reproduz na sociedade, uma vez que, via de regra, sua legitimidade tem caráter de exploração e concentração de renda para os detentores do poder, e no outro extremo está a categoria da classe trabalhadora não detentora dos meios de produção, mas que reflete diretamente as divergências da relação do capital e trabalho. Mota (2016) esclarece que nessa relação o processo e finalidade do sistema da seguridade social “depende tanto do nível de socialização da política conquistada pelas classes trabalhadoras, como das estratégias do capital na incorporação das necessidades do trabalho” (MOTA, 2016, p. 40).

A relação capital e trabalho é construída numa dinâmica real de conflitos e desigualdades que favorecem a negociação e manipulação de interesses da classe burguesa, e faz com que o modelo de seguridade social seja estruturado de uma forma a atender as prerrogativas do capital. E leva a retomadas históricas que foram amplamente difundidas no II pós-guerra, onde o sistema de proteção social limitava-se a amenizar os riscos sociais daqueles que se encontravam aliados dos mecanismos de produção, resultando num modelo de proteção social baseado nos parâmetros da meritocracia.

Nessa perspectiva, a proteção social nunca será plena, pois sua manutenção sempre estará sob a égide do capital, e a partir do momento em que o sistema capitalista se vê prejudicado, retira direitos sociais e restringe as políticas públicas que contemplam a cidadania, o que leva sempre a um sistema residual, extremamente tênue nas coberturas destinadas aos que estão desagregados das relações de trabalho, levando à construção de políticas restritas de ações temporárias, com enfoque na amenização dos riscos sociais, que são inevitáveis nas relações que fazem parte da sociedade capitalista de mercado.

No Brasil, segundo Boschetti e Salvador (2016), o modelo de seguridade social foi idealizado a partir da convergência de duas tendências que surgiram nos países de tradição capitalista da Europa, o modelo Bismarckiano e o modelo Beveridiano, sendo que o primeiro, que surgiu “na Alemanha no final do século XIX, tem como objetivo central assegurar renda aos trabalhadores em momentos de

riscos sociais decorrentes da ausência de trabalho”; o segundo surgiu na Inglaterra, no pós-guerra, e:

[...] tem por objetivo principal o combate à pobreza e se pauta pela instituição de direitos universais a todos os cidadãos incondicionalmente, ou submetidos a condições de recursos; porém, são garantidos mínimos a todos os cidadãos que necessitam. O financiamento é proveniente dos tributos (orçamento fiscal) e a gestão é pública/estatal (BOSCHETTI; SALVADOR, 2016, p.51).

Essas duas tendências surgem como produto da relação capital-trabalho e respondem à lógica da própria crise que se estabelece com as contradições dessa relação na sociedade capitalista, sendo que “o modelo Bismarckiano define a política da previdência social, enquanto o modelo Beveridgiano sustenta os princípios da saúde e da assistência social” (BOSCHETTI; SALVADOR, 2016, p.51).

O modelo do sistema de seguridade social no Brasil desde o princípio sofre fortes influências das relações de mercado. Apesar da Constituição de 1988 assegurar que o sistema de seguridade social é de obrigação do Estado, que deve promovê-la em todos os aspectos, garantindo sua manutenção por meio das políticas sociais e econômicas, desde sua implementação o sistema de seguridade enfrenta vários desafios para sua consolidação como política de Estado de forma ampla e de integralidade.

A Constituição Federal de 1988, assegura direitos sociais e de cidadania por meio das políticas públicas que deverão ser implementadas pelo Estado, e, sobretudo na pactuação de mecanismos de proteção que podem contribuir com o desenvolvimento social econômico político e cultural da população.

Os parâmetros constituídos na sistemática da proteção social devem referendar a política de atenção e assistência social numa perspectiva de totalidade no que se refere aos cuidados à pessoa humana, abrangendo amplas intervenções com a perspectiva de atender os mais variados aspectos necessários para o benefício da vida.

Os preceitos legais que sistematizaram a proteção social estão contidos no Art. 194 da Carta Magna Constitucional, com a seguinte definição:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

As ações integradas estabelecidas nesse Artigo devem ser definidas como política de Estado, representando a intervenção do Estado em três categorias sociais fundamentais relativas à saúde, à previdência e à assistência social.

A implementação dessas três categorias se estabelece como possibilidade de elaboração de um modelo de seguridade social na perspectiva ampla, com a intenção de equilibrar o sistema de proteção pelo viés de dois mecanismos: contributivo e distributivo. O primeiro representa a linha histórica do sistema previdenciário de contrapartida contributiva, ligada diretamente às relações do mercado de trabalho e demais modalidades de contribuição. O segundo pode ser traduzido como uma perspectiva compensatória para atender aos que estão alijados da relação do mercado de trabalho, e encontram-se inseridos nas contradições estruturais do capitalismo que adensam a questão social.

A ampliação da proteção social consolida-se a partir da junção das políticas de saúde e assistência social, estabelecidas nos artigos Constitucionais que formam o Capítulo II do Título VIII, da Ordem Social, nos Artigos de 194 a 204 do Capítulo 2.1 da Constituição Brasileira.

Para Pereira (2002), a linha de proteção e cuidado, ao ser construída a partir da integração das categorias saúde, previdência e assistência social, representou a renovação no entendimento de fazer política pública de proteção social no Brasil, tornando-se uma revolução nos aspectos da ampla cobertura, da defesa de direito e da cidadania. A junção dessas políticas pode formar a integralidade de ações do Estado numa possível reversão das desigualdades sociais e promover a efetivação dos direitos e segurança social aos cidadãos “independentemente de prévias contribuições e inserções no mercado de trabalho, ou de posses privadas de renda” (PEREIRA, 2002, p. 20).

Essa lógica segue o princípio da desmercadorização para a ampla proteção, principalmente aos mais vulneráveis. Ainda segundo Pereira (2002), as políticas de saúde, previdência e assistência social fazem parte de uma nova institucionalidade no sentido de garantir a seguridade social, independente da relação de troca que se estabelece no sistema de mercado, efetivando-a como política de Estado visando à implantação “da assistência, a de prestação incondicional de atendimento, tendo como único parâmetro o *status* de cidadania (PEREIRA, 2002, p.22). Para que esse *status* se tornasse uma realidade no fortalecimento das ações que contemplam a

proteção social, essas deveriam ser estabelecidas no significado do direito, seguido pela incondicionalidade e universalidade. Esses princípios deram sustentação à definição que contempla a Constituição no seu Art. 198, o qual estabelece:

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

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

As inter-relações das políticas na esfera social ressoam como possibilidades de assegurar o bem comum, principalmente nas questões essenciais para vida humana, o direito à saúde pública, que é uma das categorias fundamentais para o sistema de proteção social e definida num aspecto amplo que contempla a seguinte estrutura:

[...] uma rede integrada, descentralizada e hierarquizada de saúde, constituída de um sistema único nacional (mais tarde conhecido como SUS) a ser operado em cada esfera federada de governo União, Estados e Município (PEREIRA, 2002, p.35).

A estruturação do Sistema de Seguridade Social Brasileira fundamenta-se em duas categorias: incondicionalidade e universalidade. São esses dois mecanismos que constroem as políticas sociais e as vinculam à concepção de justiça social e direitos sociais.

A Constituição Brasileira prevê que a Seguridade Social favorece a intervenção do Estado por meio da promoção das políticas públicas destinadas ao atendimento das necessidades socioeconômicas, culturais e educacionais.

O tripé estrutural que compõe a política de Seguridade Social é considerado um avanço e uma conquista na defesa da vida e dos direitos sociais. Entretanto, nas últimas décadas, a seguridade social tem enfrentado resistência principalmente no quesito orçamentário, apesar de estar assegurado no Art.195 da Constituição Brasileira que o seu financiamento segue a lógica da integralidade de fundo de recursos, atrelados a vários segmentos políticos administrativos das esferas governamentais.

O desfinanciamento das estruturas que contemplam a proteção social reflete

o cenário político dominado pelas políticas neoliberais, as quais estratificam a proteção e as consideram gastos sociais desnecessários que tão somente sobrecarregam os cofres públicos.

Nas últimas três décadas, o Estado brasileiro tem condicionado a proteção social a seletividades cada vez mais perversas com provas de vidas vinculadas a extrema miséria, para concessão dos mínimos sociais que resultam na maioria das vezes em benefícios temporários e insuficientes para sobrevivência social e econômica.

A dinâmica do beneficiamento dos mínimos reafirma de forma categórica a perspectiva das políticas neoliberais de precarização da proteção social e refinamentos cada vez mais incisivos da seletividade e redução dos direitos universais e da justiça social, ou seja, vivenciamos uma seguridade social nos moldes dos interesses difusos do mercado que estabelece a política da desigualdade em benefício do lucro e concentração de renda aos detentores das grandes fortunas, fazendo com que haja o predomínio das ações imediatistas na questão social, e redução drástica nos investimentos públicos, principalmente nas políticas de saúde, previdência e assistência.

O que se observa na realidade são as ações orquestradas pelas ofensivas neoliberais que provocam acúmulo de pobreza e desmonte dos direitos sociais, remetendo ao aprofundamento da crise social e à desestruturação do tripé da seguridade social, em detrimento da conjuntura da mercantilização, privatização dos serviços públicos e sociais. Nesse sentido:

As políticas sociais e o sistema de proteção brasileiro, no contexto da crise internacional, reproduzem em grande medida os traços regressivos das tendências assinaladas, entre as quais: predomínio de políticas focalizadas na extrema pobreza em detrimento de políticas sociais universais; ênfase nas condicionalidades ou contrapartidas como mecanismo de controle seletivo do acesso a benefícios a que os usuários teriam direito; substituição de análises socioeconômicas dos determinantes da pobreza por argumentos morais com base em comportamentos desviantes como causadores da pobreza; culpabilização dos pobres pela sua situação de privação; revalorização da família como principal canal de absorção dos “novos riscos sociais” (RAICHELIS, 2013, p. 631,632).

## 1.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SEGURIDADE SOCIAL

Como ressaltado anteriormente, o direcionamento da política de proteção social estabelecida no viés da seguridade social buscou assegurar direitos e ampliar a intervenção do Estado em áreas até então desprotegidas e restritas a iniciativas privatistas, individualizadas e filantrópicas.

Mas, apesar do sistema de seguridade social brasileiro ter sido pensado de forma a estabelecer um estado de bem estar, idealizado nos moldes das grandes potências econômicas mundiais, desde sua formalização nas linhas Constitucionais de 1988, a realidade que se forma há décadas, retoma de forma linear o declínio dos investimentos na política de proteção social, e esse contexto tem sido marcado por tendências cada vez mais excludentes no que tange à perspectiva da universalidade, igualdade social e ampliação dos direitos e benefícios sociais.

Nesse contexto, é importante especificar que a política pública de saúde, ainda que represente uma conquista da coletividade e uma das bases da tríade da seguridade, desde sua implantação, ocorrida nos anos de 1990 até os dias atuais, tem sofrido de forma incisiva as investidas capitalistas neoliberais, com a implantação de políticas reducionistas na efetivação dos serviços de saúde à população usuária.

A intervenção reducionista do Estado compromete de imediato a universalidade de acesso, a garantia de serviços e ações efetivas na saúde e demais políticas que integram a seguridade social.

Isso vem de encontro ao processo regressivo das políticas redistributivas ordenadas pelas ações públicas do Estado em benefício das políticas imediatistas e temporárias de combate à pobreza e dos serviços em saúde de modelo higienista e campanhistas; esses modelos formam-se como um movimento contrário às políticas amplas de proteção social e cidadania, e favorecem tão somente a estrutura social e econômica dominante, moldada no cenário da racionalidade capitalista de lucratividade, revestida em restrições sociais e destituições de direitos universais, aprofundadas num contexto político e social que desagrega valores, desarticula, fragmenta, fragiliza e desconstrói a seguridade social e baliza a contrarreforma das políticas que a compõem.

O contexto político e econômico que está posto estabelecem de maneira continua o extremo sucateamento da proteção social, a qual tenta sobreviver dentro das interfaces numa arena de luta desigual, onde a questão econômica sobrepõem de forma imperativa para lei de mercado e afunila as políticas públicas que integram

a legislação da seguridade social, estratificando e escalonando-a de forma residual e precária nas sobras orçamentárias das esferas de governo municipal, estadual e federal..

Observamos que as políticas que favorecem a cobertura social de forma mais ampla pelo Estado estão sendo destituídas em favor da retomada dos critérios da meritocracia individualizada restrita à lei do mercado e da potencialidade econômica, provocando um retrocesso nos direitos sociais ampliados e historicamente adquiridos.

Nessa lógica, a justiça social e a universalidade passam a ser categorias não atendidas pelo Estado, porém estão atreladas de forma estratificada pela regulação da inconsistência da sociedade de mercado, solidariedade, filantropia e pelos mínimos sociais ofertados pelo Estado.

Essa interpretação, que, de forma voraz, solidifica-se na realidade, representa a inversão da perspectiva que representa o modelo e tripé da seguridade social idealizado na Constituinte Brasileira, colocando-a não mais como processo incondicional para um Estado interventor que viabiliza mecanismos políticos de forma plena principalmente nos quesitos orçamentários e gerenciais em benefício da integralidade, serviços públicos de qualidade, dignidade humana, justiça e igualdade social.

As ações engendradas no sistema de bem estar social pelo Estado, balizam-se na interpretação de um Estado que se polariza em sucessivas desregulações do setor público, principalmente na saúde, comprometendo de forma imediata o direito do acesso aos serviços básicos de saúde, do princípio da universalidade, da proteção social, da tecnologias de cuidados, dos programas de atenção em saúde, sobretudo da manutenção do SUS.

O desfinanciamento do setor público não se limita apenas ao quesito do acesso, pois se refere ainda a uma complexidade de ampla extensão que desestrutura a organização do próprio sistema de saúde, ou seja, desencadeia sucessivos declínios que percorrem as premissas da capacidade de gerenciamento, precarização das relações e condições de trabalho, criação de subsistemas de serviços, desassistência em questões básicas como situações de agravos endêmicos/epidêmicos, nas ações preventivas e tratamentos, integralidade do cuidado, e acima de tudo a inter-relação com as demais políticas públicas.

Portanto, representa a contradição dos ideários de uma política que foi

criada como pilar e condição para um sistema macro, isto é, da proteção e seguridade social a qual deveria ser defendida e assegurada pelo Estado, porém este, para:

Responder às exigências do capital mundializado, além de flexibilizar as relações de trabalho, incorpora uma lógica lucrativa para atender às tendências de gestão empreendedora de ajuste nos gastos públicos. Ainda como estratégia de gestão, fragmenta e focaliza os serviços de saúde assumindo as ações de baixo custo e deixando ao mercado as ações mais lucrativas. Neste contexto, o trabalho em saúde enfrenta não só uma desregulamentação das relações e condições de trabalho, mas uma desestruturação da atividade em saúde que envolve o trabalhador de saúde e os usuários do serviço (DAVI; MARTINIANO; PATRIOTA, 2011 p.169).

A efetividade de uma saúde pública que foi pensada e estruturada no conceito de sistema único de saúde não se torna realidade sem a junção e pactuação com as demais políticas econômicas e sociais, e sua materialização como direito social decorre de um conjunto de fatores que interagem principalmente com a regulamentação de um Estado ampliado de defesa da cidadania e dos princípios da seguridade social, que garanta a efetivação da universalidade no acesso às políticas, e dos preceitos estabelecidos na Constituição de 1988 que enfatizam a proteção social com obrigatoriedade do Estado e considera que:

Gasto em saúde não é sinônimo de desperdício de recursos, todos os envolvidos com a formulação, planejamento, gestão e controle da política de saúde devem zelar pela qualidade do seu gasto reivindicando do SUS o direito ao financiamento suficiente e sustentável como forma de honrar seu compromisso junto à população brasileira, materializando a saúde como direito social universal, portanto garantido pelo Estado (DAVI; MARTINIANO; PATRIOTA, 2011, p.106).

Essa interpretação de investimento em saúde pública como sinônimo de direito e bem estar social, é contrária ao ideário dos mínimos sociais e da seletividade do sistema defendidos pelas políticas neoliberais, as quais favorecem a contenção dos investimentos públicos em benefício do falso equilíbrio financeiro, protegido pela lei de mercado, que visa tão somente o acúmulo e lucratividade para os grandes capitais e fomentam o discurso do equilíbrio das contas públicas em detrimento das mazelas e estrangulamento das políticas sociais. As investidas neoliberais comprometem a efetividade do Sistema Único de Saúde e sua representatividade como sinônimo de conquista social que foram contempladas

mediante lutas e reivindicações por mudanças pela coletividade, frente a um contexto que restringia a saúde pública até então a simples mecanismo de conservação da produtividade econômica, destinada àqueles que estavam na cobertura formal do mercado de trabalho.

Foi pelo processo de participação coletiva que a saúde destacou-se como uma das bases de sustentação de caráter pioneiro na construção da política de bem estar e proteção social. E sobre ela, desde sua criação em 1990, e intensificadas nos últimos 20 anos, está recaindo a restrição dos investimentos do Estado, a qual vai interferir de forma impactante no direito social do usuário em ter uma saúde pública de qualidade que, vinculada às demais políticas sociais, desmontando os princípios e diretrizes preconizados na legislação do SUS, princípios e diretrizes que o tornam um dos maiores e completos sistemas públicos de proteção social do mundo.

## 1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde resulta de um processo de luta e conquistas sociais engendradas por ações de resistência e reivindicações coletivas que concebiam a saúde como direito de cidadania, cabendo ao Estado assegurá-la mediante políticas públicas e sociais. Numa sociedade democrática, a saúde pública insere-se como um dos elementos sociais que se embasam num conjunto de políticas e serviços a fim de que “possa assegurar um mínimo de bem-estar e dignidade na vida” (RODRIGUES e SANTOS, 2011, p. 07), constituindo-se numa estrutura de vários segmentos como educação, cultura, lazer, segurança, trabalho e renda. O desenvolvimento desses elementos vincula-se ao “reconhecimento pelo Estado de que, para haver maior igualdade social, é preciso que uma série de necessidades básicas dos cidadãos seja atendida mediante políticas públicas” (RODRIGUES e SANTOS, 2011, p. 07).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado como uma das bases do regime de proteção social, e no conjunto das condições para sobrevivência humana, resulta como um dos aspectos fundamentais para a vida. Para esse sistema tornar-se realidade de forma universal, é necessária a estruturação de várias ações que perpassam o investimento financeiro, humano e tecnológico.

Por ser uma política pública de bem estar social que defende as premissas do amplo direito e defesa da vida, que foi iniciada numa arena social de conflito e luta contra um Estado historicamente repressor e limitador nos investimentos sociais, os desafios para implantação do SUS foram inúmeros, principalmente no quesito financiamento, pois as medidas administrativas não o estabeleciam como prioridade na agenda das políticas governamentais.

As limitações financeiras foram cruciais nos entraves que dificultaram a criação de serviços de saúde, e somente com as prerrogativas defendidas na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)<sup>2</sup>, em 1986, que foram expressos novos eixos para a história da saúde pública no Brasil, dando significado para a criação de um sistema de saúde democrático, assegurado como política pública e direito de todos os cidadãos. Essa política deveria ser sustentada e financiada pelo Estado, fortalecida pelos mecanismos de controle social. Na contramão da representatividade do novo, ainda eram comuns as ações e organização dos serviços serem destinadas à população como benesse, e não como direito, seguida da lógica da contrapartida à contribuição financeira dos trabalhadores (RODRIGUES e SANTOS, 2011).

Além da redução dos recursos de financiamento do Sistema, no governo Collor de Mello, a crise da Previdência Social fez com que, em 1993, o SUS perdesse sua principal fonte de financiamento, que representava 80% de suas receitas. Desde aquele ano, até 2000, quando foi aprovada a Emenda Constitucional nº. 29<sup>3</sup>, o SUS viveu grande instabilidade de suas fontes de receita (RODRIGUES e SANTOS, 2011, p. 99).

Apesar das mudanças na sistematização da saúde pública, a questão do financiamento para uma saúde com equidade e universalidade ainda é um dos grandes desafios do SUS. O sub-financiamento do sistema vem sendo cada vez

---

<sup>2</sup> Ao longo dos quarenta e cinco anos de história deste evento, pela primeira vez conta-se aqui co-representação maciça da sociedade civil, através dos seus sindicatos e associações, partidos políticos e entidades de representação de moradores. Isto é um avanço significativo em relação às conferências anteriores, quando havia predominância quase absoluta dos próprios formuladores da política oficial, sustentando discussões fechadas, cuja eficácia se podia aferir no precário quadro institucional de assistência que herdamos e nas deprimentes condições de saúde da população, traduzidas em indicadores sociais que não condizem com o estágio de crescimento econômico de modernização tecnológica do país, mas que sobretudo nos atinge, a nós, na nossa consciência e na nossa ética profissional (BRASIL, 1987. P. 19).

<sup>3</sup> Emenda Constitucional 29: Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, GP Emenda Constitucional nº 29, de 13 de Setembro de 2000).

mais acirrado, com cortes nas áreas essenciais como atenção básica, prevenção e promoção nas linhas de cuidado e suas complexidades que formam a estrutura do sistema e favorecem a assistência adequada à saúde da população.

As interferências do Estado em ampliar o contingenciamento dos investimentos financeiros na área social e, sobretudo na concretização do SUS, conforme preconizado nas suas premissas e diretrizes, tornaram-se mais incisivas a partir dos anos 2000, sendo consequência dos anos anteriores que permitiam que o sistema de saúde funcionasse tão somente com os mínimos residuais de outras fontes financeiras das estruturas financeiras.

A desconstrução da legislação do SUS e da sua conquista como direito social vem sendo balizada pelas políticas neoliberais com a redução drástica de investimentos no sistema de proteção social, principalmente nas políticas de ampliação dos direitos coletivos, que têm levado ao aprofundamento da crise no acesso aos serviços públicos, configurando cada vez mais um Estado mínimo e de injustiça social.

A Reforma do Estado ou Contrarreforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas (BRAVO, 2009, p. 100).

As limitações da interferência do Estado na ampliação e regulação da política social e do sistema que envolve a proteção têm ocasionado o distanciamento do princípio da integralidade<sup>4</sup> da saúde e dos mecanismos que priorizam a “indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa”(BRAVO, 2016, p.101). A fragmentação do sistema divide o SUS em duas linhas insuficientes, ou

---

<sup>4</sup> A integralidade é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS), que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. Suas origens remontam à própria história do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, que, durante as décadas de 1970 e 1980, abarcou diferentes movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários (PINHEIRO, 2009).

seja, em serviço hospitalar e serviço básico. Essa divisão traz de forma precária a assistência médico-hospitalar como prioridade, em detrimento da priorização das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO, 2016).

Esse projeto de saúde retoma o modelo médico assistencial privatista, e chancela de forma imediata os apelos da política de mercado, fazendo da política de saúde espaço de relação comercial de compra e venda de serviços fragmentados e precários para atender de forma restrita um determinado aspecto do processo da atenção e cuidado. Citamos como exemplo o número limitado de contratações de prestadores de serviços para atender a autorização de exames, consultas especializadas e internações hospitalares e outros encaminhamentos em saúde.

Essas ações têm se tornado cada vez mais consistentes na gestão da saúde pública brasileira, transformando-a num espaço de artimanhas e manobras imediatistas, e, principalmente, em mecanismos para eximir a responsabilidade do Estado em gerenciar e apropriar-se da prestação de serviços e ações em saúde de forma eficaz e inteiramente pública à população. O que leva à racionalização dos gastos públicos, com ajustes, cortes sociais e especialmente o desmantelamento das políticas públicas, cabendo ao Estado a tarefa de “garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado” (BRAVO, 2016, p. 101).

A redução dos investimentos nas políticas sociais recai diretamente na estruturação do sistema público de saúde, materializando-se na consolidação do projeto de saúde voltado para o mercado em resposta às expectativas do capital financeiro. E consolida-se em redução dos gastos no setor público e incrementação da refilantropização, ocasionando o sub-financiamento e desmonte nos avanços sociais preconizados no SUS.

Esses aspectos, traduzidos no cotidiano da população usuária, demonstram uma realidade social perversa de ataque ao direito à vida, onde milhares de cidadãos são esquecidos em infindáveis filas de espera. Em decorrência da morosidade do sistema e da sua precariedade, muitos cidadãos têm seu quadro de saúde comprometido e outros desvalidos da sorte de não serem contemplados na chamada de espera podem até entrar em óbito.

Outro aspecto que merece destaque nessa realidade de exclusão e perversidade é a precarização provocada pela ineficiência do Estado na dimensão macro política que não condiciona a sistemática do conjunto das políticas públicas

de saúde, com as ações políticas, econômica, trabalho, emprego, renda, educação, cultura e lazer.

Os limites provocados pela inércia do Estado nessas demissões políticas são estabelecidas de forma contínua, alocados na redução da regulação dos serviços assistenciais de saúde de baixa, média e alta complexidade, sistema de contrato deficitário, o que leva à diminuição de leitos hospitalares, consultas, exames, medicações, materiais e insumos precários, deficiência na organização dos serviços principalmente em abrangência multiprofissional, rede de atenção e cuidados desarticulados por falta de profissionais especializados, recursos financeiros inadequados e outras questões de negligência que historicamente fazem parte da saúde pública brasileira, o que resulta na total destituição do direito da população usuária do SUS.

Essas questões estruturais comprometem os avanços e a conquista do SUS como política social de proteção e justiça, e, sobretudo, representam o desmonte do ideário da reforma sanitária e a consolidação do projeto político do SUS, transformando a saúde pública em espaço da reutilização do modelo de saúde restrita e privatista, o que representa a destituição a um dos fundamentos idealizados na saúde pública, ou seja, o direito e a universalização. Segundo BRAVO (2016), o projeto do Governo para a política de saúde converge para as “concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra hegemônico” (BRAVO, 2016, p.102), fortalecendo a compreensão das políticas públicas de forma fracionada a alguns segmentos. Nesse panorama de restrição social, cabe ao Estado tão somente o papel de gerenciador de atendimento à saúde aos vulneráveis sociais, atendimento que por sua vez é precarizado e ineficiente.

Os valores solidários que pautaram as formulações da concepção de Seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema (BRAVO, 2016, p.107).

Essas questões subsidiam as políticas focalizadas, onde a via de acesso é contrária ao direito, cidadania e pluralidade, condicionando as políticas de intervenção ao grau de restrição socioeconômica, ou seja, permitindo o mínimo social aos pauperizados e aos que não atendem às exigências da sociedade de

mercado. Uma das lutas das esferas de controle social na área da saúde é a ampla defesa do SUS como política pública de direito, a qual deve atender de forma satisfatória e eficiente as múltiplas expressões que envolvem o processo saúde e doença.

De acordo com BRAVO (2016), a defesa do SUS e sua concretização como projeto da Reforma Sanitária na construção de uma política pública de saúde efetivamente democrática, alicerçada na justiça social, igualdade, descentralização, universalização e, sobretudo, em condições reais de cidadania à população, se estabelece como um processo de luta social em todas as esferas e representações da sociedade que não deve ser exaurida, mas sim um processo contínuo e permanente.

Como forma de fortalecer a concepção do SUS como conquista social e defender sua existência, no 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde ocorrido em Brasília, em junho de 2005, foram estabelecidas algumas propostas<sup>5</sup> em consonância com o movimento social que pregressamente vem lutando para a consolidação de um SUS real conforme suas prerrogativas Constitucionais, concebendo-o como patrimônio do povo brasileiro a ser sempre defendido.

### **1.2.1 Princípios e Diretrizes do SUS**

Outro aspecto que merece destaque na regulamentação do SUS como sistema de proteção social diz respeito aos princípios doutrinários que o configuram como um sistema público amplo de saúde. De acordo com as proposituras da Lei 8.080/90, a lógica da sua doutrina é estabelecida nas seguintes especificações:

Universalidade: todos têm direito ao atendimento sem distinções de cor,

---

<sup>5</sup> Definição de uma Política Nacional de Desenvolvimento que garanta uma redistribuição de renda de cunho social; Defesa da Seguridade Social como política de proteção social universal; Defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização; Retomada dos princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social mas, imediatamente, regulamentar a Emenda Constitucional 29; Cumprimento da deliberação do Conselho Nacional de Saúde “contrária à terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou outros mecanismos com objetivos idênticos; avançar no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde, com eliminação de vínculos precários (BRASÍLIA, 2005, 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde).

raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, devendo ter a resolutividade de acordo com suas necessidades, independentemente de ser contribuinte do sistema previdenciário.

**Integralidade:** refere-se à multiplicidade das práticas dos serviços interagidas com as diversas tecnologias, as ações devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura, no sentido de totalidade. As medidas devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e comunidade, indicando a prevenção e tratamento, sempre respeitando a dignidade humana.

**Equidade:** princípio da justiça social, distribuição dos bens públicos à sociedade, seguindo as necessidades diferenciadas de cada pessoa ou grupo.

**Descentralizado:** é entendida como uma redistribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre vários níveis de governo.

**Regionalizado e Hierarquizado:** os serviços de saúde devem estar dispostos de maneira regionalizada, pois nem todo o município consegue atender as demandas e as diversas complexidades. Os serviços de saúde devem estar organizados regionalmente obedecendo à territorialidade, formulando políticas condizentes com a realidade local.

Ainda na questão da hierarquia, a atenção está dividida em três níveis projetados de forma piramidal, caracterizados na atenção primária, secundária e terciária. Esses níveis de atenção estabelecem ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde com enfoque na promoção da saúde, ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

### **1.2.2 Aspectos estruturais do SUS: a sistemática do cuidado**

A estrutura social que contempla a sistemática do SUS enquanto política pública, bem como suas diretrizes, está revista nas diversas estratégias de intervenção da rede de atenção, cuidado e promoção à saúde, delineadas na estruturação da atenção básica e nos demais segmentos que formam a matriz do sistema e os níveis de atenção.

A sistemática do cuidado resulta na pluralidade dos mecanismos de atenção e promoção da vida, que o tornam um dos maiores sistemas públicos de saúde do

mundo. A base estrutural da legislação do SUS é construída a partir de parâmetros que proporcionam a viabilidade das ações compreendidas nas múltiplas dimensões da integralidade, sendo que o aspecto que o referencia na cobertura social está consagrado nos seus princípios doutrinários que se referem à universalidade, equidade e integralidade, seguidos da organização política e operacional apontadas na regionalização, hierarquização resolubilidade, descentralização participação dos cidadãos.

A articulação dessas complexidades sintetizam-se como projeto de atenção que deve promover a expansão das ações nas suas formulações, execuções e avaliações dos serviços prestados à sociedade com fulcro nos direitos sociais, e, como forma de concretizar os princípios doutrinários que pactuam o sistema de saúde, o Estado deve promover a integração das diversas instâncias políticas, econômicas e sociais, a fim de garantir a eficácia das estratégias de intervenção, as quais são estabelecidas nos planos plurianuais de saúde e as diretrizes definidas na esfera política da participação social instrumentalizadas na 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) dos segmentos municipais e estaduais

Nessa conferência, BRAVO (2016, p. 103) esclarece que os segmentos das esferas governamentais devem somar esforços e competências para o fortalecimento e efetivação das prerrogativas dos 10 eixos temáticos que são: 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, 2016).

Esses eixos articulados podem favorecer a ampliação e a discussão do processo saúde-doença e a eficácia das ações e serviços ofertados à população usuária, e, sobretudo, definir a saúde pública como processo e resultado das relações sociais e das categorias políticas que constroem o projeto de uma sociedade pautada na justiça social e cidadania, visando a “redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, Lei 8.080/90, §2,§1).

A promoção do cuidado está interligada aos níveis de atenção com as definições explicitadas em:

Nível primário: qualifica-se na atenção básica, devendo estar apta com recursos humanos e instrumentais técnicos operacionais para atender de forma integral a demanda para as possíveis referências aos demais segmentos de atenção e cuidado.

Nível secundário: basicamente localiza-se nos serviços dos centros de especialidades clínica e cirúrgica, segue com serviços assistenciais de apoio diagnóstico terapêutico, serviços de atendimento de urgência e emergência sendo de competência dos hospitais gerais e distritais.

Nível terciário é ocupado pela rede hospitalar, seja de caráter Municipal, Estadual ou Federal, centrado em média e alta complexidade.

Os níveis de atenção devem seguir a lógica circular associando a ideia de múltiplas alternativas de entrada e saída, no sentido de serem espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento da horizontalidade, ou seja, a hierarquia na atenção dos cuidados segue a lógica da igualdade, integralidade e direito, as tecnologias devem ser aplicadas conforme as complexidades.

Complementação da linha de cuidado: em prol da organização das ações e assistência ao cidadão, o poder público poderá celebrar a contratualização com segmentos e prestadores privados, preferencialmente com setores filantrópicos e sem fins lucrativos, por meio de contrato administrativo ou convênio, o que não descaracteriza a natureza pública dos serviços.

Racionalidade: as ações e serviços devem estar estruturados de acordo com as necessidades da população atendendo todos os níveis de complexidade.

Eficaz e eficiente: prestar serviços de qualidade para promoção e prevenção da saúde, com disponibilidade de recursos, eliminando o desperdício e fazendo com que os recursos públicos sejam aplicados da melhor maneira possível.

Participação Popular: o SUS é democrático porque tem mecanismos que asseguram direito e participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema: governo, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e principalmente dos usuários. Essa estrutura refere-se ao conceito de governança, pois transcende as instituições públicas, tem a proposta de articulação com os diversos atores da sociedade e organizações sociais visando o bem comum e garantia dos preceitos estabelecidos na legislação da saúde pública.

Esses dispositivos são mecanismos que podem oferecer aos gestores a regulação de serviços assistenciais e planejamento organizados em rede, de forma

regionalizada e hierarquizada, subsidiando os critérios de investimentos e recursos conforme a realidade social e perfil demográfico; buscando a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e a eficiência na rede de cuidado. Nesse sentido, a política pública de saúde está pactuada na análise das comissões intergestoras que são reconhecidas como:

uma inovação gerencial na política pública de saúde. Constituem-se como foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no Sistema Único de Saúde. Desta forma, fortalece a governança nestes espaços e prioriza a responsabilização dos entes de modo que a tomada de decisão na gestão tenha transparência, buscando o acesso integral a assistência à Saúde” (BRASIL, PORTAL DA SAÚDE, 2016).

A sistemática do SUS foi pensada como uma política pública de complexidade que articula vários instrumentos para efetivação de direitos individuais e coletivos, e para isso é de responsabilidade dos entes federativos a coparticipação e a viabilização dos recursos favoráveis e necessários, a fim de assegurar o que a legislação estabelece como direito inalienável à vida.

E como forma de pactuar forças em defesa da efetivação do SUS, as Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde, os entes Federativos juntamente com os espaços de controle social deliberativos do SUS, em 2006, engajaram forças para criação de um marco social dentro do projeto político da saúde pública designado como Pacto pela Saúde, com o objetivo de co-gestão, planejamento regional, qualificação, eficiência e responsabilidade em prol da integralidade, buscando a “cooperação técnica entre os gestores, propondo um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo” (CONAS, 2015 p.76).

Segundo o Conselho Nacional de saúde – CONAS (2015), o Pacto pela Saúde estabelece três dimensões que deverão ser defendidas e acordadas pela gestão e entes federativos no processo de organização das ações e serviços de saúde estabelecidos em: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão. Esses dispositivos referem-se a várias propostas de intervenção com mecanismos e iniciativas de prestação de serviços adequados, sistematizados em rede de cuidado com ênfase na saúde do idoso, redução da mortalidade materna e

infantil, prevenção de doenças endêmicas e tropicais como: dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza. Para o seguimento da linha de cuidado, as estratégias de intervenção deverão ser articuladas de forma multissetorial, tendo como instrumentos a mediação com várias categorias, perpassando a mobilização social, operadores institucionais, gestores e demais segmentos que atuam na promoção e desenvolvimento da questão saúde como um direito, cidadania e qualidade de vida.

A implantação desse Pacto, nas suas três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS - possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA Nº 399, 2006).

O processo de cuidado nos parâmetros do Pacto pela Saúde está referendado no fluxo assistencial e regulatório da atenção básica e nas diversas complexidades que a compõem como modelo de política de saúde preventiva. Para que essas ações sejam contempladas de forma ampla e integral, são necessários investimentos adequados em níveis econômicos, tecnológicos, capacitação e qualificação dos gestores e trabalhadores do SUS, tendo como eixo a dinâmica do projeto de educação permanente, fortalecimento do controle social, regulação de serviços estabelecidos, conforme perfil epidemiológico numa perspectiva de ações contínuas envolvendo todo o contexto social da sistemática da saúde, buscando a promoção da vida, e a prevenção de riscos, danos e agravos. Para que essas possibilidades tornem-se reais, necessárias é necessária a junção de todos os determinantes políticos, sociais e econômicos em benefício de um projeto social de valorização da vida humana.

A lógica de existência do SUS traz a construção de uma dinâmica de cuidado que possibilita vários diálogos, que transcendem a individualidade dos casos para a amplitude da coletividade. As estratégias que formam a política de saúde devem ser caracterizadas a partir das expressões sociais construídas cotidianamente, ou seja, deve estar em consonância com a necessidade epidemiológica. Dessa forma, regular serviços e ações que atendam a situação de

saúde da população usuária contribui com o fortalecimento do direito sanitário, e com os fatores das várias categorias que possibilitam a transformação da saúde coletiva, servindo como viés de análise da saúde pública como um dos processos que podem interferir no debate das problemáticas sociais, econômicas, territoriais, políticas, tecnológicas e demais interlocuções que envolvem a discussão efetiva das políticas públicas como direito e interface com a justiça social.

Para D'ávila e Saliba (2016) “a perspectiva dessa análise fundamenta-se no pressuposto de que os sistemas de saúde fazem parte da dinâmica de uma sociedade, podendo influenciá-la e serem influenciados por ela” (D'ÁVILA E SALIBA, 2016, p.17). Essa perspectiva está balizada nas discussões que fomentaram o processo de mobilização social que antecedeu a conquista e implantação do SUS, e legitima a luta pela reforma sanitária, traduzida na concepção de saúde pública. Trata-se de uma questão coletiva que envolve as condições de vida trabalho e demais arcabouços sociais essenciais para vida.

A inserção da prerrogativa social nos parâmetros da saúde pública constitui avanço memorável, principalmente quando se pensa no conjunto do processo de trabalho da saúde e nas políticas destinadas à proteção social. Porém, os desafios para que o SUS se torne real às suas premissas e diretrizes ainda são gigantescos, pois estamos inseridos historicamente num modelo de sociedade que minimiza os investimentos sociais, incentiva as práticas sanitárias nos padrões médicos-hegemônicos, e que reforça as “contradições existentes, dentre as quais constam a demanda reprimida, exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual” (COSTA, 2016, p. 311).

Como enfrentar essas situações que permeiam a luta em defesa de uma saúde pública de excelência em todos os aspectos assegurados nos preceitos constitucionais? Entendemos que uma das possibilidades de enfrentamento desses desafios está na força política e social dos espaços de controle social que defende o SUS, como é o caso das ouvidorias dos conselhos de saúde, e por meio dos seus condicionantes de atuação e luta para efetivação dos direitos e serviços previstos no SUS.

Os espaços coletivos de controle social foram concebidos como ferramentas importantes de discussão e mediação política com os agentes públicos, com a perspectiva de transformação dos entraves na efetivação dos direitos, e, nessa

prerrogativa, retrataremos no próximo capítulo a importância do controle social na saúde pública como Instrumento de luta em defesa do SUS.

## 2. LUTAS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

A participação política reveste-se de vários mecanismos sociais garantidos pela Constituição de 1988, podendo ser obtida pelos dispositivos da própria legislação, que possibilitam a mescla da representação e participação.

Nesse contexto, a participação caracteriza-se como capital político estratégico que deve ser articulada pela representação nos espaços de controle social, formatados por intermédio dos dispositivos públicos deliberativos e participativos como: fórum de debates, audiências públicas, conferências e demais instrumentos que podem viabilizar a voz do cidadão na discussão e defesa dos direitos e condução das políticas públicas e “contribuir decisivamente para avaliar o desempenho político administrativo do gestor na implementação da política pública” (LYRA, 2016, p. 29), portanto, torna-se um real valor em defesa da sobrevivência da efetiva democracia representativa na garantia dos direitos e na movimentação da máquina pública em suprir os interesses e necessidades da população.

A transformação social somente poderá vir pelos mecanismos da própria democracia, tornando-a assim um valor político que contribui com a capacidade humana de construir e reconstruir a incessante luta em busca da cidadania. Lyra (2016) enfatiza a importância desse processo por intermédio dos espaços de participação, mesmo que deficitários, tendo em vista que por mais remotos que tais mecanismos sejam ainda podem representar possibilidades de mudanças aos mais longínquos territórios brasileiros, podendo ser a:

verdadeira revolução cultural que pode significar a instalação de conselhos, em pequenas cidades do interior, onde a política só é praticada por notáveis. Mesmo se inicialmente despreparados, e facilmente manipuláveis, a *práxis* política dos representantes da sociedade poderá, com o tempo, gerar elementos tendentes a favorecer a conscientização, e, conseqüentemente, maior autonomia à sua participação. Em segundo lugar, a presença de entidades da sociedade nos conselhos confere, *ipso facto*, maior transparência à administração. Tal presença amplia, potencialmente, as chances de se inibir a corrupção; pode favorecer uma mais justa alocação do fundo público e contribuir para um menor desperdício e mais eficiência nos serviços prestados (LYRA, 2016, p.18).

Deste modo, a participação social pode ser caracterizada como um estágio mais avançado da democracia. Essa possibilidade pode ser pluralizada nos

mecanismos de participação e controle social, servindo de sustentação para a luta coletiva na incessante busca por uma sociedade com justiça social, diante das arenas perversas, orquestradas pelo jogo do poder e balizadas atualmente por um governo ilegítimo que não representa os canais da democracia direta.

É importante destacar que o estado brasileiro vem acentuando de forma célere a legitimação da desigualdade social e econômica com uma relação de poder perversa que tributa e expropria direitos em benefício das potências neoliberais, que, condicionadas pela relação de mercado, potencializa a exploração, fortalecendo as bases econômicas daqueles que detêm o poder de acelerar a política de mercado.

Apesar da Constituição de 1988 prever a plena democracia, as lacunas estruturais existentes advindas de um processo histórico de segregação em todos os níveis, com vícios políticos e econômicos tendenciosos em atender o capitalismo e sua manutenção, vêm favorecendo há décadas uma realidade de miséria social e retrocesso de direitos a uma grande parcela do povo que, alijada do poder e da Lei de mercado, os quais são lembrados tão somente no momento de validar a estrutura eleitoreira de poder, que está permeada por vícios da cultura de corrupção em benefício do eu próprio, subsidiados pelos interesses privados e pessoais de determinadas classes de poder, e isso nos remete de imediato à controvérsia da democracia Ateniense.

Ao analisar as lutas e as mobilizações sociais desencadeadas no Brasil pelas diferentes forças sociais e políticas, durante as décadas de 1970/80, visando abolir o regime autoritário que vinha se impondo desde 1964 e a democratização do Estado, Raichelis (2009, p. 14) ressalta que:

O que está em discussão é a própria concepção de democracia, vista não apenas como um conjunto de procedimentos e normas que regulam a participação do cidadão na vida político-institucional do país, mas principalmente como reconhecimento da dimensão dos direitos como fundamento das novas leis e instituições democráticas a serem criadas.

O debate atual sobre o tema do controle social tem sua gênese no contexto político dos anos de 1970/1980, durante o enfrentamento da ditadura que se instalou a partir de 1964, no processo de transição democrática no Brasil (RAICHELIS, 2009). Porém, o controle social como instrumento de efetivação de participação popular no processo de gestão político-administrativa, financeira e técnico-operativa,

com caráter democrático e descentralizado, somente foi assegurado a partir da Constituição Federal de 1988. Dentro dessa lógica, o controle do Estado é exercido pela sociedade na garantia dos direitos fundamentais e dos princípios democráticos balizados nos preceitos constitucionais.

A perspectiva de controle social inscrita na Constituição Federal enfatiza a participação dos setores organizados da sociedade civil, especialmente dos trabalhadores e dos segmentos populares, na elaboração e implementação das políticas públicas, propondo novas relações entre os movimentos sociais e a esfera política institucional.

Bulla e Leal (2006) referem que os segmentos que compõem a representação da sociedade civil, pelo protagonismo que desempenham no processo de democratização da sociedade, têm um importante papel de desempenho nesses espaços. Para tanto, o envolvimento dos segmentos sociais nos espaços privilegiados do exercício do controle social tem o protagonismo da sociedade civil como fundamental para a continuidade e ampliação das políticas sociais. Ao enfatizar o protagonismo da sociedade civil nas instâncias de controle social, Bulla e Leal (2006, p. 5) afirmam:

Entende-se também que os segmentos que compõem a representação da sociedade civil, pelo protagonismo que desempenham no processo de democratização da sociedade, têm um importante papel a desempenhar nesses espaços. Parte-se do pressuposto que, independentemente das posições assumidas pelo representante governamental e do comprometimento do governo com as políticas sociais, cabe à sociedade civil o papel de desenvolver uma atuação crítica nos conselhos, de modo a garantir a defesa de interesses da parcela da população brasileira que se encontra excluída.

Correa (2000, p. 67) ressalta que na teoria política, o significado de controle social é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos diferentes a partir de concepções de Estado e de sociedade distintos. “Tanto pode ser empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado”.

Para Raichelis (2000, p. 04), é nesse contexto que “origina-se o debate sobre as políticas sociais na perspectiva da descentralização da gestão, da universalização do acesso e da sua democratização, através da participação popular na sua definição, gestão e monitoramento”. As lutas de vários atores sociais foram

de suma importância para a conquista dos espaços de controle social da política pública como instrumento de democratização do Estado.

Segundo Raichelis (2007), o tema do controle social não é um elemento novo e tem relação com o surgimento do estado capitalista. Do ponto de vista histórico, a categoria controle social foi entendida inicialmente como controle do Estado e dos setores dominantes sobre os cidadãos. Nessa perspectiva, observa-se o papel do Estado na economia capitalista, criando formas de controle social para estabelecer o consenso social, com aceitação do capital e seus efeitos na sociedade pelos sujeitos que o vivenciam. No entanto, na década de 1980, com a efervescência da sociedade civil, a questão da participação popular na esfera estatal como uma dimensão do controle sobre o Estado ganha espaço na agenda dos movimentos sociais do período, que passaram a reivindicar a criação de espaços de participação da sociedade civil como mecanismo de democratização que legitima a relação estado e sociedade e do próprio estado.

Na análise de Yaakoub (2005), os conselhos ocupam lugar privilegiado como instâncias de deliberação e controle democrático sobre as políticas públicas. A referida autora parte da concepção de que o termo controle social, empregado para o controle que o Estado exerce sobre a sociedade, também pode ser utilizado de forma inversa. Baseando-se na concepção Gramsciana, segundo a qual nesses espaços há a presença de diversos atores e interesses variados que, dependendo da correlação de forças e do estabelecimento de alianças, podem construir novas tendências hegemônicas numa perspectiva democrática ou não, Yaakoub (2005) utiliza a categoria controle democrático ao invés de controle social.

Para Campos (2007), o exercício do controle social na sua dinâmica se expressa por meio de um conjunto de ações complexas, permeadas, por três dimensões distintas e indissociáveis, estabelecidas em: política, técnica e ética. A dimensão política está relacionada à capacidade da sociedade civil de se mobilizar para intervir na gestão das políticas sociais, através da participação nas conferências, fóruns, entre outros espaços deliberativos. A dimensão técnica se concretiza por meio de conhecimento nas áreas administrativas, contábeis e de outras competências que permitem a participação da sociedade civil no processo de acompanhamento, fiscalização e avaliação da prestação de contas, na avaliação e proposição de diretrizes para o desenvolvimento da política de assistência social; a dimensão ética do controle social diz respeito ao compromisso com a redução da

desigualdade social, com a promoção da justiça social e a cidadania da população que se encontra em situação de vulnerabilidade social.

Os conselhos de caráter democrático, descentralizado e participativo têm como principal atribuição o exercício do controle social que demanda aos conselheiros formação política, técnica, valores éticos e princípios contidos na política de assistência social, de forma a assegurar as condições necessárias para o acompanhamento, fiscalização, avaliação e construção da política de assistência social de forma crítica, conforme a perspectiva assegurada no seu estatuto jurídico-político e teórico. Ao apontar as principais ações desenvolvidas durante o exercício do controle social, Pinheiro (2008, p. 61) afirma:

Nesse sentido, pode-se afirmar que o controle social se realiza, entre outros, por meio das ações de acompanhamento, avaliação, visitas, monitoramento ou solicitações de informações e pode se desdobrar em ações deliberativas, propositivas ou de fiscalização.

A aprovação e a criação das instâncias de controle social na década de 1990 permitiram a participação da população nos canais que consentiam com o exercício do controle social, através da descentralização político-administrativa para os estados e municípios. Para tanto, a responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal na concretização das políticas sociais é de fundamental importância. Nesse sentido, afirma Pinheiro (2008, p.56):

Assim, a participação e o controle da política – chamado de controle social – passam a ser questão de princípios, deveres constitucionais, e não apenas opção política de um ou outro governo e deve ocorrer por diversos meios. Os Conselhos e as Conferências são canais privilegiados para tal exercício.

As instâncias de controle social como os conselhos e as conferências são os espaços mais divulgados para a população exercer o controle social, no entanto, o controle também pode ser exercido em outros ambientes como as audiências públicas e os fóruns populares, entre outros. A divulgação das instâncias de controle social para a sociedade é de grande relevância para o exercício da democracia participativa, como afirma Pinheiro (2008, p. 56):

O Controle Social sobre as ações do Estado possui dimensão maior que apenas um, dois, ou mais canais institucionalizados. Movimentos sociais, sindicato, organizações de categorias profissionais, entre

outros, também são importantes e fundamentais instrumentos do debate democrático e que exercem no sentido amplo controle social.

Em relação à política de saúde, o movimento pela Reforma Sanitária representa um marco histórico da luta social pela transformação da saúde, os ideais defendidos nesse movimento, foram sistematizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a luta social resultou na criação da Lei Federal 8.080/90, que instituiu o SUS e “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, GP, lei nº 8.080, 1990, s/p).

## 2.2 AS LUTAS SOCIAIS POR SAÚDE PÚBLICA

Revisitando alguns aspectos históricos da participação social em defesa da política pública de saúde, verificamos que os movimentos sociais dos anos de 1970 e 1980 foram os grandes precursores da participação coletiva na perspectiva de transformação social no campo das políticas públicas. A defesa da saúde enquanto política pública de Estado fazia parte das reivindicações dos diversos movimentos sociais do período. Faziam parte da militância estudantes, mulheres, moradores, comunidades eclesiais de base e diferentes grupos de profissionais que lutavam pela democratização do país.

A possibilidade de transformação social pelo movimento popular fez com que a reforma sanitária se configurasse como uma arena de luta em contraposição às estruturas dominantes. A resposta às lutas sociais veio com a Promulgação da Constituição de 1988, que referendou a sistematização de uma política de saúde compreendida através dos preceitos de cidadania e direito social assumida e regulada pelo Estado através de políticas públicas.

Santos (2013) afirma que a questão da saúde ganhou visibilidade e agenda pública, a partir do momento em que o debate foi impulsionado pelos movimentos sociais, favorecendo outras lutas e reivindicações que defendiam os direitos sociais, o fortalecimento do setor público e serviços essenciais para sobrevivência. Nas palavras de Santos (2013), a ampliação do debate “deixou de ser interesse apenas de um determinado segmento da população para assumir uma dimensão política com vínculos estreitos ao debate da democracia” (SANTOS, 2013, p. 236).

A universalização da saúde foi uma das primeiras metas defendidas com o objetivo de aprofundar a consciência sanitária e assegurar a inclusão das demandas

na agenda governamental, bem como garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias na área, transpondo as restrições setoriais do mérito contributivo para inserção universal da coletividade por meio de um sistema de saúde com ações circulares, ou seja, compartilhada com todas as políticas públicas numa perspectiva de integralidade, levando “a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço das práticas institucionais” (TEIXEIRA, 1989, p. 50-53), representando o compromisso do poder público com a implantação de uma agenda social respaldada pelo direito, igualdade, justiça social e universalidade de acesso.

Para Carvalho (2007), a mobilização dos profissionais da saúde foi fundamental na solidificação e defesa da agenda reivindicatória dos movimentos sociais no quesito saúde, cuja pauta alinhava-se à concepção de que a saúde é influenciada e definida pelos aspectos sociais, políticos, econômicos e pela participação da comunidade. Defendiam que a saúde pública deveria ser estruturada a partir desses determinantes, servindo de espaço político para comunidade atuar como sujeito de direito, e nessa mesma perspectiva deveria ser organizado o modelo de saúde, transpondo as limitações dos aspectos da doença e da medicina previdenciária, a um modelo mais amplo e social, conferindo a importância da prevenção e promoção da saúde na atenção básica.

Para Costa e Vieira (2013), outro aspecto que contribuiu para a implantação da participação social na saúde pública foi a Declaração de Alma-Ata 1978<sup>6</sup>. Essa Declaração representou um marco no campo da saúde, trazendo para o debate aos países membros das Nações Unidas o compromisso de saúde para todos até o ano 2000, provocando mudanças no próprio conceito de saúde, que passou a ser concebido numa perspectiva de integralidade, agregando o contexto social do indivíduo, na sua coletividade e aspectos biopsicossociais, desvinculando a questão saúde da ausência de doenças, mas como um direito humano inalienável que se completa na sua totalidade em bem estar físico, mental e social.

Para que essa nova concepção de saúde tivesse alguma possibilidade de tornar-se real, as esferas organizativas da saúde pública passaram a investir em

---

<sup>6</sup> Visando atender às metas e objetivos estabelecidos em Alma-Ata, foram articulados vários termos de cooperação entre as diferentes esferas de saúde e diversos segmentos sociais com o intuito de promover a participação da comunidade, vinculando o entendimento da comunidade de que os serviços de saúde somente seriam ampliados com o engajamento de todos, principalmente com a participação da população mais vulnerável.

campanhas de educação em saúde para as comunidades. O eixo principal das ações desenvolvidas era trazer a comunidade para a discussão do processo de construção do projeto de saúde social. Entendia-se que os determinantes sociais, bem como a participação social e comunitária, deveriam ser considerados fatores preponderantes para o planejamento da saúde.

O fortalecimento da participação social na construção do novo projeto de saúde pública era idealizado como possibilidade mais plausível de rompimento com a setorização da saúde, que respondia de imediato aos interesses do modelo liberal privado, sendo que a meta principal estabelecida por esse modelo vinculava-se à estratificação dos serviços de saúde em três divisões viciosas: imediatividade, curativismo e visão hospitalocêntrica, ou seja, o modelo de atenção em saúde estava direcionado à mercantilização, limitado no atendimento da doença e investimento da medicina privatista previdenciária.

A proposta de mudança estava vinculada à concepção que buscava transformar a saúde pública em espaço de participação coletiva, para além do tratamento das enfermidades, mas, em possibilidade de inserção política e de cidadania. Traduzindo-a como espaço de reflexão das relações sociais, interação das políticas públicas e sociais, e, sobretudo, estabelecer como prática de saúde as deliberações educativa, preventiva, privilegiando a atenção primária e a saúde comunitária.

Para isso, as diversas categorias que integravam o movimento que buscava a transformação da saúde pública fortaleciam a defesa da reforma sanitária, articulando-se com vários grupos sociais engajados no processo de luta pela democratização do país, e com essa mesma perspectiva tencionavam o debate político sobre o papel do Estado enquanto agente precursor das políticas.

Nesse sentido, as categorias que estavam apoiadas pelos anseios da comunidade ocupavam “lugares estratégicos dentro e fora das instituições de governo como objetivo de influenciar e promover a reorganização do Estado e a reforma do sistema de saúde” (COSTA E VIEIRA, 2013, p.241). A inserção da participação social nas bases governamentais representava possibilidade de garantia de direitos sociais e ampliação da proteção social. Esperava-se, com a participação popular, pressionar as bases governistas e os legisladores da saúde na ressignificação da concepção de saúde e na construção de um sistema de proteção social balizado pelo Estado de forma ampla e eficiente.

A participação coletiva como proposta de luta e transformação social não é uma questão absoluta e linear, pois a inclusão no processo democrático geralmente está pautada nos parâmetros que seguem uma lógica construída nos aspectos históricos de uma determinada realidade, essas por sua vez refletem as diversas construções sociais, que, via de regra, são controversas e podem interferir diretamente nas propostas e direcionamento das questões que impulsionam a dinâmica da coletividade no sentido de passividade e ou posicionamento frente à perversidade do sistema político e social.

Os ranços históricos da resistência do Estado em ceder às pressões das classes populares, podem contribuir com a escassez das expectativas de transformação e enfrentamentos sociais diante das desigualdades econômicas e do próprio sistema político. É possível que uma das formas de potencializar a discussão em busca da (re) construção seja o contínuo processo de avivamento do debate em torno das temáticas sociais, e intervenção nas questões políticas, fiscalização da gestão, dos recursos econômicos e suscitar sempre a prevalência das conquistas e avanços sociais, pois o processo de participação é:

[...] diverso e nem sempre retilíneo em relação aos avanços esperados dependente das decisões e atitudes das instituições e de uma sociedade ativa e propositiva. Identifica-se a confluência de dois projetos políticos distintos acerca da participação social no país que têm em comum a expectativa sobre a presença ativa da sociedade. Um é o projeto neoliberal que busca garantir o Estado Mínimo, diminuindo a sua presença e transferindo responsabilidades, principalmente da área social, para a Sociedade Civil. O outro é o projeto político que nasce da luta contra a ditadura militar, que nos anos 80 se mobiliza pela redemocratização do Estado, propondo a participação da sociedade nas tomadas de decisão. Nessa perspectiva, a participação social se aproxima do conceito de “cidadania ativa”, ou seja, aquela que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, especialmente como criador de direitos para abrir novos espaços de participação política (BENEVIDES1994, apud COSTA e VIEIRA, 2013, p.245).

Segundo Costa e Vieira (2013, p.245), a proposta de participação social no Brasil foi identificada em dois projetos políticos contraditórios. O projeto neoliberal e o projeto político democrático construído na luta contra a ditadura militar. O primeiro se estabeleceu como organização política gerencial de garantia do Estado Mínimo, diminuindo a presença do Estado na questão social “e transferindo responsabilidades, principalmente da área social, para a sociedade civil, além de

inibir a participação coletiva dos agentes políticos na perspectiva do direito e cidadania”. O segundo projeto enfatiza a coletividade negada pelo primeiro, conferindo aos sujeitos sociais o protagonismo na condição de sujeitos políticos de direitos, numa perspectiva macro de democratização e atendimento incondicional dos interesses públicos e ampliação do Estado no sistema de proteção e justiça social.

Costa e Vieira (2013) explicam que apesar de esses dois projetos terem como base de sustentação a participação da sociedade, suas disparidades seguem uma complexidade de discurso que não se limita apenas ao desvelamento do significado do conceito divergência, mas, sim, na camuflagem do verdadeiro significado do conceito perversidade, esta será determinante nos procedimentos e mecanismos institucionais e nomeia a crise provocada pelo antagonismo desses projetos, como questão que atravessa a própria história e a contemporaneidade. Designa essa desigualdade como confluência perversa<sup>7</sup>, ressaltando que a diferença da participação social desses dois projetos merece ser bem marcada, pois:

Se de um lado a participação deveria ter o papel muito mais incisivo tanto de formulação de políticas públicas e no fomento à participação política de atores historicamente excluídos, o modelo neoliberal dá outro significado ao restringir a participação da sociedade à implementação e execução de ações e programas vinculados às políticas públicas. No contexto das diferenças, no primeiro caso um dos objetivos é trazer a sociedade às arenas de participação e à prática da política, enquanto o modelo neoliberal ressignifica extraíndo o caráter político da participação, transformando-a em “participação voluntária”, perdendo, dessa forma, a oportunidade do debate político (DAGNINO, 2004, apud COSTA e VIEIRA, 2013,p.246).

A limitação da intervenção do Estado na implementação e formulação das políticas públicas, em um contexto de política de redução de gastos sociais, fragiliza a presença social nos espaços institucionais, desvinculando o projeto de

---

<sup>7</sup>Essa crise discursiva resulta de uma confluência perversa entre, de um lado, o projeto neoliberal que se instala em nossos países ao longo das últimas décadas e, de outro, um projeto democratizante, participativo, que emerge a partir das crises dos regimes autoritários e dos diferentes esforços nacionais de aprofundamento democrático. Essa confluência e a crise que dela se origina são particularmente visíveis no Brasil, embora me pareça possível defender a ideia de que, com diferenças de intensidade, considerando os diferentes ritmos e modos de implementação das medidas neoliberais e dos processos democratizantes nacionais, este cenário é compartilhado por muitos dos países da América Latina (DAGNINO, 2004, p.140).

participação enquanto mecanismo de transformação político-social, o que provoca agravamento da crise social e a ampliação da presença das organizações da sociedade civil de cunho filantrópico e as parcerias solidárias com o Estado na execução das políticas sociais, confluindo a participação a uma falsa comunhão de interesses em favor do bem comum.

Nesse contexto, há uma expressa divergência de interesses, pois o Estado concebe a participação como mecanismo político de alinhamento à perspectiva neoliberal, com cerceamentos de direitos e de transferência das responsabilidades sociais e econômicas que seriam do poder público à população, incentivando, dessa forma, a coesão difusa que reforça:

A comunhão de interesses entre sociedade civil e governo na adoção da modalidade de parceria, incentivada como mecanismo de participação social, inspirada na reorganização neoliberal da intervenção do Estado no campo social como estratégia para a busca de maior igualdade, equidade e eficiência (COSTA e VIEIRA, 2013, p.246).

A confluência perversa baliza o contingenciamento no sistema de proteção social, e, sobretudo, o cerceamento da política pública de saúde nos aspectos da universalidade, integralidade e política de direito social, além de vislumbrar uma falsa coesão dos interesses do Estado e sociedade. Na contramão desse processo de conversão dos interesses coletivos ao crivo do interesse da governança, na década de 1990 é criado o conselho de saúde<sup>8</sup> enquanto mecanismo político de representação e controle social na gestão. No decorrer da década de 90 e dos anos 2000, tornou-se uma das principais ferramentas em defesa do Sistema Único de Saúde. Os conselhos de saúde são instrumentos que visam contribuir no processo de transformação na política pública de saúde, bem como

participar da discussão das políticas de saúde, tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura, e onde se manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de

---

<sup>8</sup> Sua criação tem como base a Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990, que estabelece em seu art. 12 a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de articular as políticas públicas relevantes para a saúde. Entretanto, é a Lei n.º 8.142/1990 que dispõe sobre a participação social no SUS, definindo que a participação popular estará incluída em todas as esferas de gestão do SUS., legitimando assim os interesses da população no exercício do controle social (BRASIL, 2009).

recursos para diferentes prioridades (BRASIL, COANASS, 2011, p.27).

### 2.3 O CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

A expressão controle social na saúde destacou-se com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que preconiza a participação social na gestão das políticas sociais, visando resguardar a condição de igualdade e liberdade e de direito dos cidadãos na construção de mecanismos que visam à coletividade e gestão que fortalece as bases democráticas do Estado, e solidifica-se em “mecanismos da democracia representativa e da democracia participativa. Nessa perspectiva, trata-se de espaços não somente de inclusão e de igualdade, mas especialmente, de promoção de autonomia dos atores sociais” (COSTA E VIEIRA, 2013, p. 237).

A estruturação do modelo participativo em saúde balizado pela Constituição de 1988 utiliza-se dos moldes democráticos representativos através da escolha de representantes apreciados em processo eleitoral. A relação construída nesse processo deverá ser dinâmica no sentido de criar instrumentos políticos de participação que favorecem a ação dos representados no espaço público, ampliando a representatividade enquanto espaço das expressões, anseios e posicionamento político, na perspectiva de privilegiar a capacidade dos indivíduos e grupos sociais de organizarem-se coletivamente e interferir no processo de construção política do Estado. Essas intervenções podem acontecer por meio de mecanismos deliberativos como os conselhos de direitos, fóruns, conferências e demais estratégias estabelecidas no processo de representação e controle social.

Os espaços de controle social, dentre os quais os conselhos, conferências, fóruns e audiências públicas possibilitaram a presença e o debate da sociedade nas decisões relacionadas às políticas públicas no âmbito estatal. Quanto à sua estrutura organizativa, os conselhos tem composição paritária entre seus representantes, e orienta-se pela lógica da liberdade de expressão na condução da tomada de decisão na perspectiva da preservação dos direitos individuais e coletivos.

Correa (2012) ressalta que a partir da Constituição de 1988, os mecanismos de participação do cidadão na construção das políticas públicas foram estabelecidos

como "controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido de, cada vez mais, atender aos interesses da maioria da população" (CORREA, 2012 p. 01). Os espaços de controle social caracterizam-se como possibilidades de discussão de novas perspectivas no planejamento de políticas públicas, visando ampliar direitos e assegurar serviços adequados aos usuários das políticas sociais. Os espaços de controle social também podem ser uma das estratégias de participação dos usuários no processo de organização sistemática das ações e serviços, favorecendo a mediação do cidadão com a gestão, principalmente na formulação de possíveis soluções e questões relacionadas ao planejamento da saúde pública. Colabora com as ações orientadas pelos parâmetros estabelecidos no SUS em favor da universalidade, direito e qualidade dos serviços prestados à população.

Os principais instrumentos para exercer o controle social são os mecanismos de participação popular, materializados pelas conferências de saúde, conselhos gestores paritários de caráter deliberativo, ouvidorias, fóruns e demais espaços de ação pública. Todavia, o "controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde" (BRASIL, 9ª Conferência Nacional de Saúde de 1992 – CNS, 1992). A prerrogativa da participação dos vários segmentos societários tem a intenção política de aproximação das forças sociais para reflexão, avaliação das políticas públicas e do papel do Estado como agente executor desse processo de intervenção.

Desde a implantação da Lei 8.142, os movimentos organizados na esfera da saúde pública têm-se fundamentado em ações de resistência e luta contra as políticas de contrarreforma alinhadas ao projeto de Estado mínimo na efetivação dos direitos sociais e Estado amplo para os incentivos do capital. Nesse contexto, há uma forte pressão do sistema político econômico de enfraquecer os espaços de participação coletiva ao pretexto da ordem do Estado como na década de 1940, quando as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde seguiam a pauta do gestor e a participação era unilateral, ou seja, "verificava-se apenas a participação de autoridades públicas de saúde, especialmente representantes dos governos" (LIMA, 2003, p. 84). A participação instituída visava sustentar a manutenção do poder governamental e controlar o financiamento da saúde, não se admitindo a

discussão ampla da situação da saúde pública, tampouco o sistema democrático de gestão.

O modelo de conferência como espaço restrito do governo somente foi alterado na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)<sup>9</sup> em 1986, descrito em um texto que expressava um novo eixo para a história da saúde pública no Brasil. O projeto de reforma sanitária deu significado para criação de um sistema de saúde democrático, assegurado como política pública e direito de todos os cidadãos, que deve ser sustentada e financiada pelo Estado e fortalecida pelos mecanismos de controle social.

Bravo e Correia (2012) apontam os desafios a serem enfrentados pelos mecanismos de deliberação política nas várias vertentes de atuação do controle social, ressaltando que a questão principal da luta democrática é a defesa de uma saúde pública de qualidade regulada pelo Estado em todos os aspectos necessários para sua existência. A defesa intransigente de uma saúde pública de eficiência, direito, e financiada integralmente pelo Estado é pressuposto que Bravo e Correia (2012) entendem que deve fazer parte das ações de controle social, traduzindo-se na luta contra a privatização e a mercantilização da saúde pública; e pela defesa incondicional de uma saúde pública universal e eficiente transformando os espaços de controle social em:

Desafios estratégicos para resistir aos interesses do capital dentro do SUS, ou seja, a saúde como fonte de lucro, 'coração do capitalismo', e denunciando os interesses do capital que sabotam o SUS, em nome da defesa do SUS. Têm se constituído em espaços que congregam setores da esquerda para fortalecer estratégias anticapitalistas ao enfrentar a privatização da saúde pública (BRAVO e CORREIA, 2012, p.140).

---

<sup>9</sup>Ao longo dos quarenta e cinco anos de história deste evento, pela primeira vez conta-se aqui com representação maciça da sociedade civil, através dos seus sindicatos e associações, partidos políticos e entidades de representação de moradores. Isto é um avanço significativo em relação às conferências anteriores, quando havia predominância quase absoluta dos próprios formuladores da política oficial, sustentando discussões fechadas, cuja eficácia se podia aferir no precário quadro institucional de assistência que herdamos e nas deprimentes condições de saúde da população, traduzidas em indicadores sociais que não condizem com o estágio de crescimento econômico de modernização tecnológica do país, mas que sobretudo nos atinge, a nós, na nossa consciência e na nossa ética profissional (BRASIL, 1987. p. 19).

Para isso, as bases e os mecanismos de manifestação social como as ouvidorias de controle social devem alinhar forças que retratam as dificuldades operacionais desse sistema e denunciar os graves ataques engendrados pela classe econômica dominante que frequentemente investem medidas políticas e econômicas que atingem diretamente o sistema único de saúde, sistema esse que Bravo e Correia (2012) consideram como um patrimônio do povo brasileiro.

O Estado, como forma de incentivar a mercantilização da saúde pública, vem negando a efetivação dos condicionantes legais que contemplam o projeto político do SUS, que estabelecem a ampliação dos níveis de cuidado, geridas a partir da junção das políticas públicas as quais devem garantir as condições necessárias para a vivência humana, a qual é orquestrada a partir das políticas de habitação, educação, segurança, trabalho, renda e demais categorias necessárias para vivência social, e partilha dos bens socialmente produzidos, pois o conceito da saúde integrada exige mudanças no conjunto da sociedade, enfrentamento das desigualdades econômicas e sociais, transformações societárias radicais. Empreende a luta pela saúde com vistas a outra sociabilidade para além da capitalista (BRAVO e CORREIA, 2012, p.146).

Os espaços de manifestação social como os mecanismos de controle social podem ser ferramentas de contraposição a desproteção social a qual vem sendo severamente investida pelo projeto político do Estado neoliberal, através da redução dos direitos e das políticas sociais arduamente conquistadas num cenário de luta e resistência popular. Nas últimas duas décadas, o governo brasileiro vem gradativamente se desfazendo das conquistas da universalização dos direitos e da garantia das políticas públicas reguladas e financiadas pelo Estado.

O projeto político do governo de redução dos investimentos sociais tornou-se, nos últimos anos, a única possibilidade de governar o setor público, e consolida a limitação da intervenção do Estado nas expressões da questão social, privatizando e subfinanciando os serviços públicos, e cada vez mais comprometendo o orçamento e a implantação das políticas sociais, principalmente as que se destinam na resolutividade, universalidade, equidade e justiça social.

Ao analisar a precarização dos investimentos sociais, Pereira (2013) ressalta que na perspectiva neoliberal o sistema de proteção social está submetido à lógica da lucratividade e flexibilidade do mercado e o Estado intermedia essa relação de forma tendenciosa aos interesses do capital privado, conduzindo as políticas

públicas, principalmente as que se referem à proteção social não como direito, mas como mérito associado ao poder de consumo, ou seja, “num grande e lucrativo mercado de compra e venda de serviços sociais crescentemente privatizados e de uma força de trabalho profissional submetida aos caprichos e azares de seus desígnios” (PEREIRA, 2013, p. 650).

Nesse cenário de destituição de direitos e de acirramento das desigualdades sociais, a esfera governamental opera com os mínimos sociais cada vez mais restritos, levando a drásticas reduções dos investimentos públicos na área do bem-estar social, cortando gastos sociais e transferindo serviços para o setor empresarial, fortalecendo a política de privatização, o discurso neoliberal em defesa da liberdade do mercado, da ampla concorrência nos serviços privados de saúde. E para a população pauperizada, impedida de ingressar no processo do livre mercado, o Estado designa os serviços residuais.

O modelo político neoliberal tem como consequência a restrição das conquistas e direitos sociais. As ações políticas nos mecanismos públicos de participação social podem ser um viés de luta e contraposição ao modelo de Estado restritivo. Raichelis (2000) considera que o movimento do controle social é um dos elementos que podem intervir no percurso das decisões e contradições do público e privado, sendo que as interlocuções formatadas nessas discussões podem tencionar a sobreposição dos interesses coletivos frente às arbitrariedades do poder público, fazendo com que as várias representações sociais assumam:

A tarefa de mediação entre a sociedade civil e o Estado. Agora, só é assegurada às pessoas privadas a igualdade de oportunidade de acesso à esfera pública por meio da estrutura do Estado. É neste quadro que, em vez de um público composto de pessoas privadas individuais, emerge um público de pessoas privadas organizadas (RAICHLES, 2000, p. 76-68).

Nas esferas democráticas, tem-se a oportunidade da defesa de um projeto político coletivo onde a estrutura de Estado é estabelecida como proponente do bem-estar social; essas forças podem engendrar a administração pública adequada ao crivo do povo, com o objetivo de atender as demandas sociais e assegurar os seus direitos.

No âmbito do SUS, os espaços de controle social articulam-se no universo da construção política da defesa e debate no fortalecimento da relação do cidadão

com a gestão, com a intenção de cooperar com a organização dos serviços ofertados à população usuária, sistematização de indicadores colaborativos na implantação de políticas públicas que favoreçam o cumprimento dos direitos preconizados na legislação do SUS.

### 2.3 ENTRE O SUS LEGAL E O SUS REAL: OS DESAFIOS DO CONTROLE SOCIAL

Quando pensamos na aplicabilidade do SUS Constitucional, é necessário trazer à tona a discussão do SUS real, que apesar dos programas de inclusão e proteção social considerados referências internacionais, como é o caso do Sistema Nacional de Imunizações, do Programa de Controle de HIV/AIDS e do Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos, avaliado como o maior sistema público de transplante do mundo, e dos impressionantes quantitativos numéricos que registram os atendimentos no SUS, o qual segundo o Portal do Brasil (2015), em 2014 contabilizou 4,1 bilhões de tratamentos ambulatoriais, 1,4 bilhão de consultas médicas e 11,5 milhões de internações, 3,1 milhões de procedimentos em quimioterapia (PORTAL BRASIL, Ministério da Saúde, 2015).

Ainda de acordo com o mesmo Portal, 71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência no quesito direto de atendimento, consultas e exames. A pesquisa do Ministério da Saúde revela que desse percentual, 47,9% referenciaram as Unidades Básicas de Saúde como sua principal porta de entrada em busca por atendimentos de saúde (PORTAL BRASIL, Ministério da Saúde, 2015).

Mesmo analisando esses quantitativos estratosféricos, ao confrontarmos com a propositura do SUS Constitucional, nos deparamos com uma realidade de extrema divergência entre o que o SUS preconiza e a realidade sanitária vivenciada por milhões de brasileiros que sofrem com a desassistência da rede pública de saúde, iniciada na rede da atenção básica, que ao longo dos anos tem demonstrado inúmeras deficiências nas estruturas que compõem a linha de cuidado, as quais transitam pelo quantitativo deficitário na Estratégia Saúde da Família (ESF), nos programas da atenção básica, nas coberturas de serviços de baixa média e alta complexidade que não correspondem a real necessidade da organização e ampliação dos serviços prestados a comunidade.

Por ser o SUS organizado num segmento de rede de atenção e cuidado, as falhas estruturais da atenção primária desencadeiam várias lacunas em serviços e ações, principalmente nas destinadas às especialidades como saúde odontológica e programas de prevenção de tratamento de doenças crônicas como cardiovasculares, respiratórias, neoplásicas, diabetes e saúde mental.

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2016-2019), as complicações dessas patologias são responsáveis por 74% das mortes no Brasil. Para Mendes (2004), as divergências entre o SUS referendado na legislação e o SUS real são visíveis a todos os brasileiros, independentemente do usufruto direto ou indireto do Sistema, na medida em que há:

Uma nítida diferença entre o SUS real e o SUS constitucional. Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, o SUS real vai se consolidando como um subsistema dentro de um sistema segmentado, destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados. Dessa forma, conformou-se um modelo segmentado onde convivem três grandes sistemas: o Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema público destinado a 140 milhões de brasileiros que não têm acesso aos planos privados; o Sistema de Atenção Médica Suplementar, destinado a 38 milhões de brasileiros que pagam, por si ou através de empregadores, diferentes operadoras articuladas em modalidades assistenciais diversas; e o Sistema de Desembolso Direto, ao qual recorrem os brasileiros, ricos e pobres, para a compra direta de serviços. Em consequência, na prática social, o SUS, ao invés de um sistema universal, vai se implantando como segmento destinado aos pobres (MENDES, 2004, p. 06).

Para Mendes (2004), as divergências expressas cotidianamente nos serviços de saúde fazem parte de um processo histórico que se origina na saúde previdenciária de cunho contributivo e nos aspectos da residualidade que direcionam aos investimentos sociais as sobras econômicas. A Residualidade tem estabelecido a criação de subsistemas e parcerias de caráter restrito público/privado, geralmente essa relação é subjetiva e mascarada por um processo de benesses alimentadas pela saúde privada, que atualmente oferecem à população carente as chamadas taxas sociais para o acesso em consultas e exames na rede privada. Essas taxas são concebidas pela saúde mercadológica como tarifa “simbólica” aos vulneráveis economicamente, e destinam-se à população que não foi absorvida pelo SUS no acesso a consultas, exames e medicamentos.

Assim, formam-se subsistemas de saúde que movimentam um mercado lucrativo para uma determinada classe e categoria, e reduz a concepção de saúde a diagnóstico e patologia. Essa relação mercadológica de caráter privado e restrito é amplamente incentivada pelo governo, na maioria das vezes com deduções em impostos para as grandes empresas e instituições "filantropizadas", e são socialmente aplaudidas como caridade. Essas ações contradizem a complexidade e importância que representa o sistema público de saúde pública como mecanismo de proteção social que envolve estruturas sociais de extrema relevância e condição de cidadania e universalidade.

Mendes (2004) refere que o investimento na saúde pública pelo governo brasileiro é insuficiente e o orçamento da saúde está aquém da necessidade real, o "sub-financiamento está presente no SUS. O Brasil gasta pouco com o sistema de serviços de saúde e tem uma qualidade de gasto ruim" (MENDES, 2004, p. 06). Gastos que refletem a ineficiência da gestão dos recursos públicos, falta de planejamento, fiscalização, serviços focalizados na oferta e não na necessidade da demanda, o que dificulta drasticamente o acesso a serviços eficientes de qualidade, e sobretudo rejeita o direito à universalidade.

Desde a implantação do SUS, uma das pautas de luta dos movimentos sociais e dos espaços de controle social em defesa do sistema público de saúde é a questão orçamentária, que ano a ano vem sofrendo de forma drástica restrições pelos governos.

Apesar de a Constituição prever que a sustentação orçamentária do SUS é de obrigação e responsabilidade das três esferas federativas, os gastos pactuados pelos entes federativos vêm sendo cada vez menores em relação a outros países que têm um Produto Interno Bruto (PIB) menor que o Brasil; em 2014, o governo brasileiro investiu o equivalente a:

3,8% do PIB. Essa taxa de investimento posiciona o Brasil na rabeira de outros países da América Latina, como Colômbia e Equador – neles, o investimento público em saúde correspondeu, respectivamente, a 5,4% e 4,5% do PIB em 2014. O investimento público brasileiro também fica aquém daquele feito por países onde existem sistemas de saúde universais semelhantes ao do Brasil. O sistema brasileiro recebe menos investimentos que o da França e do Reino Unido (REVISTA ÉPOCA, 2017, s/p).

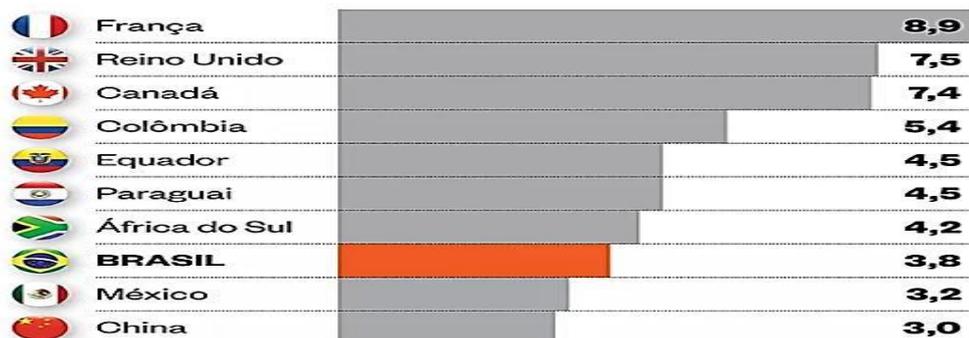
Segundo a matéria supracitada, somente em 2016 o governo Federal bloqueou R\$ 2,5 bilhões do orçamento destinado para a saúde, usando como pretexto o equilíbrio fiscal dos déficits da máquina pública. O valor que estava previsto era menor que o programado para o ano anterior. O governo previa gastos de até R\$ 121 bilhões e gastou apenas R\$ 106 bilhões. A proposta orçamentária de 2017 encaminhada pelo Presidente da República Michel Temer ao Congresso tinha como meta o reajuste orçamentário inferior ao índice inflacionário, o governo previa uma inflação de 7,2% e sua proposta estabelecia um reajuste abaixo de 6,9% (REVISTA ÉPOCA, 2017, s/p).

Com a aprovação da PEC 241, a redução dos investimentos na área social será mais drástica, o que levará à precarização com maior expressividade na área da saúde e educação. Segundo o jornal Estadão, em matéria publicada em 06 de Fevereiro de 2018, os gastos do governo federal com saúde e educação caíram 3,1% em 2017; em 2018, as previsões orçamentárias serão de queda de investimento com percentual ainda maior nas respectivas áreas.

O atual Governo, com sua política de austeridade fiscal, tem provocado o estrangulamento dos investimentos sociais nas políticas públicas, acentuando ainda mais a desigualdade socioeconômica, colocando o Brasil num ranking cada vez mais preocupante quanto aos investimentos públicos na proteção social. Esse panorama expõe o Brasil a retrocessos históricos e impactos contraditórios sobre as políticas públicas, em particular na área da saúde pública que versa sobre a proteção ampliada a todos os cidadãos.

O quadro abaixo demonstra a desigualdade nos investimentos que o Brasil apresenta na área de saúde em relação a outros países com o PIB menor que o do Brasil, países com sistema de saúde semelhante e outros países com tributações menos agressivas do que a brasileira.

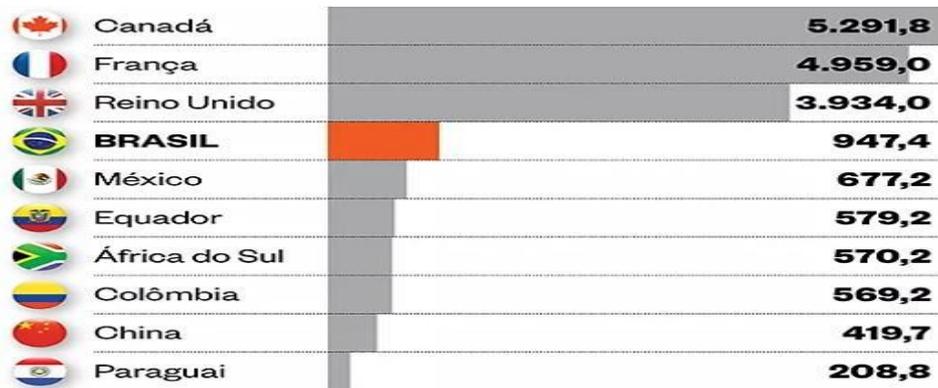
Tabela 1- Gastos públicos em saúde em 2014 de forma percentual %



Fonte: Foto redação Revista Época/Ministério da Saúde/OMS

**Tabela 2- Gasto percapita em saúde (US\$) em 2014**

(O Brasil apresenta um gasto maior, tendo em vista os altos gastos privados em saúde)



Fonte: Foto redação Revista Época/Ministério da Saúde/OMS

O déficit de investimentos financeiros tem ocasionado na área da saúde retrocessos históricos que comprometem a efetiva universalidade e integralidade no atendimento à população Brasileira, trazendo ao SUS infindáveis contradições e lacunas entre o SUS legal normativo e o SUS executado pelas políticas de governo. Essas contradições são resultados do sucateamento no sistema de saúde que transcendem ao sub-financiamento, transformando-se em ciclos contínuos de indisponibilidade, desvalorização de trabalhadores da saúde e desmonte do sistema de serviços, atenção e cuidado à pessoa humana.

A precarização do investimento na área social segue os parâmetros do interesse do capital em controlar o sistema econômico em detrimento das restrições das políticas públicas e sociais, principalmente as que se referem ao direito ampliado. Pereira (2002) classifica essa tendência como uma das características predominantes dos países capitalistas subdesenvolvidos com fortes marcas periféricas do colonialismo, como é caso do Brasil, "diferente, pois, das políticas sociais dos países capitalistas avançado, que nasceram livres da dependência econômica e do domínio colonialista, o sistema de bem-estar Brasileiro sempre expressou as limitações decorrentes dessas injunções" (PEREIRA, 2002, p.125). As determinações históricas ofuscam a autenticidade de um possível estado de bem estar social pleno com reflexos próprios condizentes com as determinações das necessidades humanas e justiça social.

O Estado deveria ser o agente condutor da proteção e igualdade social, criando medidas impactantes e intervencionistas na questão social, e não condicionar a proteção social na instabilidade do sistema de mercado, mas promover políticas públicas que fortaleçam os instrumentos de transformação social, e, sobretudo o reconhecimento do sujeito político como agente de direito.

Pensando no sistema de proteção social ampliado, o SUS foi sistematizado numa perspectiva de totalidade de ações que envolvem vários dispositivos sociais. O modelo de proteção social estabelecido no SUS normativo atrela ao conceito político de saúde como direito humano fundamental, e sua efetividade como política pública converge para outras categorias essenciais à vida, culminando na cidadania. Cabe ao Estado ser o articulador desse processo, adotando instrumentos que façam cumprir “medidas legislativas, administrativas e judiciais para a realização do direito a tutela desse direito” (D’ÁVILA & SALIBA, 2017, p.23). Deste modo, a consolidação do direito à saúde somente poderá tornar-se real a partir do momento em que outros direitos sejam efetivados, nesse sentido a questão saúde pública tem possibilidade de ser:

“um instrumento de justiça social, pois, além de possibilitar o exercício de outros direitos, exige o repensar de estruturas e comportamentos enraizados, levando ao estabelecimento de novas relações entre as instancias de poder e promovendo a inclusão social” (D’ÁVILA & SALIBA, 2017, p.16).

Quando falamos do distanciamento do SUS normativo com a realidade que vem há décadas segregando milhares de brasileiros, apesar na universalidade preconizada constitucionalmente, trazemos à tona a inércia do próprio Estado em resolver questões fundamentais para se pensar em saúde pública, como o acesso de qualidade na atenção primária, que está imersa em um total abandono, com falta de: insumos básicos, recursos humanos, equipamentos e estrutura física adequada.

Essa realidade nos remete ao abandono governamental na política pública de saúde pública, e reflete o ataque frontal das políticas neoliberais apropriadas pelo Governo Brasileiro, com reduções drásticas nos investimentos no sistema de proteção social, principalmente nas políticas de ampliação dos direitos coletivos, o que tem levado ao acirramento e crise no acesso aos serviços públicos, afunilando cada vez mais um Estado mínimo e de injustiça social.

A limitação da interferência do Estado na ampliação e regulação da proteção social recai diretamente no investimento e estruturação do sistema público de saúde. Essa realidade tem levado ao desmonte do SUS idealizado na Constituição de 1988, ocasionando longas filas de espera, redução de contratualizações de serviços assistenciais de saúde de baixa, média e alta complexidade, sistema de regulação deficitário o que leva à redução de leitos hospitalares, consultas, exames, medicações, materiais e insumos precários, deficiência na organização dos serviços principalmente em abrangência multiprofissional, rede de atenção e cuidados desarticulados por falta de profissionais especializados, e investimento de recursos adequados e outras questões de negligência que historicamente fazem parte da estrutura governamental do Brasil para a não efetivação real do SUS.

### **3 AS OUVIDORIAS COMO ESPAÇOS DE MEDIAÇÃO ENTRE O USUÁRIO E OS ÓRGÃOS DE CONTROLE E GESTÃO DA SAÚDE**

As ouvidorias de controle social no âmbito do SUS surgiram como instrumentos para potencializar e fundamentar as deliberações das instâncias representativas, ou seja, para subsidiar as decisões dos conselhos de saúde na ótica da transformação do sistema de saúde em benefício do usuário.

Para Lopes (2007), a criação das ouvidorias com a específica característica de controle social trouxe inovação para o cenário das ouvidorias no Brasil, uma vez que as demais ouvidorias no país estavam hierarquicamente ligadas ao gestor e não ao espaço de representatividade de controle social.

A implantação das ouvidorias de controle social traz como diferencial a autonomia em relação às ouvidorias vinculadas ao poder executivo, uma vez que elas não estão subordinadas à gestão, mas aos conselhos e integram as estruturas e dinâmicas de trabalho dos mesmos. Sua atuação visa sempre à melhoria das políticas públicas, à defesa dos direitos dos usuários e fortalecimento da participação social, a fim de complementar as tomadas de decisões do campo representativo.

As ouvidorias constituem ferramentas importantes para o processo democrático deliberativo, uma vez que por meio dos seus dispositivos refletem a manifestação do usuário na busca pelos seus direitos e resolução das lacunas do sistema.

Na medida em que essas ouvidorias expandem-se nos setores públicos, há possibilidade de ampliação dos meios democráticos no sentido de contribuir com a inserção dos usuários nos mecanismos da gestão. Nos espaços das ouvidorias, os cidadãos podem expressar suas manifestações e contribuir com o processo decisório e deliberações dos conselhos representativos, pois as demandas e as dificuldades operacionais do sistema de saúde e suas expressões poderão colaborar com as mudanças na gestão governamental, fazer as devidas interferências no sistema organizacional das políticas de saúde local e fortalecer a "atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas, no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas" (CORREIA, 2002, p.121).

Nesse processo de fortalecimento dos espaços democráticos, as ouvidorias de controle social trazem aos elementos representativos do conselho a visão do usuário em relação aos diversos aspectos da realidade, possibilitando aos membros do colegiado o conhecimento tácito das lacunas operacionais do sistema de saúde, e propõem intervenções e regulações direta de serviços que estejam em sintonia com as reais necessidades dos usuários, mas principalmente propor ações em favor de uma gestão pública dirigida pela efetivação dos direitos constituídos, pois o conselho de saúde "atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo" (BRASIL, Lei. 8.142, § 2º, 1990).

A missão das ouvidorias na perspectiva de controle social deve transcender o ato da escuta, ou seja, elas têm o papel de interferir no processo de trabalho do sistema, na medida em que sua atuação está vinculada diretamente ao espaço deliberativo, configurando-se assim, como canais de possíveis transformações e de mecanismos sociais, pois nos segmentos representativos aos quais estão subordinadas podem trazer voz aos cidadãos, contribuindo para o processo do controle social na gestão da política pública de saúde.

Dessa forma, o papel político das ouvidorias de controle social traz a perspectiva de reconhecimento dos sujeitos de direitos e sua inserção no processo de discussão e reivindicação de políticas públicas. Nesse processo, poderá ser estabelecido um novo olhar na relação Estado e sociedade, visando mudanças e estratégias que estejam em sintonia com os reais interesses dos usuários, em favor de uma gestão pública dirigida por parâmetros da universalidade de acesso e efetivação de direitos.

No ano de 1990<sup>10</sup>, atendendo as prerrogativas Constitucionais, o município de Cuiabá regulamenta a Lei 2.820, que cria o Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá. A primeira gestão foi instituída em maio de 1991, e teve seu regimento interno elaborado em 1994.

A implantação do Conselho foi bastante conturbada, em virtude de divergências políticas e de entendimento quanto à paridade representativa, o que levou a tensões entre as esferas da sociedade civil e o poder executivo, pois a

---

<sup>10</sup> Em 19 de dezembro de 1990.

composição do conselho contrariava o próprio determinante legal estabelecido na Lei 8.142/90. A composição do conselho prejudicava o princípio da representação democrática por parte do usuário, sendo estabelecida de forma desproporcional, e contava com a seguinte estrutura:

15 instituições, sendo 05 representações do poder executivo (governo), 05 dentre as representações dos trabalhadores na área da saúde e por fim 05 vagas apenas para a representação dos usuários do sistema de saúde, assim prejudicando sobremaneira a participação popular que estava em desvantagem (LOPES, 2007, p.28).

Silva (1988) esclarece que essas questões fazem parte das contradições da própria dinâmica das relações sociais, que, via de regra, estão inseridas num processo de correlações de forças onde a coletividade tende a sofrer maior impacto para garantir sua visibilidade e sobrevivência, pois as forças dominantes alicerçam-se na própria estrutura de Estado com a intenção de minimizar os espaços das forças sociais, a fim de impedir a menção de qualquer outro projeto que não seja compatível com o capital. É para manter o que está posto, segue uma lógica de conduzir a classe trabalhadora numa condição de desigualdade e caminha em sentido contrário à visibilidade popular, a luta para transformação dessa realidade vem tão somente pela própria democracia, fortalecimento das reivindicações para o efetivo exercício do direitos sociais. Dessa forma, “os Conselho de saúde são produtos da correlação de forças na relação Estado e sociedade concebidos, portanto como arena de luta resultando das lutas pela saúde no Brasil” (LOPES, 2007, p.28).

No ano de 2003, foi instituída a Lei Complementar nº 094, de 03 de julho de 2003, que cria o Conselho Municipal de Saúde e o define como “órgão colegiado do sistema municipal de saúde, de caráter permanente, deliberativo, normativo, recursal e diligencial e tem por finalidade deliberar sobre a Política Municipal de Saúde” (BRASIL, LEI COMPLEMENTAR Nº 094, ART.1º, 2003, s/p).

A estrutura organizativa do conselho de saúde é estabelecida da seguinte forma: Plenária; Diretoria: presidente/vice-presidente secretário geral; Secretaria executiva do CMS; Ouvidoria Geral do SUS; Comissões Temáticas e/ou Especiais: avaliação e controle/ recursos humanos/ modelo assistencial/financiamento, orçamento e planejamento/control social/educação permanente em

saúde/informação e comunicação/ética; conselhos gestores de saúde; Comissões Interinstitucionais.

A composição funcional do conselho conta com a junção de vários segmentos que visam à participação e aproximação com a comunidade, e um desses mecanismos são os conselhos gestores que são formados por representantes de três segmentos: usuário, trabalhador e gestor, são conferidos a esses as representações democráticas, a legitimidade de debater, expor a problemática, entendimentos, as reivindicações e deliberação em favor dos representados que os outorgaram, e para isso a soma paritária especifica-se da seguinte forma:

50% usuário (representantes da Sociedade civil da área de abrangência do conselho: membros da população, movimentos sociais institucionalizados ou não, entidades e associações) 25% Trabalhador (representantes dos trabalhadores da Unidade de Saúde ou STS: Servidores e empregados públicos independente do vínculo empregatício, trabalhadores contratados por empresas e parceiros que prestem serviço na unidade de saúde e STS) 25% Gestor (trabalhadores que exerçam funções de gerenciamento e /ou respondam pelo funcionamento da unidade: gerente, assessores, chefia administrativa e prestadores de serviço (PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONSELHOS DE SAÚDE, s/d, p. 05).

Os conselhos gestores estão inseridos nas unidades básicas de saúde, e têm a possibilidade de contribuir com os quesitos e prerrogativas do próprio conselho de saúde, aprimoramento na operacionalização do SUS, planejamento, organização do trabalho a partir da realidade de saúde local, cooperação para as melhorias e qualidade no sistema, e na medida em que os conselhos fortalecem a participação da comunidade na condução das políticas de saúde, possibilitam ferramentas a fim de fazer valer os direitos dos usuários, tendo em vista que nos fundamentos constitutivos do conselho à aproximação com as bases sociais, e provoca à gestão que estabeleça ações em benefício da coletividade, a fim de que os problemas de saúde local sejam enfrentados, pois:

No Conselho gestor de Saúde todos os segmentos da sociedade civil podem ter um (a) representante que atue como interlocutor de suas bases. Esse interlocutor está mais próximo (a) do grupo que representa, vive de perto os problemas do território e geralmente conhece suas demandas. Dessa forma, pode levar para as discussões, de um modo legítimo, as necessidades e anseios de seu grupo, retornando com as decisões ou outras informações de

interesse dos grupos. No entanto deve-se lembrar que o conselho defende os interesses da sociedade como um todo, ou seja, o conselheiro não deve se limitar à defesa dos interesses específicos da entidade ou o movimento que representa, mas ampliar o seu espaço de articulação (PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONSELHOS DE SAÚDE, s/d, p. 06).

É nessa estrutura funcional que se agregam outras categorias de apoio à participação e ao controle social no Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, como a Ouvidoria Geral do SUS/Cuiabá, qualificada como ouvidoria de controle social. Lopes (2007, p. 3) afirma que a “Ouvidoria foi criada na perspectiva de potencializar a participação do usuário e dar visibilidade às suas expressões individuais e coletivas, bem como subsidiar as discussões do controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá”.

Segundo SILVA (1998), a criação da ouvidoria favoreceu a socialização do papel do conselho, como instrumento democrático educativo e ao mesmo tempo de representação do cidadão por intermédio dos indicadores das suas manifestações. Como forma de legitimar a ouvidoria como espaço democrático, foi definido que a eleição e escolha do ouvidor seria atribuída e realizada pela plenária representativa do Conselho. A criação da Ouvidoria de Controle Social foi tida como conquista social na ampliação das estratégias para participação do usuário, definindo-se como um canal de abertura:

Direto de comunicação entre a população e Conselho e com a gestão, na medida em que as demandas são apresentadas ao gestor para resolução e reorientação das ações. Vale salientar, que o próprio Conselho atuava enquanto ouvidoria, uma vez que seus representantes levavam ao plenário denúncias e reclamações sobre os serviços que lhes eram encaminhadas pelas suas bases (LOPES, 2007, p. 31).

### 3.1 A OUVIDORIA GERAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ

A Ouvidoria Geral do SUS\CMS Cuiabá é um órgão subordinado ao Conselho Municipal de Saúde e sua especificidade está contida no Art.19 do Regimento Interno do Conselho, e tem como missão “ouvir reclamações e denúncias, investigar sua procedência e apontar responsáveis ao Conselho para o encaminhamento de providências cabíveis” (REGIMENTO INTERNO, 1999, s/p).

Nessa prerrogativa, a Ouvidoria funciona como um termômetro das questões que envolvem as deficiências e inoperâncias do sistema de saúde local, atuando no atendimento direto dos cidadãos em suas demandas por saúde, ouvindo-os em suas reclamações, denúncias e proposições. Esses indicativos auxiliam o CMS nas deliberações e no cumprimento do seu papel, que consiste no controle da gestão da política de saúde. Seguindo essas prerrogativas de ação, constituem competências da Ouvidoria:

Receber reclamações e denúncias sempre oficializadas, apurar sua procedência e veracidade encaminhá-las aos órgãos competentes; Prestar esclarecimento aos usuários do SUS quanto ao funcionamento do sistema de saúde; Criar fluxograma para o funcionamento da ouvidoria Geral do CMS; Apresentar relatório mensal ao CMS, sobre processos de denúncias e reclamações sob sua responsabilidade; Prestar esclarecimento aos conselheiros do CMS, participar das reuniões ordinárias e das extraordinárias; Conhecer a legislação básica sobre a saúde, a política de saúde para o município, o regimento interno e as deliberações do CMS (REGIMENTO INTERNO, 1999, s/p).

De acordo com essa Resolução de Nº 21/99, nos quesitos apontados, verifica-se que a relevância do trabalho da Ouvidoria respalda-se no aprimoramento da gestão democrática, por meio do acolhimento das manifestações dos usuários, análise e encaminhamento para as áreas responsáveis, acompanhamento dos processos, cobrança de soluções, informação ao cidadão sobre as medidas adotadas, bem como produzir dados que auxiliem o gestor na tomada de decisão e na qualificação dos serviços de saúde destinados à população.

A Ouvidoria constitui-se como um canal de representatividade que pode favorecer a busca pela implantação de um sistema de saúde eficiente, segundo parâmetros éticos e de responsabilidade dos gestores públicos, e pode, contribuir para a manutenção da rede de proteção social e a defesa de direitos, as ouvidorias podem auxiliar o controle social em sua luta contra as investidas privatizantes no campo das políticas públicas e das recusas do Estado em implementar políticas que efetivem a seguridade social.

As ouvidorias de controle social foram consolidadas a partir das lutas sociais pela ampliação da defesa dos direitos, dos mecanismos de participação social, do enfrentamento contra as lacunas operacionais provocadas pela precarização nos investimentos financeiros destinados ao SUS, contra o desmonte dos direitos

coletivos orquestrado pelas políticas neoliberais e contra os vícios administrativos burocráticos históricos no setor público. Nessas Ouvidorias, Os instrumentos que asseguram a manifestação dos usuários configuram-se como instrumento de extrema relevância, pois há um:

Anseio da população por transparência no funcionamento do Estado, como mecanismo para inibir a corrupção e aumentar a moralidade e eficiência as administração publica. Dessa forma, o acolhimento de sugestões, reclamações e denúncias por meio das ouvidorias permite ampliar a voz do cidadão. Faz chegar suas percepções sobre a administração pública até aos gestores, que podem transformá-las em potentes ferramentas para aprimoramento e eficácia da gestão pública (SILVA; PEDROSO; ZUCCHI, 2003, p.139 apud LYRA, 2009).

Para fortalecer os aspectos que garantem à ouvidoria o seu caráter de controle social, suas normas operacionais são regulamentadas pelo conselho. O cargo de ouvidor é especificado como de confiança do CMS, para exercê-lo é necessário ter dedicação exclusiva. Os proventos mensais equivalem ao DAS no grau 5, que se agrega a outro salário do órgão de origem do ouvidor, caso tenha algum vínculo pregresso. Em situação de renúncia do cargo é necessário um prazo de 30 dias para nova eleição.

A atuação do ouvidor respalda-se tão somente pelas prerrogativas políticas do conselho, e essas garantem sua autonomia e subordinação expressas aos parâmetros do controle social. Como forma de garantir a participação social e referendá-la ao espaço do conselho, a ouvidoria apresenta ao colegiado do CMS relatório das demandas atendidas. Esse instrumento visa demonstrar as necessidades dos usuários e fazer as devidas recomendações para as possíveis resoluções, identifica as áreas com maior deficiência na rede SUS local, visando assegurar os direitos dos usuários e melhorias no sistema de saúde. Por meio desses indicativos, busca garantir o compromisso com a “construção de um padrão de atenção através da escuta humanizada, reforçando a participação popular e o controle social para o fortalecimento da gestão participativa do SUS” (RELATÓRIO ANUAL, 2017, s/p).

A Ouvidoria, portanto, traz em suas bases a perspectiva de atuação respaldada nas demandas apresentadas pelos usuários, buscando a transformação do processo organizativo da rede de saúde e o acesso dos usuários aos serviços de saúde, de forma que o gestor possa, a partir das informações produzidas, promover

mudanças no universo da saúde. Essas mudanças passam pela lógica do financiamento, das ações e serviços e demais estruturas que formam estrutura do SUS. Para assegurar os seus preceitos legais, a ouvidoria é constituída como um órgão público que tem a finalidade de garantir a participação da coletividade e dar voz aos usuários na política de saúde. De acordo com a Resolução nº 21/1999, sua atuação é estabelecida na seguinte ordem:

Será garantido o sigilo do denunciante e denunciado, bem como do conteúdo das reclamações e denúncias recebidas (Art.3º).

O Ouvidor Geral só poderá pronunciar-se publicamente sobre assuntos relativos à política de saúde ou sobre processos de reclamação e denúncias sobre sua responsabilidade, após apreciação de CMS (Art.4º).

A Ouvidoria geral do CMS poderá ser composta por vários membros, de acordo com a necessidade e sob a coordenação do Ouvidor (Art.5º).

O Ouvidor Geral deverá portar documentos comprobatórios de suas funções, emitido pelo CMS e terá livre acesso em qualquer instituição de saúde pública, conveniadas e contratadas pelo SUS, para averiguação de denúncias recebidas (Art. 6º).

A ouvidoria Geral deverá trabalhar em conjunto com a Secretaria Técnica do CMS, reservada a autonomia de ambos ( Art. 7º).

Na ausência do Ouvidor Geral, por motivos pessoais ou férias, o CMS indicará um Ouvidor substituto (Art.8º).

Poderá o Ouvidor Geral ser destituído pelo CMS, em reunião extraordinária convocada para este fim, com quórum mínimo de 2/3 dos seus membros e aprovação por maioria simples (Art.9º).

Os casos omissos sobre o funcionamento da Ouvidoria Geral serão resolvidos pelo CMS (Art.10º).

A dificuldade de acesso integral aos serviços de saúde tem levado cotidianamente os usuários do SUS a procurarem a ouvidoria. A dinâmica de atendimento é iniciada através do registro da manifestação do usuário para posterior encaminhamento aos responsáveis, os quais têm prazo de cinco dias úteis para dar resposta. A ouvidoria tem até 30 dias úteis para a devolutiva da possível solução e ou demais orientações pertinentes ao processo.

Para o atendimento das demandas, a ouvidoria conta com uma estrutura organizacional especificada no fluxograma da atual gestão com mandato de 2016-2018, apresentada da seguinte forma: equipe de trabalho: uma ouvidora e assistentes de ouvidoria. A estrutura física de atendimento ao usuário conta com 5

(cinco) postos de atendimento<sup>11</sup>. A divisão da Ouvidoria por pólos permite a aproximação dos usuários com a rede nas respectivas áreas de abrangência pertencentes às unidades de referência de saúde gerenciada pelo município.

A lógica de encaminhamento das demandas está organizada de forma sequencial, que tem início com o atendimento dos usuários nas unidades da ouvidoria, onde são formalizadas suas manifestações/demandas. Os postos encaminham as demandas recebidas a Ouvidoria central, onde é feito registro e relatório. Os casos de urgência são direcionados de forma imediata ao setor envolvido, com prazo máximo estipulado em 48 horas. As situações que não têm caráter emergencial seguem o fluxo de encaminhamento aos setores da rede que envolvem a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, com as seguintes representações: Secretário de Saúde, diretorias, coordenadorias, gerências, servidores dentre outras categorias como: credenciados, conveniados, conselhos de classes, ouvidorias do Conselho Estadual de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, corregedoria e outras secretarias e instituições.

Após a destinação do processo, espera-se o retorno que se qualifica em caráter de providências e esclarecimentos que podem ser satisfatórios e insatisfatórios. Os casos que se enquadram como satisfatórios retornam aos usuários quantos às providências adotadas e os devidos esclarecimentos, em seguida o processo é arquivado; os casos insatisfatórios são enviados a outros setores para providencias, discussão no Conselho Municipal de Saúde, e demais encaminhamentos necessários para uma possível resolução.

Para contemplar a análise do objeto de estudo na presente dissertação, caracterizou-se/classificou-se o universo que envolve as dimensões da Ouvidoria de Controle Social SUS/Cuiabá, a partir da classificação das dimensões do perfil das demandas. A apresentação dos dados será estabelecida a partir da junção das demandas dos usuários de maior prevalência que os levaram a procurar a ouvidoria. Dessa forma, descrevemos os dados contidos nos relatórios de trabalho da ouvidoria apresentados ao Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, numa temporalidade retrospectiva aos anos de 2015, 2016 e 2017, os dados emitidos pela Ouvidoria/Cuiabá/CMS, estarão expostos em configurações de tabelas com dados

---

<sup>11</sup> Ouvidoria nível central, posto de ouvidoria Central de Regulação; posto de Ouvidoria Hospital Pronto Socorro Municipal de Cuiabá – HPSMC; posto de Ouvidoria UPA Morada do Outro e posto de Ouvidoria UPA Pascoal Ramos.

revelados que expressam percentual de demandas, atendimentos, que pautaram a análise dos dados e sua atuação no mecanismo de controle social com vista à defesa do direito do usuário.

### 3.2 A SAÚDE PÚBLICA EM CUIABÁ

SILVA (1998) afirma que foi a partir da eleição direta do primeiro prefeito de Cuiabá em 1985, que elegeu Dante Martins de Oliveira, que se iniciou um novo pensar na forma de se fazer política pública de saúde na capital de Mato Grosso.

Na oportunidade, o Médico sanitarista Doutor Júlio Strubing Muller, pioneiro na defesa da saúde coletiva, militante do movimento da Reforma Sanitária, um dos sanitaristas que contribuiu com a criação do Sistema Único de Saúde e Secretário Municipal de Saúde na gestão do Governo de Dante de Oliveira, implementou o formato da integralidade no campo da saúde pública, promovendo os anseios do movimento da Reforma Sanitária, e adotou a concepção integral da saúde e os antecedentes doutrinários do SUS.

Iniciava-se o formato da municipalização da saúde, tendo como meta a aproximação da comunidade com vistas a contemplar as necessidades sanitárias locais. Nessa perspectiva, foram projetadas a estrutura de saúde regionalizada em 5 (cinco) segmentos distritais, apresentando aspectos em linhas de atenção e cuidado e descentralização de recursos. Essas iniciativas estavam em consonância com as estratégias que seriam futuramente estabelecidas na implementação do SUS e já apresentavam a intenção do fortalecimento da autonomia local, locação de recursos, ações e serviços de saúde estruturados de acordo com as necessidades e características da população. As divisões distritais estavam especificadas em:

Atenção primária, incluindo agentes de saúde eleitos, postos e centros de saúde na área rural e periférica; atenção secundária, procurando dotar cada distrito de uma espécie de unidade mista, (policlínicas) com urgência; leitos de observação, especialidades e laboratórios; foram construídas 3 policlínicas pela Prefeitura Municipal e uma pela Secretaria Estadual de Saúde. Foram, também incorporados 2 PAM'S do INAMPs ao Modelo Assistencial, contemplando a rede, o Hospital Municipal, o Hospital Universitário Júlio Muller e os conveniados (SILVA, 1998, p. 87-88).

A partir da década de 1990, Cuiabá adota o modelo de saúde já formado nas bases regulamentadas pelo SUS. No decorrer dessa década, foi estabelecida a Lei Orgânica do Município, aprovada em 1996, prevendo uma estrutura organizativa de saúde pública com práticas integrativas, favorecendo o enfoque epidemiológico da localidade e propondo níveis em atenção e cuidado conforme a complexidade regional.

Em julho de 2003, foi regulamentada a Lei complementar de nº 94 que criou a Secretaria Municipal de Saúde, o órgão institucional caracteriza-se na gestão governamental para gerenciamento e formulação de políticas na área da saúde local. É por meio da estrutura organizativa da secretaria que são estabelecidas as regulamentações das diretrizes do SUS e todos os condicionantes que envolvem o sistema público de saúde.

O sistema municipal de saúde em Cuiabá, desde 1998, está certificado na categoria de gestão plena, que representa o controle gerencial em todas as instâncias de saúde por meio da fiscalização, formação de rede própria, contratação de serviços e demais ações que conferem a competência de uma gestão plena municipal quanto à implantação das políticas públicas de saúde local, ou seja, “a gestão de todo o sistema municipal é necessariamente da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo conselho e de outras diferentes instâncias de poder” (NOB-SUS, 1996, p. 10).

Considerando os parâmetros que conferem um município em gestão plena no campo de atenção à saúde<sup>12</sup>, a qual representa um conjunto sistemático de políticas públicas nas respectivas esferas de governo, é oportuno fazermos uma aproximação situacional quanto à atual conjuntura da saúde pública em Cuiabá,

---

<sup>12</sup> Atenção à saúde: encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber: a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar; b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos (NOB-SUS, 1996, p. 10).

pontuando o seu sistema regulatório e os possíveis enfrentamentos diante da grave crise nacional nas políticas públicas em específico na saúde.

Cuiabá está localizada na mesorregião Centro-Sul Mato-grossense. Segundo fontes do IBGE (2017), o planejamento municipal de saúde está dividido e organizado em quatro regiões administrativas (Norte, Sul, Leste e Oeste e área rural). A cidade atualmente tem um número estimado de 590.118 habitantes. O Produto Interno Produto (PIB) estimado em 2015 é de 36.556,40 per capita e a distribuição da população geral em regionais de Saúde está estabelecida da seguinte forma:

<b>Regional</b>	<b>População</b>	<b>Densidade demográfica</b>	<b>Área (Km<sup>2</sup>)</b>
<b>Norte</b>	130.573	4.253,19	30,70
<b>Sul</b>	156.707	1.218,27	128,63
<b>Leste</b>	166.364	3.615,82	46,01
<b>Oeste</b>	125.461	2.548,46	49,23
<b>Rural</b>	11.012	3,3536	3.283,60
<b>Total</b>	590.118	2.274,83	3.538,17

Fonte: plano municipal de saúde de Cuiabá-MT, 2018 – 2021, p.12. ((IBGE/SMS/asplan (Setembro, 2017).

Seguindo os parâmetros da Lei Orgânica da Saúde de nº 8080/1990, que institui o SUS, em Cuiabá, o conjunto de ações e estabelecimentos públicos de saúde, bem como a complementação privada e filantrópica que formam a organização do sistema local de saúde nas suas respectivas áreas de abrangência, conta com 80% dos estabelecimentos com gestão municipal, 14% gestão estadual e 6% com dupla gestão, sendo que a regional leste concentra 28,33% dos estabelecimentos de saúde próprios do município (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ-MT 2018 – 2021). Estruturada da seguinte forma:

**Tabela 3: Rede de serviços próprios por regionais de saúde-sus/Cuiabá 2017.**

Unidade	Cuiabá	Norte	Sul	Leste	Oeste	Zona Rural
<b>Centro de Saúde</b>	21	03	03	08	07	-
<b>Equipe Saúde da Família</b>	70	18	21	17	11	03
<b>URPICS*</b>	01	-	01	-	-	-
<b>Clínica Odontológica</b>	10	02	04	03	01	-
<b>Policlínicas</b>	04	-	02	01	01	-
<b>Unidade de Pronto Atendimento</b>	02	01	01	-	-	-
<b>Núcleo de Reabilitação</b>	03	01	-	02	-	-
<b>Residências Terapêuticas</b>	06	02	-	03	01	-
<b>Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)</b>	03	01	01	-	01	-

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Cuiabá-MT- 2018 – 2021, p.12 (cnes/datasus/asplan/2017). nota: centros de atenção psicossocial (caps) estão sob gestão do estado. \*unidade de referencia de praticas integrativas complementares em saúde.

**Tabela 4: Redes Públicas e conveniadas ao SUS em Cuiabá - 2016.**

Unidade	Qtdade
<b>Laboratório de Patologia Clínica (LACEC e LACEN)</b>	<b>02</b>
<b>Serviço Ambulatorial Especializado (SAE)</b>	<b>02</b>
<b>Centro de Especialidades Médicas (CEM)</b>	<b>01</b>
<b>Centro de Referência de Média e Alta Complexidade (CERMAC)</b>	<b>01</b>
<b>Centro de Reabilitação Dom Aquino Correa (CRIDAC)</b>	<b>01</b>
<b>MT Hemocentro</b>	<b>01</b>
<b>Farmácia Popular do Brasil Cuiabá</b>	<b>01</b>
<b>Hospitais</b>	<b>14</b>

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Cuiabá-MT 2018 – 2021, p. 20((CNES/DATASUS/ASPLAN (julho, 2017).

O Plano Municipal de Saúde em vigência, com durabilidade e perspectiva até a competência de 2021, apresenta ainda a seguinte estrutura de integração de cuidado e assistência no SUS Cuiabá:

- **Atenção primária:**

Está composta por 92 unidades básicas de saúde, sendo que nesse universo estão inseridas 70 Equipes de Saúde da Família (ESF), 06 unidades básicas de saúde bucal, 05 equipes de atendimento de clínica da família, 21 centros de saúde tradicional e 01 Posto de Saúde na área rural.

- **Rede especializada:**

Está composta por 04 Policlínicas, 02 Unidades de Pronto atendimento em Saúde (UPAS), 03 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) sendo: 01 CAPS tipo I, 01 CAPS tipo II e 01 CAPS Álcool e Droga-AD, 01 Centro de Especialidades Médicas (CEM), 01 Serviço de Atendimento Especializado (SAE), 01 Laboratório Central de Cuiabá (LACEC), 01 Ambulatório Especializado da Mulher (ARAM), 04 Núcleos de Reabilitação (Verdão, Planalto, Coxipó, Pascoal Ramos), 06 Residências Terapêuticas, 10 Clínicas Odontológicas (CEO), 15 Serviços de Diagnóstico e terapia contratados que complementam o SUS/Cuiabá, 14 Hospitais sendo 02 Municipais, 01 Federal e os demais privados e filantrópicos conveniados o SUS/Cuiabá.

Conforme as Especificidades atendidas nas linhas de cuidado e integralidade, os serviços supramencionados estão caracterizados nas especialidades e atendimento com diversas ênfases de cuidado em saúde, sendo esses nas áreas de enfermagem, fisioterapia, psicologia, nutrição, odontologia, serviço social, fonoaudiologia e terapia ocupacional, além de médicos nas especialidades de ginecologia, clínica geral, pediatria, ortopedia, neurologia, cardiologia, hematologia, dermatologia, medicina do trabalho, geriatria, endocrinologia, gastroenterologia e outras dinâmicas operacionais da atenção em saúde.

De acordo com o PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ-MT 2018 – 2021 p.27, o fluxo regulatório de referência e contra referencias, quanto aos quantitativos de leitos, está dividido num percentual de especialidades de clínicas médica e suas especificações patológicas, dentre elas: psiquiatria, coronariana, unidades de isolamento e hospital dia; clínicas cirúrgicas, obstetrícia/ginecologia/neonatologia, pediatrias; UTI adulto, UTI pediátrica, Neonatologia, Unidades intermediárias. Esse universo de especialidades de cuidados para atendimento do cidadão conta com a rede de serviços do SUS e não

SUS, sendo que os leitos 100% SUS têm cobertura de 1.367 leitos, que representa 59%, a rede credenciada não SUS tem cobertura de 950 leitos e representa 41%.

Desse universo, tem-se um percentual expressivo concentrado no Hospital Público Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, que se caracteriza como referência de saúde para o Estado de Mato Grosso. No fluxo de atendimento diário do Pronto Socorro, há um quantitativo que vai além da capacidade estrutural do serviço, quantitativo esse que expressam fragilidades nos níveis de complexidades, limitações e fragilidades das demais regiões de saúde do Estado em atender de maneira satisfatória e efetiva as necessidades de saúde do seus municípios.

“Do total de leitos SUS (competência 07/2017) trezentos e cinquenta e um (351) são do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, que é responsável por uma média de 28% das internações SUS. Destacamos ainda que o município apresenta uma média de 53.200 internações/ano, sendo que em torno de 42% das internações são de residentes em outros municípios” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018 – 2021, p.28).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde no segundo quadrimestre de 2017 os atendimentos e internações hospitalares ocorridas em Cuiabá, foram 27% destinados aos cidadãos procedentes de outros municípios, 15% de Várzea Grande e 58% a cidadãos de Cuiabá.

De acordo com matéria veiculada no Jornal A Gazeta, do dia 01 de março de 2018, a rede municipal de saúde teve um aumento no número de atendimento nos anos de 2016 e 2017 de 48,33%. Segundo a gestora da pasta da saúde, esse aumento decorre de um processo de crise dos hospitais regionais do interior e da crise econômica e política que reluz em toda rede de assistência das regiões de saúde, apesar das regionais atuarem com recursos para gestão plena.

Em maio deste ano (2018), o Jornal A gazeta traz outra reportagem sobre a situação de saúde na região Cuiabá, informando que nos 4 primeiros meses deste ano a fila de espera para atendimentos especializadas na área médica aumentou em 78%. Essa realidade expressa um quantitativo exorbitante de 78,593 de solicitação de consultas, seguidos de outros números de demandas reprimidas com aumento de 15%, somando um quantitativo de 132,381 em fila de espera para os mais variados tipos de exames. As especialidades mais demandadas na fila em situação reprimida, são oftalmologia com um nº de 10.208, ortopedia 8,441, neurologia 8.215, cirurgia vascular 5.615, ginecologia obstetrícia 5.057.

Uma outra matéria veiculada nesse mesmo Jornal em edição diferente publicada dia 23/05/2018 expõe outros fatores preocupantes quanto aos fluxos das demandas reprimidas, que são as situações que podem detectar doenças oncológicas, e levar ao diagnóstico tardio principalmente nos casos de câncer de mama, pois na fila de espera para exames de mamografia há um número de 12 mil mulheres que aguardam para ter acesso ao atendimento. Somente o exame de mamografia para rastreamento contabiliza um número de 6.315, e para o exame de ultrassonografia mamária bilateral, há em situação de fila de espera o quantitativo de 5.315 mulheres.

Esses números representam a complexidade estrutural da realidade da saúde pública que desrespeita os princípios constitucionais, desfavorece a universalização e nos remete ao ranço histórico do Estado Brasileiro de negação de direito. Esses números transcendem não somente a linha do acesso, mas traduzem a ineficiência das estruturas políticas diante das expressões dos determinantes sociais, e na aplicação real que precede a garantia de direito do cidadão no acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade, na proteção social ampliada, na justa distribuição de renda e no acesso a tecnologias e recursos nos atendimentos da saúde e condições sociais dignas para a pessoa humana.

A estrutura apresentada no Plano Municipal de Saúde apresenta uma lógica organizacional conforme os parâmetros do SUS quanto à cobertura da assistência à saúde do cidadão. Mas não é suficiente para garantia do direito universal ao acesso, esse é uma prerrogativa que está na legislação da saúde e na Constituição Federal, representa uma das perspectivas de cidadania, pois a sua amplitude completa-se na ação do Estado por meio da efetividade das políticas públicas, com maior investimento financeiro e ampliação da rede de assistência, regionalização com estrutura adequada e demais categorias que envolvem o bem estar social e garantia de direitos.

### **3.2.1 Exposição dos dados**

A análise está exclusivamente pautada nos Relatórios de gestão da ouvidoria apresentados ao Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá. Os dados apresentados representam as manifestações das demanda dos usuários do SUS do Município de Cuiabá, o mesmo foi elaborado pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS,

trazem a dificuldade de acesso dos usuários na medida em que buscam atendimento na rede pública de saúde e não recebem a devida assistência. Os dados demonstram que os usuários acessaram os canais da ouvidoria para exporem suas situações de saúde negligenciada pelo sistema, e requisitam a interferência da ouvidoria para resolução dos fatos apresentados.

A ouvidoria registrou os dados das demandas nos relatórios que apresentou ao Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá com as seguintes especificações: anual, trimestral e semestral, seguidos por critérios de registro das demandas de maneira quantitativa e percentual.

Para análise do nosso trabalho, optamos por expor os dados numa estrutura anual, relacionando o universo das demandas tão somente de forma quantitativa e unificamos a prevalência das demandas associadas a cada item relacionadas ao universo da saúde e dos segmentos que a compõem, como: Recursos Humanos; Assistência Farmacêutica; Procedimentos de Saúde/Consultas/Exames/Cirurgia e Níveis de Atenção e Cuidado: primário, secundário e terciário. Esses são fatores primordiais que envolvem o universo do processo saúde doença, estrutura as ações na linha do cuidado, promoção e prevenção da saúde.

De acordo com os segmentos supramencionados, fizemos a análise do papel e atuação da ouvidoria expondo o quantitativo total das manifestações, bem como, as resoluções e recomendações apontadas conferindo as seguintes demandas:

### 3.2.1.1 Demanda relacionada a recursos humanos - manifestações dos usuários nos postos de atendimento da ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS relacionadas a recursos humanos

As sistematizações dos dados na tabela 5 demonstram que as manifestações relacionadas a recursos humanos nos diferentes níveis de atenção primária, secundária e terciária, revelaram que nos anos de 2015 foram registradas 318 manifestações, 2016 foram 229 manifestações, em 2017 foram 84 manifestações. Na categoria de recursos humanos, os usuários manifestaram nos canais da ouvidoria o mau atendimento que foi destinado a eles pelos profissionais de saúde, a ausência do profissional no momento de seu plantão, falta de ética

profissional, negligência, descaso principalmente em relação aos profissionais da área médica.

**Tabela 5 - Demanda relacionada a recursos humanos**

<b>NÍVEIS DE ATENÇÃO</b>	<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE/ ANO 2015</b>	<b>QTDE/ ANO 2016</b>	<b>QTDE ANO 2017</b>
<b>Atenção Primária</b> <b>Atenção Secundária</b> <b>Atenção Terciária</b>	<b>Mau atendimento pelos profissionais de saúde:</b> - Falta de atendimento por ausência do profissional de saúde; - Denúncia por erros, negligência, descaso, falta de ética, grosseria no tratamento com o usuário; - Descumprimento de carga horária.	318	229	84
<b>Total: 631 demandas</b>				

Fonte: Relatório de registro de demanda Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS 2015/2016/2017

3.2.1.2 Demanda relacionada à assistência farmacêutica - manifestação dos usuários nos postos de atendimento da ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS relacionadas a medicamento/material hospitalar

A tabela 6 refere-se à categoria da assistência farmacêutica, nessa estão contidas as seguintes demandas: falta de medicamentos na rede; falta de material hospitalar: gases, dispositivos hospitalar: urinários, seringas, agulhas, fitas para medir glicemia, material para curativos. Solicitação de Insumos, suplementos alimentares necessário para o tratamento de saúde, não disponíveis no SUS. Nesse universo revelaram-se que nos ano de 2015, foram registradas 235 manifestações de usuários nos canais da Ouvidoria em busca de solução da situação referente à assistência farmacêutica, em 2016, foram 336 manifestações, em 2017 foram 442 com as mesmas reivindicações.

**TABELA 6 - Demanda relacionada à assistência farmacêutica**

<b>UNIDADE</b>	<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE/ ANO 2015/</b>	<b>QTDE/ ANO 2016</b>	<b>QTDE / ANO 2017</b>
<b>Gerência Farmacêutica</b>	Falta de medicamentos na rede; Falta de material hospitalar: gazes, dispositivos urinários, seringas, agulhas, fitas para medir glicemia, material para curativos. Solicitação de Insumos; Solicitação de suplementos alimentares necessário para o tratamento de saúde, não disponíveis no SUS.	235	336	442
<b>Total: 1.013 demandas</b>				

Fonte: Relatório de registro de demanda Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS 2015/2016/2017

3.2.1. 3 Demanda relacionada a procedimentos de saúde/consulta - manifestações dos usuários nos postos de atendimento da ouvidoria do SUS/Cuiabá/CMS relacionadas a procedimentos de saúde

A tabela 7 está relacionada à demanda de procedimentos de saúde no que se refere o acesso à consulta especializada, nesse universo estão contidas as seguintes situações: dificuldade de acesso para vagas em consultas especializadas, demandas reprimidas em fila de espera para agendamento. Nessa categoria, foram registrados nos canais da Ouvidoria pelos usuários, os seguintes quantitativos de demanda em busca do direito ao acesso a consultas especializadas. 2015 houveram 92 manifestações, 2016 foram 220, e 2017 foram 432 manifestações. Esse segmento é uma realidade que atinge o universo da saúde pública em âmbito nacional, a insuficiência do quantitativo de especialistas no SUS, o que demonstram as limitações operacionais do sistema, que passa pelo setor de regulação e distribuição eficiente das tecnologias de cuidado conforme a necessidade das regiões de saúde.

Quanto a consultas especializadas, foram manifestadas dificuldade de acesso nas seguintes áreas clínicas: neurologia, oftalmologista, ortopedista, proctologista, urologias, cardiologia, psiquiatria.

**TABELA 7- Demanda relacionada a procedimentos de saúde/consulta**

<b>PROCEDIMENTO ESPECIALIZADO</b>	<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE/ ANO 2015/</b>	<b>QTDE/ ANO 2016</b>	<b>QTDE / ANO 2017</b>
<b>Consulta Especializada</b>	Dificuldade de acesso para vagas em consultas especializadas. -Demora em fila de espera para agendamento.	92	220	432
<b>Total: 744 demandas</b>				

Fonte: Relatório de registro de demanda Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS 2015/2016/2017

3.2.1.4 Demanda relacionada a procedimentos de saúde/exames - manifestações dos usuários nos postos de atendimento da ouvidoria do SUS/Cuiabá/CMS relacionadas a procedimentos de saúde

Referente à tabela 8, a manifestação de maior prevalência foram a demora das autorizações e agendamentos de exames pelo SUS e dos procedimentos que não estão assegurados pela rede. Nos quesitos exames, as manifestações expuseram essa mesma característica da consulta: demora no acesso ao atendimento, demora do SISREG par autorizar a realização do exame, longas filas de espera para ter acesso ao direito de realizar exames necessários para o tratamento de saúde, denúncias de falta de prestadores de apoio diagnóstico pelo SUS, procedimentos que não constam na tabela SUS.

Nesse universo, foram revelados que em 2015 houveram 164 manifestações, 2016 foram 551, 2017 foram 651 manifestações reivindicando o direito ao acesso para realizarem os exames pelo SUS.

Os exames que apresentaram maior índice de manifestação nos três anos foram os exames cardiológicos e de imagens. Esses dados demonstram a fragmentação na linha do cuidado e falta de complementação e eficiência no tratamento de saúde daqueles que buscam o atendimento na rede SUS.

**TABELA 8 - Demanda relacionada a procedimentos de saúde/exames**

<b>PROCEDIMENTO ESPECIALIZADO</b>	<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE/ ANO 2015/</b>	<b>QTDE/ ANO 2016</b>	<b>QTDE ANO 2017</b>
<b>EXAMES</b>	Demora para o SISREG autorizar a realização do exame; -Longas filas de espera para ter acesso ao direito de realizar exames necessários para o tratamento de saúde; Denúncias de falta de prestadores de apoio diagnóstico pelo SUS; Procedimentos que não constam na tabela SUS.	164	551	651
<b>Total: 1.366 demandas</b>				

Fonte: Relatório de registro de demanda Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS 2015/2016/2017

3.2.1.5 Demanda relacionada a procedimentos de saúde/cirurgia - manifestações dos usuários nos postos de atendimento da ouvidoria do SUS/Cuiabá/CMS relacionadas a procedimentos de saúde

Na tabela 9, foram manifestadas dificuldades de acesso a cirurgias nas áreas da oftalmologia, ginecologia, ortopedia, cardiovasculares e hérnia. Os usuários trouxeram as seguintes situações: demora quanto à autorização de cirurgias, demora quanto à realização/agendamento de cirurgias após autorização do procedimento pelo SUS. Nesse universo foram registrados o quantitativo de 127 manifestações em 2015, em 2016 foram 176 manifestações, e 2017 foram 271 manifestações. Esses e os demais dados das tabelas anteriores, traduzem as questões estruturais que perpassam historicamente na saúde pública desencadeando um universo de fragmentação onde a demanda é maior que a oferta, essa realidade não condizente com a necessidade de saúde da população, torna-se cada vez mais crônico na medida em que, não há os devidos investimentos financeiros e sociais nos segmentos que envolvem as políticas públicas.

**TABELA 9 - Demanda relacionada a procedimentos de saúde/cirurgia**

<b>PROCEDIMENTO ESPECIALIZADO</b>	<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE/ ANO 2015/</b>	<b>QTDE/ ANO 2016</b>	<b>QTDE ANO 2017</b>
<b>Cirurgias</b>	- Demora quanto à autorização de cirurgias; -Demora quanto à realização/agendamento de cirurgias, após autorização do procedimento.	127	176	271
<b>Total: 574 demandas</b>				

Fonte: Relatório de registro de demanda Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS 2015/2016/2017

### 3.2.1.6 Demanda relacionada aos níveis de atenção - manifestações dos usuários nos postos de atendimento da ouvidoria do SUS/Cuiabá/CMS relacionadas aos níveis de atenção

A tabela 10 traz a demanda relacionada aos níveis de atenção nessa categoria estão contidas as seguintes questões: Demora e dificuldade no acesso a agendamento de consultas nas Unidades Básicas de Saúde, demora e dificuldade no acesso nos atendimentos odontológicos, falta de segurança, estrutura física inadequada e insalubre, demora em conseguir leito de internação para transferência de usuários internados no Pronto Socorro de Cuiabá, mau atendimento prestado pelo Hospital Pronto Socorro de Cuiabá- HPSMS, dificuldade de acesso ao atendimento, dificuldade em vaga na UTI, estrutura física inadequada do Pronto Socorro de Cuiabá.

A soma das manifestações dos usuários nos três anos de estudo apontam um total de 1.359 demandas nos diferentes níveis de atenção. Os dados demonstram as graves contradições instaladas historicamente no contexto da saúde pública, as quais infringem os princípios do SUS e o direito dos usuários, pois, na medida em que o Estado negligência as ações e a efetividades das políticas públicas, refletem diretamente na qualidade dos serviços destinados ao atendimento dos usuários, desarticula e fragiliza as políticas setoriais que constroem o sistema público de saúde.

**TABELA 10 - Demanda relacionada aos níveis de atenção**

<b>NÍVEL DE ATENÇÃO</b>	<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE/ ANO 2015</b>	<b>QTDE/ ANO 2016</b>	<b>QTDE/ ANO 2017</b>
ATENÇÃO PRIMÁRIA	Demora e dificuldade no acesso a agendamento de consultas nas Unidades Básicas de Saúde; Demora e dificuldade no acesso nos atendimentos odontológicos; Falta de segurança; Estrutura física inadequada e insalubre	96	166	247
ATENÇÃO SECUNDÁRIA	Falta de médicos; Demora e dificuldade para conseguir atendimento de saúde, Solicitação de transporte para hemodiálise, solicitação de oxigenoterapia domiciliar; Dificuldade de acesso ao atendimento referente na área da saúde mental Estrutura física inadequada e construção inacabada	70	128*	221
ATENÇÃO TERCIÁRIA	Dificuldade quanto ao acesso ao atendimento; Demora em conseguir leito de internação para transferência de usuários internados no Pronto Socorro de Cuiabá; Mau atendimento prestado pelo Hospital Pronto Socorro de Cuiabá, dificuldade de acesso ao atendimento; Dificuldade em vaga na UTI Estrutura Física inadequada do Pronto Socorro de Cuiabá	126	125	180
<b>Total: 1.359 demandas</b>				
* 128 representa tão somente o universo do segundo semestre de 2016, tendo em vista que no 1º semestre esse item foi registrado no relatório da Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS em percentagem e não foi possível quantificá-lo.				

Fonte: Relatório de registro de demanda Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS 2015/2016/2017.

### 3.3 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Fazendo a análise do universo pesquisado, temos os seguintes dados extraídos dos relatórios da Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS. No ano de 2015, os canais

de acesso da ouvidoria registraram um total de 1.504 manifestações, e, dessas, até o fechamento do relatório do corrente ano, 1.245 situações foram resolvidas e finalizadas após a intervenção da ouvidoria, representando um percentual de 83% de resoluções.

Em 2016, foram registradas nos canais de acesso da Ouvidoria um total de 2.240 manifestações, sendo que desse quantitativo no primeiro semestre do corrente ano foram registrados 925 manifestações, e nesse universo até ao fechamento do relatório, 600 manifestações foram resolvidas representando 65% de soluções. As manifestações de maior prevalência estão relacionadas à falta de acesso dos usuários para realização de exames, evidenciando um percentual de 23%. Nesse grupo, foram apontados novamente a dificuldade do sistema de saúde na regulação e autorização de exames principalmente os cardiológicos e de imagens.

Já no segundo semestre do referido ano, foram registradas nos canais de acesso da Ouvidoria 1.315 manifestações, e nesse universo até a finalização do relatório da ouvidoria, 838 processos foram finalizados, resolvidos e retornados aos usuários. Nesse semestre, as manifestações com maior prevalência referiram-se a dificuldade do acesso dos usuários para realização dos seus exames de saúde, contabilizando um percentual de 26%.

No ano de 2017, foram registrados nos canais de acesso da ouvidoria uma somatória 2.590 manifestações. Desse universo no primeiro trimestre foram registradas 827 manifestações, e até o término do relatório da Ouvidoria 519 processos haviam finalizados com retorno ao usuário representando um percentual de 63% de resolução.

No segundo período, o relatório de gestão foi semestral de abril a setembro, onde foram registradas 1.254 manifestações, sendo que dessas, 785 processos foram finalizados até o fechamento do relatório, representando um percentual de 63% de processos resolvidos com os devidos retornos aos usuários. Já no terceiro período, o relatório da ouvidoria foi realizado em caráter trimestral de outubro a novembro, com registros de 509 manifestações, e nesse universo, 276 foram resolvidas, perfazendo um percentual de 53% de processos.

As manifestações realizadas pelos usuários com maior prevalência foram à dificuldade de acesso a realização dos exames pelo SUS, contabilizando um percentual somatório de 69%. Os usuários expressaram à ouvidoria que estavam

com os nomes em fila de espera aguardando vaga sem previsão de agenda para regulação e autorização via SISREG.

Em segundo lugar no índice de manifestação nos três períodos do relatório de 2017, referiram-se à demanda de medicamentos/materiais hospitalares, contabilizando uma somatória de 48%, e nessas manifestações a busca dos usuários foram pelos medicamentos que estavam em falta na rede, referente a saúde mental e problemas de saúde cardíacos.

Em terceiro lugar no primeiro período de 2017, as manifestações com maior prevalência foram as demandas que se referiam a consultas especializadas no quesito do acesso e fila de espera sem perspectiva de agendamento pelo sistema, principalmente os casos clínicos que necessitavam do atendimento de especialistas nas áreas de neurologia, oftalmologia, ortopedia, endocrinologista, cirurgia vascular, cardiologia, urologia, reumatologia e alergista.

Em todas as manifestações dos usuários, de acordo com os relatórios apresentados à plenária do Conselho, a Ouvidoria cumpriu o seu papel “de viabilizar os direitos dos cidadãos de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS” (OUVIDORIA/SUS/CUIABÁ/CMS). Ainda como forma de assegurar o direito do usuário, a fim de terem sua demanda de saúde atendida, os processos que encontravam-se pendentes aguardando finalização, a ouvidora continuava acompanhando e cobrando a resolução da situação ou demais providências conforme governabilidade da ouvidoria.

Um importante fator da relação da ouvidoria com os usuários quando a procura para manifestarem principalmente nas questões que envolvem a dificuldade no acesso, cerceamento de direito à saúde e demais questões que envolvem a violação dos princípios do SUS, é o fator do acolhimento do usuário pela ouvidoria, no sentido de viabilizar a escuta desse usuário, uma vez que essas também são possibilidades de intervenções, pois a escuta poderá “permitir o reconhecimento das demandas das sociedade em relação à atenção à saúde” (OUVIDORIA/SUS/CUIABÁ/CMS).

A escuta representa a aproximação com o usuário e possibilita encaminhamentos junto ao sistema organizativo da rede de saúde pública local, a fim de resolução da demanda apresentada pelo cidadão, procedimentos e providencias que compete a ouvidoria enquanto mecanismo democrático do SUS

em benefício do usuário. Os encaminhamentos foram alinhados ao perfil das situações apresentadas, e direcionados aos diversos segmentos da gestão: Secretário de Saúde, Superintendência do Hospital Pronto Socorro de Cuiabá, hospitais prestadores de serviços, secretarias adjuntas de operações, chefias imediatas e suas respectivas coordenadorias, diretorias, corregedoria Geral do Município de Cuiabá, em todos os encaminhamentos foram enfatizados os prazos de resposta e solução.

Observa-se, nos dados apresentados, que as manifestações dos usuários representam a busca da garantidos dos seus direitos enquanto usuário do SUS, uma vez que esse direito está assegurado nas premissas e diretrizes do SUS conforme o que estabelece Constituição.

Um aspecto importante a ser ressaltado na atuação da Ouvidoria diz respeito à sua preocupação em facilitar/criar canais de expressão das manifestações dos usuários. Nesse sentido, foram criados postos de atendimentos nas unidades de saúde nas UPAS Morada do Ouro UPA, Pascoal Ramos, HPSMC, Centra de Regulação, ramificando os seus canais de acesso, saindo do nível central e instalando-se dentro das unidades de referência de saúde do Município. Entendemos que essa é uma forma de aproximação com a realidade do usuário, além da escuta a Ouvidoria se concretiza de forma desburocratizada como forma de acolhimento, visando o “exercício de cidadania para a construção de uma sociedade participativa” (RELATÓRIO OUVIDORIA/SU/CUIABÁ/CMS, 2015,2016, 2017).

Ao constituir-se como uma ferramenta do Conselho Municipal de Saúde para ouvir o cidadão, a ouvidoria cria possibilidades reais de escuta e intervenção na realidade vivida pelo usuário do SUS, produzindo indicativos sobre os limites operacionais do sistema que poderão influenciar na melhoria e qualidade da assistência oferecida aos usuários. A atuação da ouvidoria transcende o atendimento da demanda individualizada, pois, ao sistematizar as manifestações dos usuários, por meio dos relatórios de gestão e pautada na plenária do Conselho de Saúde, torna-se ferramenta para subsidiar deliberações para a coletividade (RELATÓRIO OUVIDORIA SUS CUIABÁ/CMS, 2015; 2016; 2017).

A atuação da Ouvidoria busca fortalecer a defesa do SUS, expondo suas lacunas operacionais que refletem diretamente nos serviços prestados aos cidadãos. A provocação para o debate ocorre não somente na plenária do Conselho para consubstanciar suas deliberações, mas também demanda proposta através das

conferencias municipais de saúde junto ao conselho e promove discussões referente atuação da hierarquias nos serviços da rede, ou seja, dos gerentes e coordenadores em benefício do monitoramento, reorganização dos trabalhos e promoção de capacitações quanto ao tratamento adequado aos usuários, e demais condutas que podem contribuir com a gestão do SUS e garantir o direito de quem procura a rede.

Outra questão registrada no relatório diz respeito às condutas da Ouvidoria ao fazer as devidas intervenções no sentido dos contatos e verificação da resolução imediata de uma demanda apresentada junto aos setores envolvidos. Seu objetivo está em “tornar o cidadão mais próximo da gestão do SUS. Buscar resolutividade de situações individuais e coletivas. Identificar os pontos críticos dos serviços de saúde. Produzir informações que subsidiam o gestor nas tomadas de decisões”. (OUVIDORIA SUS/CUIABA/CMS).

Como a ouvidoria integra a estrutura normativa do Conselho de Saúde, suas ações e recomendações são pautadas para o debate no pleno, podendo ela também convocar os gestores para discussão sobre enfrentamentos das situações de saúde local, em busca de garantia da defesa do direito do usuário e melhorias no sistema de saúde, a ouvidoria atua também em parceria com outros instrumentos do controle social como o Ministério Público e as Defensorias Públicas.

As pautas de discussão no Conselho são definidas a partir das demandas encaminhadas à Ouvidoria. Nesse sentido, os relatórios de gestão da Ouvidoria, que subsidiaram as discussões referentes a melhorias no sistema de saúde local, apontaram a seguintes questões para plenária do Conselho: conforme considerações e recomendações segundo relatório de 2015, 2016 e 2017 elaborado pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS, após análise e devidos encaminhamentos pertinentes a cada manifestação apresentada referente às demandas atendidas, para pauta de discussão e possíveis recomendações na plenária do Conselho, que fora emitido pelas ouvidoras em exercício:

- **Aspectos referentes à:**

Central de regulação do sistema de saúde local:

Situações problemáticas a serem enfrentadas:

- Consulta especializada/demora no agendamento.

- O Sistema Nacional de Regulação- SISREG<sup>13</sup> não classificados pacientes com observações nas legislações específicas quanto ao direito e principalmente nos critérios de prioridade referente a idosos, e situações clínicas de urgências.

-Exames sem prestadores de serviços;

-Longas filas de espera para realização de cirurgias;

-Penalidades a prestadores de serviços que não cumprem o estabelecido do contrato;

-Padronizar o sistema de distribuição de vacina;

- **Recursos Humanos:**

Implementar e fortalecer a política de educação permanente em saúde e a política Nacional de Humanização- SUS, para fortalecer o debate sobre significado da política de humanização no âmbito da saúde, a ouvidoria articula ao seu processo de trabalho ações educativas com a rede pública de saúde da esfera municipal, com itinerários de reuniões nas unidades de saúde para implementação dessa política nas unidades, e discussões com a gestão das coordenações e níveis de cuidado quanto as mudanças necessárias no sistema organizativo dos serviços de saúde para melhor atender a necessidade do usuário.

-Fazer cumprir o prazo estabelecido de retorno de processos da ouvidoria e possíveis estratégias para evitar morosidade em processos;

-Fortalecer a fiscalização e auditorias com relação aos prestadores de serviços do SUS ( exames, cirurgias e consultas).

-Fortalecer parcerias intersetoriais com a Corregedoria e a Procuradoria Municipal de Cuiabá.

Essas questões/problemas requerem soluções e enfrentamentos estruturais de modo a contribuir com as melhorias no sistema de saúde local, e reorganizar o sistema de regulação dos serviços de saúde, principalmente nos quesitos dos prestadores de serviços da rede que são insuficientes para atender a demanda, e a necessidades em credenciar mais referências para os procedimentos de saúde, e de ampliação da rede de assistência e de fiscalização no cumprimento real do que esta estabelecido nas contratualizações dos serviços.

---

<sup>13</sup>SISREG: é um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. BRASIL, MINISERIO DA SAÚDE)

É importante destacar que o cenário da saúde pública no Brasil por longas datas vem sofrendo graves desajustes financeiros com diversos cortes que interferem diretamente no sistema de saúde local, principalmente no quesito dos investimentos nas atenções de saúde na esfera municipal, nas estruturas da atenção básica da prevenção promoção da saúde e investimentos tecnológicos nos cuidados que perpassam pelos equipamentos a capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento com excelência aos usuários de forma integral numa perspectiva de sujeito de direto e protagonista do processo que envolve saúde e doença.

É nesse sentido que destacamos a importância da ouvidoria trazer para a discussão a questão do fortalecimento da Política Nacional de Humanização - PNH estabelecida pelo Ministério da Saúde, como prática de trabalho e estrutura de atendimento de qualidade em todos os níveis de atenção e cuidado. A PNH traduz-se como ferramenta que envolve vários segmentos que contemplam a valorização das complexidades das extensões humanas e propõe o resgate da autonomia e o protagonismo quanto à inserção do usuário no cenário do atendimento e cuidado.

A ótica da humanização fundamenta-se em uma política que deve estar atrelada em todas as instâncias dos serviços de saúde e principalmente no cuidado e trato do usuário, nas relações de trabalho em rede, multiprofissionalidade, recursos e equipamentos sociais em benefício dos cidadãos, pois o processo que envolve o sistema de saúde é complexo e não limita-se ao aspecto de doença, abrange um sistema social com determinantes da questão social, relação dos bens e serviços produzidos pela sociedade, e se as tecnologias de saúde produzidas estão ao alcance dos usuários e, sobretudo, do papel do Estado nessa relação em garantir o direito ao acesso e serviço de qualidade.

Porém, o que se observa no cenário atual de saúde é que o Estado brasileiro está na contramão desse processo. Os dados levantados nos relatórios de gestão da Ouvidoria referente aos anos de 2015 a 2017 revelam um aumento de 72.2% nas manifestações dos usuários por atendimento de suas demandas de saúde, por serviços inexistentes no sistema de saúde, ou não foram suficientemente atendidos pelo Estado.

Apesar de todas as dificuldades estruturais do sistema de saúde, que vêm causando vários enfrentamentos cotidianos que atingem diretamente o direito do

usuário, a Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS tem buscado respostas por meio dos setores competentes do sistema local de saúde e dar visibilidade à demanda do usuário “com a finalidade de divulgar informações e demonstrar as manifestações registradas para subsídios às ações na área da saúde”(RELATÓRIO OUVIDORIA SUS CUIABÁ/CMS, 2015,2016, 2017).

Os problemas estruturais do SUS refletem o desmonte do sistema de proteção social orquestrado pela política neoliberal, com redução dos investimentos na área saúde e contingenciamento no repasse orçamentário para o sistema municipal de saúde, que assumiu mais responsabilidades fiscais referente às ações de promoção da saúde, porém a lógica de repasse orçamentário não correspondem a real necessidade dos municípios, visto que o governo federal deixou de assumir serviços na área da saúde e aumentou ainda mais arrecadação nos seus cofres, o que traz maior dificuldades operacionais e de recursos financeiros para os municípios sendo que em:

[...] 93, o município respondia por 16% em saúde, hoje é 31%. O governo federal inverteu. Respondia por 72%, hoje 42%. 60% de tudo que se arrecada no país fica na união e apenas 20% fica no município. Então, o município hoje é o que mais aplica em saúde. Precisa inverter essa lógica (CÂMARA NOTICAS, SAUDE, publicado em 06/06/2018).

Outro fator que contribui com o subfinanciamento do SUS, interferindo drasticamente na questão estrutural da saúde e reduzindo ainda mais os investimentos nas políticas públicas, direito e assistência em saúde, é a política econômica do atual governo, que impôs, por meio da Emenda Constitucional 95, restrições de gastos sociais até 2036.

Essa é uma questão que tem despertado preocupação nos espaços de defesa do SUS, e que deve ser amplamente discutida por todos os setores da sociedade numa perspectiva de reversão dessa Emenda, tendo em vista que está veio tão somente para desmontar o ideário Constitucional do sistema de seguridade social e intervir de maneira insatisfatória no significado da saúde pública e, sobretudo questionar a universalidade de acesso e limitar ainda mais o papel do Estado em assegurar direito e políticas de cidadania.

Os mecanismos de controle social como a Ouvidoria SUS/Cuiabá/CMS são ferramentas importantes no debate e fortalecimento das políticas públicas, o seu

processo de trabalho tem contribuído com a discussão em defesa do fortalecimento do SUS. É nessa perspectiva que a 12ª Conferência Municipal de Saúde de Cuiabá, intitulada em: “Pela manutenção dos Direitos sociais e contra o desmonte do SUS”, promovida pelo Conselho Municipal de Saúde, debateu a importância do SUS para a sociedade e sua prerrogativa de ser uma conquista do povo Brasileiro e um direito social de todos. Para aprofundar esse debate a Conferência estabeleceu os seguintes eixos temáticos:

### **1-Fortalecimento e ampliação da participação social**

- Participação social;
- Garantia de direitos;

### **2-Modelo de atenção**

- garantia e melhorias do acesso;
- Organização dos serviços de saúde;

### **3- Gestão do SUS**

- Financiamento do SUS;
- Valorização do trabalho e da educação em saúde.

Os eixos apresentados retomam a discussão da reforma sanitária em defesa e permanência do SUS. SUS esse, que foi idealizado na Constituinte Brasileira como Universal e política de Estado. Mediante a crise estrutural da saúde pública é de fundamental importância trazer a discussão cotidiana em todos os cenários sociais quanto à magnitude do SUS para o sistema de proteção social de direito e cidadania.

As demandas manifestadas pelos usuários são adensadas cotidianamente por problemas desencadeados principalmente pelo subfinanciamento da saúde pública, política de privatização e fragmentação dos serviços e gestão ineficiente. Nesse sentido, a manifestação dos usuários nos mecanismos de controle social pode ser uma forma de enfrentamento, visibilidade e debate que possibilitam o fortalecimento da defesa do direito e da mediação com os mecanismos gestores de forma autônoma e independente, na implementação das ações coletivas em prol da efetivação dos princípios Constitucionais do direito integral a saúde.

Os meios de acesso são possibilidades de ampliação da participação do usuário em manifestar como está a saúde pública local por meio das suas demandas e necessidades em saúde. A ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS, tem buscado

ampliar a participação através dum processo educativo de orientação e informação do cidadão quanto aos seus direitos, e para isso realiza os trabalhos de ouvidorias itinerantes onde o ouvidor vai até aos usuários e trabalhadores nas unidades de saúde mediante solicitação dos mesmos ou por indicativos advindas das manifestações dos usuários.

Assim, entendemos que diante da análise do nosso objeto, dos dados levantados no recorte temporal da pesquisa nos revelaram a importância da ouvidoria enquanto instrumento de apoio do Conselho Municipal de Saúde Cuiabá, que possibilita aos usuários demonstrar as dificuldades operacionais do sistema público de saúde local nos vários espaços que integram a estrutura organizacional da ouvidoria. Sua atuação enquanto instrumento do controle social no âmbito do SUS, contribui com a discussão e resoluções junto aos mecanismos democráticos deliberativos e com a participação social em defesa da garantia das diretrizes do SUS.

Propõem recomendações pertinentes que podem contribuir com a transformação das lacunas existentes no sistema público de saúde local, como: mudanças no sistema de regulação de consultas exames e demais procedimentos de saúde, no sentido de aumentar números de prestadores, observação nos critérios de regulação de urgência e prioridades conforme legislação. As intervenções proposta pela ouvidoria trazem reflexões que ultrapassam os limites da organização dos serviços da rede, mas sobretudo promove a participação do cidadão no exercício do controle social das políticas públicas e reforça a discussão entre usuários e gestores com a intenção de promover o fortalecimento das políticas de proteção social e do direito de um saúde pública com qualidade e eficiência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo norteador analisar a atuação da ouvidoria geral do SUS /Cuiabá/CMS, enquanto instrumento de participação social em defesa do fortalecimento do SUS, com vistas à garantia do acesso ao direito à saúde da população usuária.

Desta forma, a partir do processo de trabalho da ouvidoria e dos relatórios de produção da demanda atendida, levantamos as manifestações de maior prevalência e os devidos encaminhamentos e intervenção no sistema organizacional da rede pública municipal de saúde, a fim de apontar meios de resolução para as situações apresentadas ou enfrentadas pelos usuários na medida em que esses buscam os serviços da rede de saúde e não são atendidos.

Na análise dos materiais de consulta, tanto os bibliográficos quanto os dados empíricos, observamos a importância do sistema único de saúde para a política de proteção social e no processo da construção da cidadania. Retratou-se ainda o universo que antecedeu a promulgação da Lei 8.080/90 que regula e legisla a saúde pública no Brasil, bem como a história pregressa que culminou na criação desse que é o maior sistema público de saúde do mundo. Notamos que os mecanismos de participação social e os movimentos organizados foram essenciais para fazerem as devidas provocações e discussão no cenário do Estado brasileiro, para efetivação e transformação da política de saúde, pois, até então, a assistência à saúde dos cidadãos restringia-se tão somente àqueles que estavam inseridos no processo de trabalho e na relação de mercado, e para os que não pertenciam a essa realidade, restavam a filantropia e a residualidade do Estado.

A consolidação do SUS, assim como as demais políticas que estruturam o sistema de seguridade social, representou um resgate da dívida do Estado em relação às graves disparidades sociais ocasionadas pelas ausências de políticas públicas e da intervenção efetiva do Estado nos segmentos que correspondem os determinantes sociais. Porém, há décadas a sociedade brasileira, principalmente os espaços de controle social, vem enfrentando a grave crise social desencadeada pelas investidas governamentais de desmontar a política de proteção social, expondo a ela sobras financeiras do sistema econômico, favorecendo ações na saúde de maneira fragmentadas, refilantropizadas e ineficientes.

Nesse processo de desafios, retomamos a idealização do movimento da reforma sanitária, que foi um instrumento social na esfera da saúde pública que aconteceu em todo o território Brasileiro nas décadas de 1970 e 1980, em favor da construção de uma política pública de saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado em assegurá-la em todos os níveis e complexidades.

E foi por meio da mobilização e organização política da sociedade que houve a garantia dos princípios da Constituição de 1988 no Título III, que estabelece o princípio da Ordem Social no seu Art. 193. “A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça social” (BRASIL, CONSTITUIÇÃO DE 1988, CAPÍTULO I).

As lutas para efetivação desses princípios não se exauriram na Promulgação da Constituinte, mas, configuram-se como um processo contínuo de desafios e de lutas sociais de enfrentamentos com intenção de provocar discussões e bases sólidas contra a resistência do Próprio Estado em garantir a efetivação dos direitos estabelecidos na Constituinte. Uma vez que as políticas do Estado tem demonstrado retrocesso quanto à efetivação da cidadania, e restringindo cada vez mais intensamente questão da universalidade da proteção social, em detrimento de legislar em benefício do capital financeiro e equilíbrio da política de mercado.

E na prerrogativa da necessidade do enfrentamento das mazelas sociais e da provocação do Estado para que assegure o seu dever de cuidar e intervir na efetivação da justiça social e direitos, percebemos que o viés de luta se dá pelo processo democrático e da participação social.

Desse modo, no decorrer do processo de leituras e aproximação com a realidade pesquisada, observamos que os espaços de controle social na esfera da saúde pública são mecanismos reais que vem ao longo da história da construção do SUS, atuando como instrumento democrático de discussão política e deliberativa em benefício de uma saúde pública eficiente e de qualidade para a população Brasileira.

As discussões políticas e as possíveis deliberações ocorrem em vários cenários da participação coletiva como: conselhos, conferências, fóruns e ouvidorias públicas de controle social. Diante de grave crise social esses movimentos têm contribuído na junção das forças políticas em benefício do cumprimento das bases Constitucionais, e com a intenção de fazer cumprir os ideários da reforma sanitária

por meio de um sistema de saúde 100% público gerenciado e resolutivo pelo Estado, contrapondo ao projeto neoliberal do desmonte das políticas públicas.

No decorrer da nossa pesquisa empírica, observamos a importância política do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá em instituir uma ouvidoria de controle social, como forma de aproximar-se da realidade sanitária e das manifestações das necessidades dos usuários. Entendemos que essa ouvidoria no cenário da política pública local é um espaço democrático desburocratizado de amplo acesso para manifestação da população usuária, e traz no desenvolvimento de suas ações elementos expressivos que serão debatidos e expostos a gestão local. E além disso amplia o processo orientativo educacional na medida em que recebe o usuário para manifestar o seu direito que foi negligenciado pelo sistema de saúde, manifestações essas, que podem cooperar com a gestão na organização dos serviços necessários à população, afim de, favorecer o cumprimento dos direitos preconizados na legislação do SUS.

As graves investidas das políticas neoliberais adotadas pelo governo brasileiro contra os direitos sociais vêm ocasionando um ciclo de crise estrutural nos segmentos que compõem a seguridade social nos seus três níveis de sustentação, no que tange a política de assistência social, previdência e política de saúde. A causa da crise no sistema de proteção social não limita-se apenas em se construir uma gestão mais eficiente, racionalização de metas que o Governo traz à tona como sinônimo de contenção de gastos, mais, a crise acima de tudo está sustentada por um projeto político de Estado em restringir o financiamento das políticas públicas e também filantropizar a assistência social e reduzir cada vez mais os direitos previdenciários, com cortes e critérios rigorosos na concessão dos benefícios da previdência, tornando-a burocrática e distante da população, principalmente restringindo o acesso e as informações quanto aos direitos previdenciários dos assegurados.

A restrição dos direitos desencadeados pela desassistência do Estado em garantir a proteção social de maneira ampliada, universal e equânime significa uma afronta às conquistas sociais e a luta da democracia. E percebemos que esse contexto de precarização, privatização, desregulação do universo que assegura a legislação das políticas de proteção social faz com que acirre a luta e sobrevivência dos espaços de democrático de controle social, pois a política orquestrada pelo governo é unilateral de apenas um significado, ou seja, regula tão somente de forma

ampliada o que diz respeito ao mercado ao controle financeiro e aumento de impostos, e para as ações de caráter social ficam apenas as sobras cada vez mais escassas.

Essas contradições sociais refletem em cerceamento e violação de direitos, orquestrado pelo Estado liberal que se mostra inerte as mazelas sociais que contradiz a todo momento os pilares Constitucionais, e nega o acesso universal estabelecido no SUS e expõem a população a diversas violações de direitos sociais. Essa realidade nos remete a percepção de um estado além do caos, mas da barbárie social é uma luta de extrema desigualdade.

Enfatizamos que a grave crise estrutural na saúde pública é reflexo de um processo histórico que traduz em subfinanciamento e ingerência que convergem nas investidas do governo em desconstruir o SUS e as demais políticas públicas, recaindo diretamente na efetividade e garantia dos direitos sociais.

Apesar da grave crise estrutural, entendemos que a resistência e o enfrentamento vêm tão somente pela democracia. Nesse contexto, as possibilidades de participação que são construídas no controle social representam mecanismos de forças que podem debater, mostrar, cobrar, fiscalizar, provocar, requisitar e mobilizar. Esses dispositivos colaboram na construção de políticas públicas e legitimam os espaços democráticos, suas deliberações e participação social. Quando trazemos a questão dos enfrentamentos em defesa da manutenção da universalidade do SUS e das demais políticas de proteção social, enfatizamos que essa luta não limita-se apenas aos espaços institucionalizados de controle social, mas deve ser uma luta política da sociedade, em proclamar que o capital social representa o investimento na vida e nenhum outro patrimônio tem significado maior que esse.

Dessa forma, ressaltamos a importância política das ouvidorias de controle social na saúde em dar voz aos usuários e representá-los junto ao espaço deliberativo. A Ouvidoria SUS Cuiabá/CMS por meio do seu processo de trabalho tem cumprido as exigências das políticas legais, atendendo os usuários nas demandas de saúde, buscando resolução das situações apresentadas, articulando forças com a rede e demais políticas setoriais em defesa do SUS, que é política pública de direito social, aprimorando o debate com os canais do controle social e com a gestão nos aspectos políticos e operacionais do sistema de saúde local, o qual deve ser tratado como ação prioritária na gestão governamental para atender

de forma integral as exigências dos níveis de cuidado com o objetivo de garantir a promoção, prevenção e a integração da política pública de saúde com as demais políticas que compõem o sistema de seguridade social.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, BRUNA DE; CISCATI, RAFAEL. **Investimento federal em saúde deverá cair novamente em 2017.** In: revista Época. Disponível em: <https://epoca.globo.com/.../investimento-federal-em-saude-devera-cair-novamente-emsaude>. 06. Set. 2016. Acesso em 26. Fev. 2018.

BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. **A Cidadania Ativa. Referendo, plebiscito e iniciativa popular.** São Paulo: Ed. Ática, 1996.

BRASIL. Plano Estadual de Saúde - PES, de Saúde – PES. MT 2016-2019. Relatório. Mato Grosso SES-MT: Cuiabá. 2017 129fls; 30 cm. Núcleo de Gestão Estratégica para Resultados. NGER/SES-MT.

\_\_\_\_\_. **Gestão do SUS/MT.** 2. Planejamento em Saúde. 3. Gestão-Financiamento. 4. Controle Social. 5. Relatório Técnico NGER, 2017. I. Ministério de Saúde, plano nacional de saúde- PNS 2016-2019, BRASILIA/ DF 2016.

\_\_\_\_\_. **Conferência Nacional de Saúde.** VIII, Brasília, DF, 1987.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1980.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1980

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142/1990** -Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. - Legislação Federal

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. *Guia de orientações básicas para implantação de Ouvidorias do SUS.* 2. ed. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Programa de Justiça Econômica, **Participação Social e Conselhos de Saúde.** s/d. Disponível em: <https://direitosociais.org.br/media/uploads/caderno-modulo-4-conselho-gestor.pdf> Acesso em 28 de Jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Portal Brasil. **População teve acesso a 1,4 bi de consultas médicas pelo SUS em um ano.** Saúde. 2015. Acesso em: 26. Fev. 2018.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. **PORTAL DA SAÚDE.** Disponível em: [saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/.../se-cit/l1...cit/17164-cit](http://saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/.../se-cit/l1...cit/17164-cit). Acesso em: 24 de Mai. de 2017.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde Secretaria Executiva Departamento de Apoio à Descentralização. **Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasília – DF. 2004.

\_\_\_\_\_.Portal da Saúde. **71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência**. In: *Pesquisa Nacional de Saúde* - Portal Brasil.Publicado: 02. Jun. 2015. Disponível em: [www.blog.saude.gov.br/.../35588-71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude](http://www.blog.saude.gov.br/.../35588-71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude). Acesso em 26. Fev. 2018.

\_\_\_\_\_.**Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_.Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2015.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**.Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília, s/d.

\_\_\_\_\_.**Ex-ministros divergem sobre a causa dos problemas da saúde pública**. Disponível em: [www2.camara.leg.br › Comunicação › Câmara Notícias › Saúde](http://www2.camara.leg.br › Comunicação › Câmara Notícias › Saúde). Acesso em: 6 de Jun. de 2018.

\_\_\_\_\_. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. O SUS no seu município- Garantindo saúde para todos**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília – DF, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. In: *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 109, p. 126-150. jan./mar. 2012.

BRAVERMAN. H. **Trabalho e Capital monopolista: a degradação do Trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

BRAVO, Maria Inez Souza. et al, (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. –SP: Cortez: RJ: UERJ, 2006.

\_\_\_\_\_.**Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Serviço Social & Sociedade. São Paulo, Cortez, n. 88, 2006.

\_\_\_\_\_. **Política de Saúde no Brasil**. Versão revista e ampliada dos artigos: “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: Capacitação para

Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. **O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem Paga a Conta?** In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, s/d. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-3.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-3.pdf). Acesso em: 26 Mai. 2018.

CARVALHO, Gilson. **Saúde pública no Brasil**. São Paulo, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002). Acesso em: 14. Mai. 2018.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção de Saúde: Sujeito e Mudança**. 2ª edição — São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

COSTA, AM; VIEIRA, NA. **Participação e controle social em saúde**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from Scielo.Books <<http://books.scielo.org>>.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Notas sobre cidadania e modernidade**. Praia Vermelha, Universidade Federal do Rio de Janeiro, v. 1, n.1, 1o sem. de 1997. p. 145-65.

COELHO, Juliana Sousa. **Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação**. In: Revista Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.138-151, 2012.

CORREA, Maria Valéria Costa. **Controle Social na Saúde**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-6.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-6.pdf), s/d. Acesso em: 15: Jun. 2018.

COSTA, A M ;VIEIRA, N A. **Participação e controle social em saúde**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. p. 237-271.

COSTA, Wildce da G. A.; MAEDA, Sayuri T. **Repensando a Rede Básica de Saúde e o Distrito Sanitário**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 57, jan/abr. 2001.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário: Origens das Políticas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes Editora, 1986.

CORREIA. Maria Valeria Costa. **Que Controle Social na Política de Assistência Social?** In: Revista Quadrimestral de Serviço Social. Ano XXII-n. 72. Cortez, São

Paulo, 2002.

COUTINHO, Carlos Nelson. **De Rousseau a Gramsci: ensaios de teoria Política**. São Paulo. Boitempo, 2011.

CHEREN, Luiz Eduardo Dado; CRUZ, Paulo Márcio; RAMOS, Flávio; LACERDA, Emanuela Cristina Andrade; MOREIRA, Ana Selma; COELHO Fernando Laélio. **Parlamento, democracia representativa e democracia participativa**. Revista Eletrônica Direito e Política, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v.3, n.2, 2º quadrimestre de 2008. Disponível em: [www.univali.br/direitoepolitica](http://www.univali.br/direitoepolitica) - ISSN1980-7791.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Resolução N° 21/99/CMS**, Cuiabá, 06. Jul. 1999.

DAVI, J; MARTINIANO, C; PATRIOTA, LM.,orgs. **Seguridade Social e Saúde-Tendências e Desafios**.Campina Grande – PB. 2ª Edição, 2011.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos da Teoria Geral do Estado**. 24 ed. atual. São Paulo: Saraiva, 2003.

DAGNINO, EVELINA. **Construção democrática, neoliberalismo e participação:os dilemas da confluência perversa**. Revista Política & Sociedade N° 5 outubro de 2004.

DAVI, Jordeana. MARTINIANO, Claudia; PATRIOTA, Maria Lucia (orgs). **Seguridade social e saúde: tendências e desafios**.

DANIELLE, SACHETTO RIBEIRO. **O direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos?** . JUIZ DE FORA – MG. OUTUBRO DE 2014.

D'ÁVILA, Luciana Souza ;SALIBA, GracianeRafisa. **A efetivação do direito à saúde e sua interface com a justiça social**. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte/MG, Brasil, 2016.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana; NOGUEIRA, Roberto Passos. **SEGURIDADE SOCIAL: REDEFININDO O ALCANCE DA CIDADANIA**. In: Políticas Sociais: acompanhamento e análise, s/d. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4347/1/bps\\_n17\\_vol01\\_seguridade\\_social.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4347/1/bps_n17_vol01_seguridade_social.pdf). Acesso em: 29. Mai. 2018.

DIAS, E. F. **Sobre a leitura dos textos gramscianos**. In: DIAS, E. F. et al. O Outro Gramsci. São Paulo: Xamã, 1996.

DOSSIÊ. **Não à PEC 241**. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/dossies-tematicos/nao-a-pec-241/>. Acesso em: 24 Fev. 2018.

EDITORIAL. **Brasil: desigualdades sociais.** | *O POVO Online*. Disponível em: <https://www.opovo.com.br/jornal/opiniao/2018/01/editorial-brasil-desigualdades-sociais-intensificam-se.html> 24 jan. 2018. Acesso em: 23 de Jun. de 2018.

ESTADÃO. **Gastos do governo federal com saúde e educação caem 3,1% em 2017.** Disponível em: <https://economia.estadao.com.br/.../geral,gastos-do-governo-federal-com-saude-e-educacao>. Acesso em: 6 de fev de 2018.

FARIAS, Flávio Bezerra de. **O Estado Capitalista Contemporâneo: para a crítica das visões regulacionistas**, 2.ed. São Paulo. Cortez, 2001.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e participação sociopolítica.** Coleção questões da nossa época; v. 84. São Paulo. Cortez, 2001.

LIMA, Nísia Trindade et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Editora FIOCRUZ. 2005

LOPES, Arenice Ribeiro. **Ouvidoria do SUS: Instrumento de Controle Social e de Gestão (uma análise no município de Cuiabá; Período - 2004).** Monografia; (Aperfeiçoamento/Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Universidade Federal de Mato Gross, 2007.

LYRA, Rubens Pinto Lyra. **Democracia Representativa X Democracia Participativa: a representação do Estado e da Sociedade Civil nos conselhos de Políticas Públicas.** Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/rubenspinto/rubens\\_democracia\\_representativa\\_participativa.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/rubenspinto/rubens_democracia_representativa_participativa.pdf). Acesso em: 14. Mai. 2018.

\_\_\_\_\_. **“Ouvidor: o defensor dos direitos na administração pública brasileira”.** In: Autônomas x Obedientes. A Ouvidoria Pública em debate. Rubens Pinto Lyra, João Pessoa: UFPB, 2004.

MARIO, CAMILA GONÇALVES DE. **Ouvidorias Públicas Municipais no Brasil.** Campinas, 2006, 146 f. Dissertação (Mestrado em Urbanismo), Centro de Ciências Exatas, Ambientais e Tecnológicas. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

MÉSZÁROS, István. **A Montanha que devemos conquistar.** São Paulo: Boi tempo Editorial, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda.** In: REVISTA MINEIRA DE SAÚDE PÚBLICA, Nº 04, ANO 03. JANEIRO A JUNHO/2004.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Editora Vozes. RJ, 2009.

MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (orgs). **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE- Formação e Trabalho Profissional.** Cortez: São Paulo, 1.Ed., 2016.

OUVIDORIA/SUS /Cuiabá. **Relatório de Gestão, 2015 a 2017.**

PAIVA, Carlos Henrique Assunção ;TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. **Proteção social contemporânea: cuiprodest?.** In: Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 116, p. 636-651, out./dez. 2013.

\_\_\_\_\_. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais/** Potyara A. P. Pereira-2. ed.- São Paulo: Cortez, 2002.

PINHEIRO, Roseni. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Todos os direitos reservados. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde. Rio de Janeiro – RJ, 2009.

PRODANOV, Cleber Cristiano ;FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PAIM, JS. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online].** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

RAICHELIS, Raquel. **Desafios da gestão democrática das políticas sociais”.** In: Capacitação em serviço social e política social. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Módulo 3. Política Social, 2000.

\_\_\_\_\_. **Esfera Pública e Conselho de Assistência Social: Caminhos da construção democrática.** São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. **Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática.** Ed. Cortez, São Paulo, 7ª edição, 2015.

REDE BRASIL. **Governo Temer é responsável por avanço da desigualdade social no Brasil.** Redação RBA. Publicado em: 17 de Abr. 2018. Disponível: <http://www.redebrasilatual.com.br/economia/2018/04/governo-temer-e-responsavel-pelo-vanco-da-desigualdade-social-no-brasil>. Acesso em: 22 Jun. 2018.

ROLIM, L. B; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa.** Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar, 2013.

SANTOS, Marta Alves. **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos.** Associação Brasileira de Ensino Universitário (ABEU-RJ). Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013. Recebido em 10.03.2013. Aprovado em 02.07.2013.

SANTOS, Marta Alves. **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos.** Associação Brasileira de Ensino Universitário (ABEU-RJ). R. Katál., Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013

SPOSATI, Aldaíza. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 116, p. 652-674, out./dez. 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ. **Regimento Interno. Conselho Municipal de Saúde.** s/d.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** Coordenadoria de Planejamento. Cuiabá, 1999.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº 21/99** trata das normas que regula a ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual da Ouvidoria de Saúde.** Conselho Municipal de Saúde. Cuiabá, 2015.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual da Ouvidoria de Saúde.** Conselho Municipal de Saúde. Cuiabá, 2016.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual da Ouvidoria de Saúde.** Conselho Municipal de Saúde. Cuiabá, 2017.

SILVA, Carlos Augusto Borges. ET al. (org) **Ouvidoria e Controle Social.** Salvador, 2006, 39 f. Monografia (Curso de extensão em qualificação de ouvidorias), Escola de Administração. Universidade Federal da Bahia.

SILVA, Ivone Maria Ferreira. **Conselhos de saúde: construindo uma nova linguagem.** Cuiabá: UFMT Editora, 1998.

SILVA, Marluce Aparecida Souza e. **Manual de Normalização para Trabalhos Acadêmicos: Artigos, Comunicações Científicas, Projetos e Dissertações.** UFMT. 2015.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina.** 3ª ed. São Paulo, Cortez, 2009.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. **Reflexões Teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária.** In: BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, 1989.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, p. 7-18, 1998.

YAAKOUB, M. C. **Controle democrático e intersetorialidade no Conselho Municipal de Assistência Social na cidade do Rio de Janeiro: construção de uma esfera pública e democrática?** Rio de Janeiro, RJ, 2005. Dissertação de mestrado UFF.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I - DEMONSTRAÇÃO DOS DADOS DAS MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS CANAIS DE ACESSO DA OUVIDORIA/SUS/CUIABÁ/CMS, CONFORME O RELATÓRIO OUVIDORIA 2015, 2016, e 2017

**1. MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ /CMS ANO 2015**

No ano de 2015, a gestão da Ouvidoria elaborou o relatório nos critérios de registro anual, e especificaram os tipos de demanda num panorama quantitativo numérico e percentual.

**Tabela 11 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA/SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADO A RECURSOS HUMANOS**

<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE</b>	<b>QTDE%</b>
Mau atendimento ( falta de: ética, cordialidade, orientações e informações adequadas).	142	45%
Falta de atendimento por ausência do profissional/negativa de atendimento médico, enfermeiro, técnico de vacina, agente comunitário de saúde.	117	37%
Denúncia de erro, negligência descaso no atendimento prestado pelo médico e enfermagem.	59	18%

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017.

**Tabela 12 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA/ SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE</b>	<b>QTDE%</b>
Falta de medicamentos na Atenção Básica e Secundária.	55	23%

Falta de material hospitalar.	54	23%
Solicitação de medicamentos da Atenção Básica e Secundária.	26	11%
Solicitação de material hospitalar.	100	43%

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017.

**Tabela 13 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA/ SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADO À CONSULTAS ESPECIALIZADAS**

<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE</b>	<b>QTDE%</b>
Dificuldade de acesso, demora excessiva para vaga de agendamento em consultas.	92	6%

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017.

**Tabela 14 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADAS A GRUPOS DE EXAMES**

<b>DEAMNDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE</b>	<b>QTDE%</b>
Demora quanto ao acesso à autorização dos exames.	161	11%
Denúncias de falta de prestadores de apoio diagnóstico pelo SUS e procedimentos que não constam na tabela SUS.	3	2%

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017.

**Tabela 15 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADAS A CIRURGIAS**

<b>TIPO DE RECLAMAÇÃO/MAIOR RECLAMAÇÃO</b>	<b>QTDE</b>	<b>QTDE%</b>
Demora quanto à autorização de cirurgias	116	91%
Demora quanto à realização dos procedimentos de cirurgias após autorização	11	9%

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017.

**Tabela 16 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADAS À ATENÇÃO PRIMÁRIA**

<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE</b>	<b>QTDE%</b>
Dificuldade para conseguir atendimento na Atenção Primária	18	19%
Horários para agendamentos de consulta inadequados	4	4%
Dificuldades quanto ao acesso a vacinas	44	46%
Dificuldades quanto ao agendamento de consulta	8	8%
Falta de segurança	3	3%
Estrutura física inadequada	7	7%
Dificuldade de acesso a saúde bucal	12	13%

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017.

**Tabela 17 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ /CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADAS À ATENÇÃO SECUNDÁRIA**

<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE</b>	<b>QTDE%</b>
Dificuldade de acesso ao ambulatório e atendimento	22	11%
Demora para conseguir atendimento	41	39%
Solicitação de Transporte Hemodiálise	35	34%
Estrutura Física Inadequada	7	6%

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017.

**Tabela 18- MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADAS À ATENÇÃO TERCIÁRIA**

<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE</b>	<b>QTDE%</b>
Estrutura Física inadequada do Pronto Socorro de Cuiabá.	2	2%
Falta de acesso a informação referente a usuários internados do Pronto Socorro de Cuiabá.	58	64%
Dificuldade de transferência de usuários internados no Pronto Socorro de Cuiabá.	10	12%
Falta de acesso aleito de UTI	5	5%
Solicitação de oxigenoterapia	6	5%
Solicitação de Home Care	10	12%

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017.

**Tabela 19 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADAS A EXAME**

<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE%</b>
Demora no acesso para realização dos exames	1%
Denúncias de ausência de serviços/ falta de prestador	99%

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017.

**Tabela 20 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2016 RELACIONADAS À CIRURGIA**

<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE%</b>
Demora em autorização e realização de cirurgia	55%
Demora para agendamento de cirurgia após autorização do procedimento	45%

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017.

## 2. MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ /CMS ANO 2016 PRIMEIRO SEMESTRE

### Tabela 21 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ NO ANO DE 2016 RELACIONADO A RECURSOS HUMANOS

No ano de 2016, a gestão da ouvidoria elaborou o relatório nos critérios de registro semestral, e especificaram os tipo de reclamação num panorama de percentual, porem no segundo semestre, registraram os tipos de reclamação num quantitativo numérico e percentual.

DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA	QTDE%
Mau atendimento pelos profissionais de saúde	58%
Denuncia por erros, negligencia descaso:por médicos e profissionais de enfermagem	9%
Falta de atendimento por ausência de profissionais: médicos, enfermeiro, técnicos de vacina e agente comunitário de saúde.	33%

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017.

### Tabela 22 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2016 RELACIONADAS À ASSISTENCIA FARMACEUTICA

DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA	QTDE
Falta de medicamentos	15%
Falta de materiais hospitalares	21%
Solicitação de medicamentos	20%
Solicitação de material hospitalar	44%

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017.

**Tabela 23 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2015 RELACIONADAS À ATENÇÃO PRIMÁRIA**

<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE%</b>
Falta de acesso à atendimento	61%
Horário de agendamento	4%
Faltas de vacinas e equipamentos danificados	8%
Dificuldade de agendamento de consulta médicas e odontológicos	27%
Falta de segurança, estrutura física inadequada	

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017.

**Tabela 24 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ/CMS NO ANO DE 2016 RELACIONADAS À ATENÇÃO SECUNDÁRIA**

<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE%</b>
Dificuldade de acesso ao atendimento referente a saúde mental	27%
Dificuldade para conseguir atendimento em saúde	2%
Estrutura física inadequada e construção inacabada	8%
Solicitação de Oxigenoterapia domiciliar	27%
Solicitação Transporte Hemodiálise	57%

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017.

**Tabela 25 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ NO ANO DE 2016 RELACIONADAS À ATENÇÃO TERCIÁRIA**

<b>DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA</b>	<b>QTDE%</b>

Estrutura do Pronto Socorro de Cuiabá/precária quanto a: espaço físico, obras inacabadas, banheiros interditados; Solicitação de informação sobre pacientes internados; dificuldade para transferência de pacientes em virtude da falta de leito em outras unidades de saúde.	56%
Inacessibilidades a laudos médicos; Dificuldade de vaga em UTI .	44%

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017.

### 3. MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ /CMS ANO 2016 SEGUNDO SEMESTRE

**Tabela 26 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ /CMS ANO 2016 SEGUNDO SEMESTRE PRINCIPAIS DEMANDAS**

CATEGORIAS	DEMANDA DE MAIOR PREVALÊNCIA	QTDE	QTDE%
Gerencia Farmacêutica	Falta de medicamentos, insumos, solicitação processo de aquisição de medicamentos.	143	11%
Consultas especializadas	Dificuldade de agendamento; usuários não foram comunicados do agendamento; solicitação de encaixe; falta de especialidades na área da medicina.	129	10%
Exames especializados	Falta de acesso para realização dos exames; Solicitação para garantia do direito ao acesso.	344	26%
Cirurgia	Demora na regulação e vaga para os procedimentos cirúrgicos; solicitação de garantia do acesso.	114	9%
Atenção primária	Falta de médicos; descumprimento de carga horária, dificuldade no acesso a imunização, saúde bucal, falta de insumos. Extravio de documentos, mau atendimento dos profissionais de saúde aos usuários.	140	11%

Atenção Secundária	Falta de médicos; descumprimento de carga horária, demora para o usuário ser atendido, falta de insumos, solicitação de transporte para hemodiálise, mau atendimento dos profissionais de saúde aos usuários.	128	9%
Atenção terciária	Dificuldade quanto ao acesso ao atendimento; demora em conseguir leito para transferência.	116	9%
Recursos Humanos	Mau atendimento prestados por profissionais da saúde da Atenção Básica, denúncia por falta de ética profissional.	91	7%

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017

#### 4. MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ /CMS ANO 2017

##### Tabela 27 - MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS NOS POSTOS DE ATENDIMENTO DA OUVIDORIA DO SUS/CUIABÁ /CMS ANO 2017

No ano de 2017, a gestão da ouvidoria elaborou o relatório nos critérios trimestral, e quantificaram os tipos de reclamações em números e porcentagens. Porém para uma melhor exposição dos dados, optamos em condensar os semestres numa só tabela, quantificando os tipos de reclamação no total das somas dos trimestres.

CATEGORIAS	DEMANDAS DE MAIOR PREVALÊNCIA	QTED
Gerência Farmacêutica	Falta de medicamentos, insumos, solicitação processo de aquisição.	442
Consultas Especializadas	Dificuldade de agendamento; usuários não foi comunicado do agendamento realizado pelo sistema de saúde.	230
Exames especializados	Falta de acesso em vagas para realização dos exames; solicitação para garantia do direito ao acesso.	628
Cirurgia	Demora na regulação e vaga para os procedimentos cirúrgicos; solicitação de garantia de acesso.	271

Atenção primária	Demora e dificuldade para conseguir atendimento, mal atendimento dos profissionais de saúde aos usuários.	247
Atenção Secundária	Demora e dificuldade para conseguir atendimento, solicitação de transporte para hemodiálise, solicitação de oxigenoterapia domiciliar.	279
Atenção terciária	Mau atendimento prestado pelo Hospital Pronto Socorre de Cuiabá, dificuldade de acesso ao atendimento.	279
Recursos Humanos	Mau atendimento prestado por profissionais da saúde da Atenção Básica, Secundária e Terciária.	84
Outros	Mau atendimento por prestadores de serviços, demandas que não fazem parte da governabilidade da ouvidoria.	79

Fonte da pesquisa: Relatórios de registro de demanda produzido pela Ouvidoria/SUS/Cuiabá/CMS nos anos de 2015, 2016 e 2017.