



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE

A comunicação nas instâncias de controle social do SUS: O diálogo entre as Ouvidorias de Saúde e o Conselho Distrital de Saúde na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro

Por

Marcela Vieira da Silva

Monografia apresentada ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde.

Orientador: Prof^oValdir de Castro Oliveira, Mestre

Rio de Janeiro, Dezembro/2009

INDICE

- I) Introdução
- II) História da Saúde no Brasil
- III) Comunicação e participação em Saúde
- IV) Controle Social no SUS
- V) Controle Social no Rio de Janeiro
- VI) A Ouvidoria no Brasil
- VII) As Ouvidorias de Saúde
- VIII) Metodologia
- IX) Resultados
- X) Conclusão
- XI) Anexos
- XII) Referência Bibliográfica

I) Introdução

Esta é uma monografia de Trabalho de Conclusão de Curso para Especialização de Comunicação em Saúde do ICICT/Fiocruz, onde o objeto de estudo será a relação entre o Conselho Distrital de Saúde da Área Programática (AP) 3.1 do município do Rio de Janeiro e as ouvidorias de saúde localizadas nessa região. A proposta é analisar sob o ponto de vista da comunicação em saúde como essas instâncias de controle social interagem, procurando conhecer e entender de que maneira utilizam os recursos comunicacionais e suas respectivas estratégias para estimular a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS). A escolha da área programática mencionada acima foi em razão do interesse em aprofundar o conhecimento de como a participação e o controle social na saúde vem ocorrendo nesta localidade.

É importante ressaltar que por incluir o complexo de Manguinhos, a Fundação Oswaldo Cruz tem um amplo trabalho com a AP 3.1, principalmente no campo da saúde, com o foco na busca de contribuir para melhorar a qualidade de vida da população local, marcada por questões que englobam profundas desigualdades sociais e a violência. Este trabalho busca saber como esses mecanismos vêm interagindo entre si em seu cotidiano, e isto será analisado sob a ótica da comunicação em saúde, procurando demonstrar se eles utilizam alguma estratégia para se aproximar e dialogar, já que ambos possuem como propósito comum de promover a participação e o controle social no SUS. A abrangência da área programática 3.1 levou a necessidade de um recorte nas ouvidorias de saúde localizadas na área escolhida para estudo, e para isso o critério utilizado foi o tempo de existência e atuação desses órgãos desde que foram criados no interior de suas respectivas instituições. Portanto, a pesquisa foi realizada nas seguintes ouvidorias de saúde:

Ouvidoria do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

Ouvidoria Geral da Fundação Oswaldo Cruz.

Para iniciar uma breve contextualização do trabalho, primeiramente é importante apontar como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorrida

a partir da articulação entre o movimento sanitário e os movimentos sociais e, legitimada pela Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde nº8080/90 e pela Lei Complementar da Saúde nº8142/90, contribuiu para a concretização de enormes avanços no campo da saúde, sendo fundamental para o estabelecimento de uma gestão democrática em saúde no Brasil.

Neste novo modelo de saúde proposto com a implantação do SUS, o Controle Social pôde ser alçado como um dos fatores mais importantes para facilitar e estimular a participação da sociedade. Ele traz o pressuposto democrático da importância do direito e do dever da sociedade de interferir na gestão pública, colocando as ações do Estado na direção dos interesses e necessidades da população. No SUS as principais formas de participação popular estão presentes nas Conferências de Saúde e nos Conselhos de Saúde, em nível federal, estadual, regional e local. O Conselho Distrital de Saúde é uma instância descentralizada do Conselho Municipal de Saúde, com função de planejamento, avaliação, fiscalização e deliberação das ações de saúde em consonância com as normas do sistema na sua área de abrangência, que significa o espaço geográfico onde a gerência distrital de saúde atua na execução das ações e serviços de saúde. Recentemente o Programa Mais Saúde: Direito de Todos (2008-2001) do Ministério da Saúde, que traça as ações para saúde inseridas na política de desenvolvimento do Governo Federal, destaca no seu relatório a participação e o controle social como um dos seus eixos de intervenção. Ele descreve como diretriz para esse eixo o fortalecimento da participação e do controle social sobre todas as instâncias e os agentes que fazem parte do SUS, estreitando os laços políticos que garantem a sustentabilidade das ações em saúde, propondo como medidas, a implantação do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS e a expansão da divulgação e uso pela população da Carta de Direitos do Usuário do SUS, que dentre outras ações buscam o aprimoramento cada vez maior do papel dos conselhos para promover o controle social na saúde.

Segundo consta dos registros históricos do livro “Orientações para Implantação de uma unidade de Ouvidoria”, publicado em 2005 pela Controladoria Geral da União (CGU), a Ouvidoria surge no Brasil Colônia, trazendo a idéia do Ouvidor Geral, que tinha por função aplicar a lei da metrópole, onde ao invés de representar o cidadão diante do órgão público,

atendia o titular do poder, reportando o que ocorria na Colônia (VISMONA, 2001, p.11). Atualmente esses órgãos devem ser considerados um canal de comunicação entre instituições e cidadãos, onde seu principal objetivo é representar o cidadão perante essas instituições, sejam estas caracterizadas como públicas ou privadas. No Brasil, em razão do país ainda viver em um processo de constante fortalecimento de sua democracia, o serviço público tem procurado atender o cidadão de forma mais satisfatória e criando em seus espaços canais que possibilitem uma aproximação maior com os seus usuários. Um aspecto que deve ser mencionado, é que as Ouvidorias não se atém somente ao recebimento de manifestações encaminhadas pelos cidadãos, pois são órgãos que têm capacidade de se envolver em todo processo de instauração de políticas públicas, direcionando seus esforços para contribuir com as instituições, para que estas criem condições de estabelecer as melhorias necessárias para a oferta de serviços mais adequados e com qualidade aos cidadãos.

Já a Ouvidoria Geral do SUS, segundo os Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (MS, 2008), foi criada em 2003 e tinha como objetivo propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS. Essa ação estava diretamente ligada ao desejo de integração e estímulo à práticas que pudessem ampliar o acesso dos cidadãos no processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde ofertados. Atualmente as Ouvidorias do SUS começam a surgir como um canal direto de comunicação dos usuários do sistema com a comunidade, para auxiliar a política de saúde no país, contribuindo com a participação e o controle social. As Ouvidorias fortalecem o SUS e a defesa do direito à saúde da população por meio do incentivo à participação popular e da inclusão do cidadão para que este se envolva com o controle social, sendo consideradas ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde e de produção de informação para subsídio de tomada de decisão por parte dos gestores.

Ainda, de acordo com o ParticipaSUS, a valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde,

garantem sua consolidação como uma política de inclusão social e conquista para a população.

Na Fundação Oswaldo Cruz uma pesquisa encomendada por sua Ouvidoria Geral ao Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/Fiocruz, com o público que utiliza os serviços das unidades assistenciais da instituição há pelo menos seis meses, demonstrou que 49,2% dos entrevistados não conhece o serviço de ouvidoria da instituição e que 29,6% não sabe o que é uma ouvidoria.

A motivação para escolha dessa temática, envolvendo essas instâncias de controle social do SUS e a comunicação em saúde, reside no fato da participação social na saúde, que se traduz como uma das bases para o sistema de saúde brasileiro, ocorrer ainda de maneira muito incipiente pelo cidadão que não faz parte de nenhuma entidade ou associação, mas que frequenta os espaços das instituições, como postos de saúde e hospitais, por exemplo. Este é um fator que pode corroborar com a existência de um sistema de saúde ainda bastante desigual. Apesar da participação social ocorrer através das atividades dos conselhos, a baixa participação muitas vezes pode se dar em função do gestor negar o aspecto deliberativo dos conselhos, ou ainda por não haver uma divulgação mais ampliada ao público em geral, das datas e locais onde ocorrem as reuniões dos conselhos, conforme é orientado pela Resolução nº33 de 1992, do Conselho Nacional de Saúde.

As ouvidorias e conselhos de saúde são instâncias de participação e controle social do SUS e o estabelecimento de um diálogo entre ambos, traria benefícios e melhorias para o serviço público de saúde, e para isso ocorrer é necessário compreender como ocorre a comunicação nesses espaços e entre esses entes. A relevância dessa pesquisa situa-se no fato de que em primeiro lugar a oportunidade de analisar a relação dos conselhos distritais e das ouvidorias sob o viés da comunicação tornará possível entender como se dão essas relações.

Em razão desses aspectos, a situação problema destacada como ponto central para investigação nesse trabalho é: Por que ouvidorias e conselhos de saúde não se comunicam e se aproximam mais, se ambos possuem como propósito comum a promoção do Controle Social no Sistema Único de Saúde? Os objetivos estabelecidos formam os seguintes:

Objetivo Geral

Analisar e comparar as estratégias comunicacionais das Ouvidorias e dos Conselhos Distritais de Saúde buscando responder de que maneira interagem com os usuários em relação ao controle social e se existem mecanismos de interação entre uma instancia e outra a participação social.

Objetivos Específicos

- a) Descrever o funcionamento dos Conselhos Distritais de Saúde e das Ouvidorias;
- b) Compreender a relação entre Conselho Distrital de Saúde e Ouvidorias;
- c) Identificar como as Ouvidorias de saúde compreendidas na AP 3.1 interagem com o Conselho Distrital de Saúde da região;
- d) Analisar e comparar as estratégias comunicacionais (processos e suportes) dos conselhos distritais e das ouvidorias para se relacionar com os cidadãos e usuários do sistema de saúde.

A possibilidade de analisar como as informações acerca da participação social e da saúde circulam e são apreendidas pelos integrantes dos conselhos distritais e das ouvidorias, e saber como tais informações eventualmente são disseminadas ou não na sociedade em geral, reforçam a visibilidade que essa questão deve possuir afim despertar a atenção para o tema em tela, acreditando que o entendimento deste é essencial para compreensão do estado da arte do controle social nos espaços destinados à prática da participação popular.

II) História da Saúde no Brasil

No Brasil a questão da saúde da população inicialmente era muito ligada ao que a sua falta poderia causar de impacto no nível econômico e financeiro, principalmente quando a mão-de-obra que movia a economia da época era afetada com a ocorrência de doenças como varíola ou febre amarela, por exemplo. Por não haver uma preocupação com as condições de vida e trabalho da população, o modelo de saúde adotado pela campanha sanitária “destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde as endemias rurais” (LUZ, 1991, p.139) naquela época tornou-se a base das políticas de saúde no Brasil. Com o tempo foi ficando evidenciado que este modelo não daria conta das questões de problemas de saúde que exponencialmente emergiam, assim “a vinda da família Real para o Brasil proporcionou também a chegada de mais médicos e o aumento da preocupação com as condições de vida nas cidades” (BAPTISTA, 2005, p.13), o que resultou progressivamente no controle e na substituição dos saberes populares praticados por negros e índios, e de religiosos na responsabilidade de cuidar os hospitais gerais. Mas isso não modificou muito a realidade no tocante ao tratamento dos problemas de saúde da população já que, como apontado anteriormente, a preocupação com a saúde estava intrinsecamente ligada a interesses políticos e econômicos.

Em 1889 a proclamação da República deu início a uma nova fase na economia, principalmente por conta do café, mas os agravos de saúde que acometiam os trabalhadores colocavam em risco o crescimento econômico, por conta das condições de vida e de trabalho insalubres, pois criavam um ambiente favorável ao aparecimento de epidemias. Em 1902, a entrada de Rodrigues Alves na Presidência da República trouxe importantes mudanças nas questões de saúde pública. Ações de urbanização, saneamento e a criação do Código Sanitário por Oswaldo Cruz, tiveram efeitos positivos no conhecimento e controle de algumas doenças como a febre amarela. Mas, esses resultados ainda não foram suficientes para dar conta de todos os problemas de saúde da população, pois as políticas de saúde pública ainda estavam focadas em ações coletivas e preventivas, deixando descoberta uma grande parte da população. Então, os principais setores que movimentavam a

economia, como os ferroviários e marítimos, organizaram em 1923 as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), administradas e financiadas pelas empresas e seus empregados como uma espécie de seguro social, que foram utilizadas como um instrumento de proteção social para as questões relativas à saúde e a aposentadoria destes.

Cabe apontar que esse sistema de seguridade deixava de fora tanto a população rural, quanto os cidadãos que não possuíam vínculos empregatícios com empresas, ficando o papel do Estado atuando da seguinte forma, como aponta BAPTISTA:

“Apesar de o Estado não ter definido um sistema de proteção abrangente e de se ter mantido à parte dessa forma de organização privada, restringindo-se a legalizá-la e a controlá-la a distância, esse modelo serviu de base para a constituição de um primeiro esboço de sistema de proteção social no Estado brasileiro, que se definiu a partir dos anos 30 no contexto do governo de Getúlio Vargas” (BAPTISTA, 2005,p.17)

Com a criação do Ministério do Trabalho no período populista várias garantias legais foram dedicadas aos trabalhadores, como a definição da jornada de trabalho de oito horas e o direito à férias, dentre outros, iniciando-se assim o estabelecimento de uma política de proteção ao trabalhador. Então as CAP's foram ampliadas, passando a ser controladas pelo próprio governo e denominado-se Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP's), “favorecendo as camadas de trabalhadores mais aguerridas em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante” (LUZ, 1991, p.139). Cada IAP organizava e ofertava a seus participantes, benefícios compatíveis com a capacidade de organização e de contribuição de cada categoria, o que levava a perceber que alguns trabalhadores acabavam tendo mais privilégios que outros. Mas desta forma, ainda ficava bem nítido que a questão da saúde continuava fortemente imbricada com os interesses econômicos de uma classe dominante, e de um governo debruçado no crescimento e desenvolvimento do país, mas pouco focado em dar conta das necessidades sociais, cada vez mais presentes em todo país.

Os anos de 1950 foram marcados por mudanças na economia, com o foco no setor agrário deslocando-se para a indústria. Com o surgimento dos grandes hospitais e tecnologias de última geração, a assistência à saúde vai

tornando-se cada vez mais onerosa, onde “o modelo de medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia chamado de medicina científica ou biomedicina” (GOMES, 2007, p.28) passa a dominar o período. Naquele momento também tomava força a ideologia desenvolvimentista, que apontava o conjunto formado por pobreza, saúde e subdesenvolvimento, como responsável pelas más condições de saúde da população e impedimento para o desenvolvimento do país.

Em seguida a unificação dos IAP's e a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), proporcionou a uniformização dos benefícios prestados, gerando insatisfação nos participantes com mais benefícios, pois a assistência prestada pelos institutos mais abastados poderiam também ser usufruídas pelos participantes de outros institutos que não eram detentores de tantos recursos. A política de saúde estava subordinada a organização do INPS que manteve a estrutura de funcionamento anteriormente proposta pelos IAP's e oferecia serviços apenas para aqueles que comprovavam o vínculo com o INPS (BAPTISTA, 2001, p.41).

Mais adiante, podia-se constatar que o período que compreendeu o “milagre econômico” brasileiro, foi profundamente marcado pela presença da medicina privada no setor saúde, em detrimento de uma política de saúde pública eficaz, que abarcasse os agravos de saúde de toda a população. A forte presença do modelo privatista de cuidados com a saúde só serviu para evidenciar ainda mais as desigualdades sociais entre os cidadãos. Mesmo durante o período milagre econômico compreendido entre 1968-1974,

“a principal razão para o quadro de estagnação social foi o total descaso dos governantes com relação as políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento social. Durante o período militar, o investimento na área de saúde publica foi precário, doenças antes erradicadas voltaram, doenças controladas apareceram em surtos epidêmicos, o saneamento e as políticas de habitação populares foram desprezados, aumentou a pobreza e, principalmente, a desigualdade social.” (BAPTISTA, 2001, p.42)

Todo esse cenário tornava-se cada vez mais insustentável para a ocorrência e aceitação de uma saúde excludente. A política desenvolvimentista

trouxe mudanças na configuração das cidades, mas também gerou novas demandas saúde. A partir da década de 1970, com o processo de abertura, houve a possibilidade de expansão dos movimentos sociais. Na saúde o movimento sanitário formado em sua base por diversos atores de instituições acadêmicas, ao promover a divulgação de estudos sobre as condições sociais e de saúde no Brasil, lançava luz sobre as mazelas que acometiam a população e realizavam críticas onde reivindicavam mudanças na condução das políticas de saúde praticadas pelo Estado, como a concessão de privilégios para o setor privado e a mercantilização da medicina. Dentre as propostas para debate pelo Movimento Sanitário, estava a garantia de que a saúde deveria ser um direito de todo cidadão, independente deste ser um contribuinte do INPS, e ainda, que o Estado deveria promover a participação e o controle social das ações de saúde. A ascensão desse movimento colocou a saúde em um outro patamar, sendo esta passando a ser entendida não somente como ausência de doença, mas sim melhoria da qualidade das condições de vida do cidadão, como por exemplo, acesso a moradia, alimentação, lazer, transporte, ou seja, nascia aí uma visão mais ampliada da saúde. Nessa direção, a proposição de uma reforma da saúde se configurava também como uma proposição de reforma do próprio Estado, pois este acumulava um longo histórico de construção calcado no patrimonialismo, no clientelismo, na centralização de poder e principalmente na exclusão social.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Ministério da Saúde, que reuniu algo em torno de 4000 participantes, pode ser considerada um marco pois, “pela primeira vez, contava-se com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial.” (BAPTISTA, 1991 p.49). É válido ainda destacar a aprovação por unanimidade da “diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo com relação às práticas de saúde estabelecidas.” (BAPTISTA, 1991, p.49). Nessa conjuntura, foi criado o SUDS (Sistema Unificado de Descentralizado de Saúde), que pode ser considerado como um passo inicial para a condução de uma política de descentralização da saúde. Cabe ressaltar que este foi uma espécie de precursor para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS foi legitimado pela Constituição Federal de 1988, nos artigos 196 à 200, e pela Lei Orgânica da Saúde nº8.080 de 19 de Setembro de 1990, que

estabelecia as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. É importante citar que na época de sua promulgação, esta lei sofreu 25 vetos, do então Presidente da República Fernando Collor de Melo justamente nos artigos que tratavam do tema sobre o financiamento e a participação social. Assim, em 29 de Dezembro de 1990, com a criação da Lei Complementar da Saúde nº8142, que tratava sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, tais temas puderam ser contemplados.

O Sistema Único de Saúde foi concebido baseado em princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade e em princípios organizativos: descentralização, hierarquização e participação social. A proposta de um sistema de saúde, com base na universalidade, integralidade, equidade e na participação social representou um enorme avanço, pela adoção de um modelo de assistência à saúde, não excludente e mais participativo, mas também levou a muitos desafios que necessitavam ser superados, como a emergência em se dedicar sobre a necessidade de uma reorganização dos serviços ofertados pelo sistema, para que este pudesse cumprir com sua missão de universalizar a saúde, sendo um verdadeiro protagonista no processo de luta e construção do modelo de proteção em saúde no Brasil. O SUS ainda apresenta muitos problemas que vem sendo enfrentados desde a sua concepção, ligados a questões como financiamento, descentralização, cuidado com a atenção primária e o fortalecimento da participação e do controle social, tema este que merecerá atenção destacada no decorrer deste trabalho.

Mas por hora um dos problemas que não deve deixar de ser mencionado refere-se à descentralização, que se mostra como um ponto de intenso debate, por implicar na promoção da democratização no tocante ao processo decisório na saúde. Muito mais que isso envolve uma articulação entre União, estados e municípios. Assim, na década de 90 surgem as Normas Operacionais Básicas (NOB's) constituindo-se como ferramentas fundamentais para a consolidação da descentralização, pois são "instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de

transferência de recursos federais para estados e municípios.” (LEVCOVITZ, 2001). Posteriormente surge o pacto de gestão, em razão das dificuldades presentes para a efetividade da descentralização e conforme apontam Trevisan e Junqueira,

“A formulação desse pacto facilita a identificação de situações essenciais tanto para o gestor do sistema, como para os trabalhadores da saúde e, claro, para o usuário da rede. O aspecto mais relevante da arquitetura do pacto de gestão é a que permite identificar critérios de necessidades para o bom funcionamento do sistema. É só no âmbito de um “pacto” que é possível, realmente, perceber, prever e administrar o risco à saúde individual e coletiva. Os determinantes sociais e a visão positiva da saúde emergem com mais eficácia na lógica de um “pacto” e não da gestão por instância de poder, ainda que integradas. É preciso ter absoluta clareza que não existe o doente federal, estadual, municipal ou comunitário. Existe o cidadão que está exercendo o direito constitucional de ter acesso à saúde, que o sistema único deve oferecer.” (2007, p.899)

O pacto de gestão estimula a participação no planejamento das ações de saúde sem deixar de se focar nas necessidades da população. Mas a democratização da gestão pelos espaços de controle social ainda apresenta limitações e dificuldades, pois ainda não se conquistou uma homogeneização da qualidade da participação nos municípios que possuem conselhos, como aponta o autor Jorge Solla “existem desde conselhos com atuação expressiva no controle social sobre as ações e serviços de saúde, até aqueles que só tem a existência formalizada em uma ata conformada pela gestão local”, logo adiante o autor aponta que “ em muitas situações, a desigualdade do poder entre as esferas de gestão induz fortemente a decisões que privilegiam interesses dos gestores estaduais sobre os municipais, com resultados por vezes inadequados ao processo de descentralização” (SOLLA, 2007, p.341).

De toda forma, o SUS não deve ser considerado somente como uma gigantesca e ambiciosa proposta de modelo assistencial, primordialmente destinada a prestar assistência aos que não podem pagar pelos serviços de saúde. É sempre importante ressaltar que a assistência é uma parte que compõe o sistema, e que todos nós em algum momento de nossas vidas, ainda que sejamos “contemplados” pelo sistema privado, já utilizamos ou vamos

utilizar, e/ou necessitar dos seus serviços por isso, “há de se analisar o SUS com maior objetividade, entendendo-o como processo em construção permanente que visa, a médio e longo prazos a uma mudança do paradigma de atenção à saúde e a uma busca de um sistema de saúde eficaz, eficiente, de qualidade e equitativo” (MENDES, 1996, p.64). Para que tal processo de construção continue a seguir em frente, a participação e o envolvimento da sociedade no enfrentamento das questões que retardam essa caminhada se traduzem em importantes aliados para que o SUS crie bases cada vez mais estáveis em todos os estratos da sociedade, e não somente junto a uma parcela menos favorecida.

III) Comunicação e participação em Saúde

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe mudanças que puderam ser notadas não somente no campo da saúde, mas em todos os setores que fazem interface com esta, sendo que merece importante destaque a 8ª Conferência Nacional da Saúde que se traduziu em “um marco para a democratização da saúde, foi também um momento fundador para inscrever a comunicação na agenda do novo projeto de saúde” (ARAÚJO&CARDOSO, 2008 p.62). Tal conferência de saúde contribuiu de forma significativa para a adoção de um novo sistema de saúde, assim como lançou luz para a área da comunicação em saúde, tanto que no documento final da 8ª CNS a comunicação é inserida como sendo um direito da população. Cabe ressaltar que o direito à comunicação deve caminhar em paralelo ao direito à saúde, e que ao longo desse período, que teve início com a criação do SUS, os campos da saúde e da comunicação vêm sendo atravessados por lutas permeadas por recuos e avanços, pois “como a saúde, a comunicação é vista também como experiência singular, atravessada por desigualdades brutais. Sua superação ou mesmo abrandamento coloca o princípio da equidade na ordem do dia.” (ARAÚJO& CARDOSO, 2008 p.73), mas a cada momento são apresentados novos desafios para esses campos e a prática da equidade em ambos não é tarefa simples.

A disseminação da participação cidadã pode ser uma importante contribuição para o aprimoramento do sistema único de saúde, mas para tal, cada cidadão precisa ter acesso à ela conhecendo-a mais de perto. Acredito que a comunicação possui um enorme peso e responsabilidade diante do que transmite para a sociedade, não somente no tocante à saúde, mas também pelos diversos temas e assuntos veiculados a todo tempo, através de seus canais. A comunicação em saúde está permeada por desafios que devem ser vistos como possibilidades de mudança não somente no que diz respeito ao seu acesso, que deve transmitir ao cidadão informações de conteúdo, e em consonância com as suas necessidades, mas principalmente pela possibilidade de transformar esse cidadão em um ator mais ativo durante o processo comunicativo.

É acertado que não se pode romper totalmente com experiências passadas, mas é preciso sim romper com práticas centralizadoras, com as práticas que não promovem a universalidade e a integralidade. O direito a participação deve ser estimulado, pois os atores que se situam em posições menos favorecidas podem dar sua contribuição, atualmente vê-se que os “grupos e pessoas que detém posições mais centrais assinalam vozes potentes, que possuem maior poder e visibilidade na arena pública e melhores condições para preservar essa posição. São vistos, ouvidos e reconhecidos.” (ARAÚJO&CARDOSO, 2008, p.74). Segundo CARDOSO “o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), da participação e do controle social precisa de novas formas de fazer e de entender a comunicação” (MS, p.45, 2006)

As instâncias de controle social possuem mais uma grande tarefa em trabalhar para que essa realidade se transforme, assim como outras arenas podem constituir-se em espaços de fala e escuta dessas vozes localizadas em posições mais periféricas.

IV) Controle Social no SUS

O declínio do regime militar e a abertura política do país permitiu ao movimento sanitário se mobilizar em defesa da democratização da saúde pública, tendo um papel fundamental na construção de um projeto que resultaria alguns anos mais tarde na implantação do Sistema Único de Saúde(SUS) no Brasil. Dentre as idéias difundidas por esse movimento, duas merecem destaque por representarem verdadeiros pilares para a nova proposta de saúde que viria a se constituir. São estas:

- A saúde é um direito de todo o cidadão, independente de contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação;
- O Estado deve promover a participação e o controle social nas ações de saúde. (BAPTISTA, 2001, p.43)

No SUS as principais formas de participação popular estão presentes nas Conferências de Saúde e nos Conselhos de Saúde, onde a participação social foi também legitimada pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 8.142/90. As conferências de saúde ocorrem a cada quatro anos, com a representação de vários segmentos sociais, para avaliar situação da saúde no país, realizando proposições e definindo as diretrizes para a formulação das políticas de saúde no país, nos níveis correspondentes (federal, estadual e municipal), sendo convocada pelo Poder Executivo ou de maneira extraordinária por esta lei ou pelo Conselho de Saúde. Segundo a primeira diretriz da Resolução nº333/2003 do Conselho Nacional de Saúde, o conselho de saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS, em cada esfera do Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Foram criados para propor, discutir, acompanhar, deliberar, avaliar e fiscalizar a implementação das políticas de saúde, sendo sua composição pautada pelo princípio da paridade, com 50% de representação formada por usuários, 25% por trabalhadores da saúde e 25% de representação do governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos. A participação da sociedade organizada no conselho de saúde se manifesta através dos representantes indicados, pelos respectivos segmentos/entidades: usuários, trabalhadores de saúde, do governo e prestadores de serviços de

saúde, onde o Presidente do conselho é eleito pelos membros deste, em reunião plenária. Sua instituição como espaço deliberativo para garantir a participação de representantes da sociedade na gestão do SUS, incluiu novos atores na condução dos rumos da saúde no país, pois tanto os conselhos de saúde como as conferências de saúde, são órgãos colegiados, que possibilitaram a institucionalização formal da participação da sociedade.

Tais órgãos possuem um papel importantíssimo para representar a sociedade no tocante às suas necessidades diante funcionamento adequado ou não dos serviços de saúde, assim como também o cumprimento referente a condução das políticas e ações planejadas em saúde, pois “é na dinâmica do funcionamento dos serviços que concretamente a população vive como realidade material o direito à saúde” (GUIZARDI, 2009, p.12). Entretanto, como aponta Cortes, uma “maior participação dos usuários não garante a redução das iniquidades na promoção e cuidados de saúde para a população” (2002, p.44), ainda assim, mesmo que essa representação esteja aquém do ideal, a existência de órgãos dispostos a sistematizar as queixas e necessidades de saúde, propor melhorias, acompanhar a qualidade e o destino dos recursos, e ainda dar voz aos seus usuários, demonstra um grande avanço para que as arestas do SUS possam ser continuamente aparadas.

Mas falar em instâncias de participação social em saúde no SUS leva a falar sobre o termo controle social constantemente utilizado nas arenas que debatem as questões de saúde, pois ao mesmo tempo em que ele é fortemente difundido pelos órgãos de participação do sistema, também sua utilização é bastante discutida. Sua origem vem da sociologia onde “é empregado para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais” (CORREIA, ??? p.66), segundo o autor Eduardo Stotz ele é um termo polissêmico que de certa forma foi ressignificado fazendo com que se distanciasse de sua conceituação no âmbito das ciências sociais. O autor relata ainda que no SUS o nascimento do termo “controle social” e a inflexão de seu significado viria em 1992, com a 9ª Conferência Nacional de Saúde, com o estabelecimento da noção de que este passou a ter o sentido de um controle da sociedade sobre o Estado.

No SUS o exercício do Controle Social no espaço das instâncias de participação da sociedade, pode ser alçado com um dos fatores mais importantes para o sucesso de sua implantação, demonstrando-se como a capacidade que a sociedade tem de interferir na gestão pública, colocando as ações do Estado na direção dos seus interesses e necessidades no processo de formação e acompanhamento das políticas de saúde.

Uma das diretrizes do Pacto de Gestão é a participação e o controle social, mas o Pacto pela Saúde aponta que a participação da comunidade no SUS não deve ocorrer somente no âmbito dos Conselhos de Saúde, sendo observado ainda que não deve haver instâncias que se sobrepõe as atividades dos conselhos. Vale destacar que o eixo VII do Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde que trata da Participação e Controle Social determina dentre diversas ações o apoio ao processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS, a promoção junto à população em geral de ações de informação e conhecimento do SUS, a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com o objetivo de fortalecer a gestão estratégica do SUS.

Fica evidenciado que para que tais ações possam efetivamente ser consolidadas é necessário haver uma integração entre instâncias de participação e controle social em um nível mais local, onde se localizam os conselhos distritais e as ouvidorias das instituições de saúde, sustentada em estratégias comunicacionais que possam viabilizar o diálogo, a integração e a escuta de diferentes atores e diferentes vozes, que possam ser capazes de se aliarem afim de contribuir com a participação e o controle social no SUS, e também com uma comunicação mais plural e democrática na saúde. Como aponta o autor Waldir de Castro:

“o planejamento e os planos de comunicação e informação em saúde devem ser contemplados à luz dessas propostas democráticas. Nessa concepção, o processo de comunicação é compreendido como processo de produção dos sentidos sociais. Ao reconhecer a polifonia social potencializa a multiplicidade de vozes presentes na arena social representando diversos interesses, demandas que permitem uma melhor compreensão dos conflitos sociais, das relações de poder e de atos de cooperação presentes em todo ato comunicativo” (CASTRO ???p.??)

V) O Controle Social no Rio de Janeiro

No tocante ao Controle Social no Rio de Janeiro é importante mostrar como este surgiu no nível municipal. De acordo com o Relatório do Ministério da Saúde sobre o 4º Seminário de Gestão Participativa, realizado em 2005, cujo tema era “Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro”, o Controle Social no município foi considerado como uma instancia fundamental de participação popular garantida com a promulgação da Constituição de 1988, e resultado da luta e mobilização dos movimentos sociais articulados ao movimento sanitário.

O documento relata que esse processo ainda na Ditadura Militar, mas já iniciando o processo de redemocratização do País, em meados dos anos 70, algumas associações de moradores promoveram atividades que tinham por objetivo a luta por melhores condições de saúde, e nesse cenário, destacou-se como marco inicial, o 1º Encontro Popular pela Saúde, realizado na Cidade de Deus, em setembro de 1980, que reuniu em torno de 3000 participantes oriundos de 100 comunidades. Esse encontro foi promovido pela Federação de Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ) em articulação com o Sindicato dos Médicos, e outras entidades de saúde, dentre elas o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), e participaram também as Secretarias de Saúde Municipal e Estadual, Pastoral da Saúde, Entidades Estudantis, Partidos Políticos, dentre outros.

Nesse período, surge a idéia da participação popular na formulação, fiscalização e na gestão de políticas de saúde, e uma importante vitória foi a proposta de criação dos conselhos comunitários de saúde, no Município do Rio de Janeiro.

A primeira forma institucional do Controle Social no município, ocorreu no ano de 1984 e o seu funcionamento se dava na forma de uma estrutura descentralizada, que tinha como finalidade a administração do convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS) com o Inamps. Essas estruturas eram compostas por diretores de hospitais e representantes de associações de moradores da região e foram denominadas Grupos Executivos Locais (GELs). Os GELs marcaram a participação popular nos espaços institucionais de

decisão. Desta forma, é iniciada a construção de uma gestão democrática na saúde caracterizada pelo estabelecimento de novas bases de relação entre estado e sociedade. A partir dos anos 1990, com todo o processo de regulamentação da Constituição de 1988 começaram-se a implementar alguns mecanismos, dentre eles os Conselhos e Conferências de Saúde.

Depois do exposto anteriormente, será resgatada agora um pouco sobre a história e o funcionamento dos Conselhos Distritais de Saúde no RJ. Eles são órgãos colegiados, consultivos e deliberativos e a sua origem está ligada aos Grupos Executivos Locais (GELs), que foram criados no convênio das Ações Integradas de Saúde com o Inamps, em 1984, enquanto uma estrutura descentralizada, com o objetivo de administrar o convênio com um caráter mais fiscalizador. Esses eram compostos por diretores e representantes das associações de moradores da região. Nessa direção, os Conselhos Distritais de Saúde herdaram dos GELs a tradição de participação popular reivindicativa, sendo acrescida de uma característica propositiva. A lei que instituiu os Conselhos Distritais de Saúde, em agosto de 1993, determina que a composição deve ser paritária e que as entidades componentes desses conselhos devem ser eleitas em Conferência Distrital de Saúde e nomeadas pelo secretário municipal de Saúde para cumprir um mandato de dois anos. Com relação à Comissão Executiva, essa deve ser eleita em reunião do conselho e ser presidida por um de seus membros também eleito em reunião. Para o funcionamento dos Conselhos Distritais de Saúde, deve ser destinada uma verba anual, aprovada pela Câmara dos Vereadores, para a compra de material de consumo e equipamentos.

Deve-se, também, ser destinada uma verba mensal controlada pela coordenação de área para gastos com material de consumo e contratação de serviços.

Para garantir o controle social no município, foram instituídos os Conselhos Distritais de Saúde (CODS) nas respectivas Áreas Programáticas (AP's), compreendendo um total de dez Conselhos Distritais de Saúde (AP 1, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4, AP 5.1, AP 5.2, AP 5.3), com o desafio de auxiliar a administração pública e o Conselho Municipal de Saúde na análise, no planejamento, na formulação e na supervisão das políticas de

saúde, na fiscalização de ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência.

De acordo com a Lei n.º 2.011/93, são competências dos Conselhos Distritais de Saúde:

- I - promover a integração das instituições e serviços de saúde;
- II - colaborar na formulação de estratégias para a organização do Sistema Único de Saúde - SUS;
- III - estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos distritais de saúde, em consonância com o Plano Municipal de Saúde;
- IV - participar de levantamentos de dados relativos à saúde da população na área de planejamento sanitário do Distrito de Saúde;
- V - participar da elaboração e aprovar, em primeira instância, os modelos assistenciais e os planos distritais formulados pelos Distritos de Saúde;
- VI - acompanhar a execução de ações, projetos, programas e planos de saúde;
- VII - avaliar as propostas orçamentárias anuais, assim como fazer sugestões para a sua circunscrição, a fim de viabilizar a execução dos planos distritais de saúde;
- VIII - colaborar com o Conselho Municipal de Saúde na fiscalização dos contratos e convênios firmados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, emitindo pareceres a respeito e encaminhando-os à consideração do Conselho Municipal de Saúde;
- IX - colaborar com o Conselho Municipal de Saúde na fiscalização da aplicação dos recursos financeiros do SUS no âmbito dos Distritos de Saúde;
- X - colaborar com o Conselho Municipal de Saúde no acompanhamento dos planos de cargo, carreiras e vencimentos dos servidores do SUS;
- XI - participar da formulação da política de desenvolvimento de recursos humanos dos Distritos de Saúde;
- XII - viabilizar decisões do Conselho Municipal de Saúde;
- XIII - convocar, juntamente com a Coordenação do Distrito, de dois em dois anos, a Conferência Distrital de Saúde;
- XIV - elaborar e aprovar as normas regimentais de funcionamento das Conferências Distritais, em consonância com critérios definidos pelo Conselho Municipal de Saúde;

XV - elaborar e aprovar seu Regimento Interno em consonância com as normas emanadas do Conselho Municipal de Saúde.

VI) A Ouvidoria no Brasil

Com relação ao surgimento das Ouvidorias no Brasil, consta nos registros históricos do livro Orientações para Implantação de Unidade de Ouvidoria, publicado em 2005 pela Controladoria Geral da União, que a primeira Ouvidoria pública surge no Brasil em 1986, na Prefeitura de Curitiba, como um órgão capaz de representar o cidadão, agindo em defesa de seus direitos, iniciando aí sua inserção na Administração Pública.

A Ouvidoria da forma como é conhecida atualmente, como um órgão que atua representando o cidadão agindo na defesa de seus interesses e direitos, passou a ser iniciada sua inserção em 1986, pela Prefeitura Municipal de Curitiba, de acordo com os registros históricos do livro Orientações para Implantação de Unidade de Ouvidoria, publicado em 2005 pela Controladoria Geral da União/CGU.

Ainda, segundo a publicação da CGU, a Lei nº8490/92 cria a Ouvidoria Geral da República na estrutura regimental básica do Ministério da Justiça. Em 1999 o Estado de São Paulo promulga a lei de proteção ao usuário do serviço público e determina a criação de ouvidorias em todos os órgãos estaduais. No ano 2001 a medida provisória nº2216 cria a Corregedoria-Geral da União, que integra a Presidência da República. O Decreto nº4177/02 transferiu as competências de ouvidoria-geral do Ministério da Justiça para a Corregedoria-Geral da União, não incluindo as competências relacionadas à de ouvidoria-geral de direitos humanos, que continuaram no âmbito do Ministério da Justiça. Em 2003, a lei nº 10683 atribui a Controladoria Geral da União – CGU além das funções de correção, de controle interno de auditoria pública, a função de ouvidoria-geral no âmbito do Poder Executivo Federal. No ano de 2004 a lei nº 10689 ajusta a denominação de Ouvidoria-Geral da República para Ouvidoria-Geral da União, que, pelo Decreto nº 5683/05, tem dentre outras, a competência de coordenar tecnicamente o segmento de ouvidorias do poder executivo federal.

As Ouvidorias podem ser consideradas um canal de comunicação entre instituições e cidadãos, onde seu principal objetivo é representar o cidadão perante essas instituições, sejam estas caracterizadas como públicas ou

privadas. No Brasil, em razão do país ainda viver em um processo de constante fortalecimento de sua democracia, o serviço público tem procurado atender o cidadão de forma mais satisfatória e criando em seus espaços canais que possibilitem uma aproximação maior com os seus usuários. Um aspecto que deve ser mencionado, é que as Ouvidorias não se atém somente ao recebimento de manifestações encaminhadas pelos cidadãos, pois são órgãos que tem capacidade de se envolver em todo processo de instauração de políticas públicas, direcionando seus esforços para contribuir com as instituições, para que estas criem condições de estabelecer as melhorias necessárias para a oferta de serviços mais adequados e com qualidade aos cidadãos.

VII) As Ouvidorias de Saúde

O Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, foi criado em 09 de Junho de 2003 pelo Decreto nº4726, compondo a estrutura do Ministério da Saúde, como parte integrante da Secretaria de Gestão Participativa (MS, 2006). Este departamento atua na perspectiva de descentralização das ouvidorias promovendo a implantação do Sistema Nacional de Ouvidorias no âmbito do SUS. Segundo os Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (MS, 2008), essa ação estava diretamente ligada ao desejo de integração e estímulo às práticas que pudessem ampliar o acesso dos cidadãos no processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde ofertados.

Para que um órgão implante uma Ouvidoria, é necessário a definição de sua criação dentro deste, contando com apoio institucional para sua efetivação, para que esta possa cumprir sua missão de forma autônoma e legítima, assim para auxiliar essa questão o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS ressalta a necessidade de que a Ouvidoria esteja diretamente ligada ao gestor para subsidiar este da melhor forma possível, dentro das suas competências e atribuições. Assim de acordo com a publicação “Orientações para implantação de Ouvidoria de Saúde” (MS, 2006, p.5), os objetivos da implantação de uma ouvidoria são basicamente:

- 1) Ampliar a participação dos usuários do SUS garantindo a escuta, análise e o retorno de suas demandas;
- 2) Criar um canal direto de comunicação e escuta, que tenha como característica independência, autonomia e ética, preservando o sigilo que a atividade requer;
- 3) Possibilitar à instituição a avaliação contínua da qualidade dos serviços prestados;
- 4) Produzir relatórios que subsidiem a gestão nas suas tomadas de decisões.

Adiante segue descrevendo as atribuições e competências que uma Ouvidoria do Sistema Único de Saúde, deve possuir:

- 1) Receber as manifestações dos cidadãos, tais como denúncias, reclamações, informações, elogios e sugestões referentes aos serviços prestados pelo SUS e encaminhar aos órgãos competentes;
 - 2) Fornecer informações gerais sobre o funcionamento do SUS e os direitos do cidadão;
 - 3) Identificar e avaliar o grau de satisfação da população em relação aos serviços de saúde executados no âmbito do SUS, orientando correções;
 - 4) Realizar a mediação de situações emergenciais, atenuando conflitos;
 - 5) Divulgar relatórios gerenciais para subsidiar o controle social;
 - 6) Refletir a preocupação do cidadão no âmbito da saúde, agindo em tempo oportuno;
 - 7) Produzir relatórios periódicos para auxiliar a gestão nas tomadas de decisões;
 - 8) Ser instrumento de aprimoramento democrático, e defesa dos cidadãos no âmbito do SUS;
 - 9) Colaborar para a melhoria dos serviços ofertados pelo SUS.
- (MS, 2006, p.9)

Atualmente as Ouvidorias do SUS começam a surgir como um canal direto de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade, para auxiliar a política de saúde no país, contribuindo com o Controle Social. As Ouvidorias fortalecem o SUS e a defesa do direito à saúde da população por meio do incentivo à participação popular e da inclusão do cidadão no controle social, sendo consideradas ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em

saúde e de produção de informação para subsídio de tomada de decisão por parte dos gestores.

Ainda, de acordo com o ParticipaSUS, a valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantem sua consolidação como uma política de inclusão social e conquista para a população.

VIII) Metodologia

O instrumento de pesquisa utilizado, foi além da pesquisa bibliográfica, a realização de entrevistas com integrantes do Conselho Distrital de Saúde da AP3.1, e com membros de Ouvidorias de instituições de Saúde compreendidas nessa região. A escolha dessa técnica para coleta de dados foi em razão de acreditar que pela utilização desse instrumento será possível obter as informações necessárias, assim como, extrair conclusões que sejam pertinentes para a área de conhecimento da comunicação e da saúde. Além disso foram analisados documentos (atas, análises, mapeamento dos suportes comunicacionais) que mostrem o funcionamento comunicacional das duas instâncias de controle social escolhidas para o estudo.

A área programática 3.1 é composta pelos seguintes bairros: Bancários, Bonsucesso, Braz de Pina, Cacua, Cidade Universitária, Cocotá, Complexo do Alemão, Cordovil, Galeão, Jardim América, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Manguinhos, Maré, Moneró, Olaria, Parada de Lucas, Penha, Penha Circular, Pitangueiras, Portuguesa, Praia da Bandeira, Ramos, Ribeira, Tauá, Vigário Geral, Zumbi, Freguesia - Ilha, Cidade Alta e Nova Holanda.

Inicialmente a proposta de trabalho previa a visita a três ouvidorias de saúde compreendidas na AP 3.1 , que tinham como principal semelhança pertencerem a órgãos federais que desenvolvem ações de na área da saúde pública. Tais ouvidorias eram:

- 1) Ouvidoria do Hospital Geral de Bonsucesso
- 2) Ouvidoria do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro
- 3) Ouvidoria da Fundação Oswaldo Cruz

Por questões que envolveram dificuldade de comunicação com a Ouvidoria do Hospital Geral de Bonsucesso, somente foi possível realizar a visita, acompanhada por um roteiro de perguntas, com Ouvidoria do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro e com a Ouvidoria da Fundação Oswaldo Cruz. A abrangência dessa região, levou a necessidade de um recorte nas ouvidorias de saúde localizadas na área que compuseram a amostra, e para isso o critério escolhido foi o tempo

de existência e atuação desses órgãos desde que foram criados no interior de suas respectivas instituições.

IX) Resultados

Na entrevista realizada com a Ouvidora do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Dra. Maria Cecília Pereira Bosa na tarde do dia 25 de Novembro de 2009 (quinta-feira) foi relatado o seguinte:

O serviço de Ouvidoria do HUCFF foi criado em 1999 a partir de um desejo da Direção do hospital da época, fomentado por funcionário que fazia parte do corpo administrativo do hospital. Outro fator que serviu de impulso para criação desse serviço foi o quantitativo de questionamentos advindos dos cidadãos em um período que coincidia com a criação do Código de Defesa do Consumidor no Brasil. No tocante as suas atividades, a Ouvidoria atende a questões internas e externas, e realiza atendimentos primordialmente por e-mail e pessoalmente. O atendimento por telefone não é muito utilizado. Quando o cidadão vai em busca de informações a Ouvidoria sempre procura lhe dar um direcionamento, nunca deixando que este fique sem uma resposta. Os cidadãos sabem da existência desse setor no hospital pelo site do HUCFF, por banners posicionados nos principais acessos do hospital e materiais de divulgação colocados nos ambulatórios. A divulgação de relatórios do conjunto de manifestações recebidas, onde são apresentados os resultados da Ouvidoria é realizada no âmbito interno, onde primeiramente a Direção recebe um exemplar. Posteriormente cada serviço recebe um relatório contendo informações afetas às suas atividades, cuja periodicidade é trimestral. O envio desses relatórios é acompanhado de uma reunião, e anualmente também é enviado um Relatório Geral para a Ouvidoria Geral da União (OGU). No tocante a existência de um dialogo entre a ouvidoria e o cidadão para a transmissão de informações sobre participação social direito a saúde, a Ouvidoria procura dar assessoria, dentro de suas possibilidades, e orientações que sejam pertinentes à demanda que o cidadão leva ao setor. O HUCFF também conta com uma Comissão de Direitos dos Pacientes que trabalha de forma muito alinhada com a Ouvidoria, onde os pacientes têm a oportunidade

de participar da elaboração do Estatuto da Comissão e da Cartilha que contém informações sobre Direito.

A Ouvidora considera que o serviço de ouvidoria em uma instituição assemelha-se em muitos aspectos a uma consultoria interna “gratuita”, onde o conjunto de demandas recebidas serve como um termômetro para medir o desempenho do hospital diante de seus usuários.

Quando perguntada se as manifestações da Ouvidoria podem contribuir com a participação e o controle social na saúde, a entrevistada aponta que sim, pois elas contribuem com a melhoria do atendimento prestado a população, quando seu conjunto possibilita uma avaliação do serviço que está sendo prestado e desenvolvido, assim como a forma com que esse serviço vem sendo prestado refletindo-se na parte social.

A Ouvidora relata que não há ainda um diálogo mais estreito entre sua ouvidoria e o conselho distrital da AP3.1. Tal diálogo é realizado com o Diretor da Divisão de Saúde do hospital, não tendo nada a ver com uma avaliação dos serviços prestados. Ela aponta que considera importante a existência e uma relação mais próxima entre ouvidorias de saúde e os conselhos distritais, pois isso minimizaria por exemplo, demandas externas e atendimentos reprimidos. Ela também concorda que o estabelecimento de um diálogo mais próximo entre Ouvidorias e conselhos distritais tornaria o tema da participação social mais próximo da sociedade, colocando que seria importante um intercâmbio e troca de experiências e problemáticas entre conselhos e ouvidorias, sendo preciso haver o estabelecimento de um diálogo entre ambos. Por fim, quando indagada se acha interessante a Ouvidoria divulgar entre seus usuários as reuniões do conselho distrital, com a finalidade de promover e estimular a participação e o controle social na saúde, ela aponta que sem dúvida isso seria muito bom, pois sempre que o usuário do sistema puder participar e acompanhar o planejamento das atividades teria muito mais ações assertivas que em um compute geral traria benefícios a todos. Aponta que através de suas demandas, as ouvidorias de saúde podem municiar os conselhos distritais com questões do cotidiano das instituições em que estão inseridas, que muitas vezes devem ser tratadas no âmbito de uma esfera maior afim de possam ser dirimidas. Por último reforça a necessidade de que é preciso dar voz ao usuário.

X) Conclusão

Este trabalho encontra-se em fase de conclusão, não sendo possível ainda fazer um fechamento dessa parte.

XI) Anexos

1) LEI Nº 2011, DE 31 DE AGOSTO DE 1993

Institui os Conselhos Distritais de Saúde no Município e dá outras providências.

Art. 1º - Fica instituído em cada Distrito de Saúde, um Conselho Distrital, órgão colegiado, consultivo e deliberativo, com a finalidade de auxiliar a Administração Pública e o Conselho Municipal de Saúde, na análise, planejamento, formulação e supervisão das políticas de saúde, na fiscalização de ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência.

Art. 2º - Compete aos Conselhos Distritais de Saúde em suas respectivas circunscrições:

I - promover a integração das instituições e serviços de saúde;

II - colaborar na formulação de estratégias para a organização do Sistema Único de Saúde - SUS;

III - estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos distritais de saúde, em consonância com o Plano Municipal de Saúde;

IV - participar de levantamentos de dados relativos à saúde da população na área de planejamento sanitário do Distrito de Saúde;

V - participar da elaboração e aprovar, em primeira instância, os modelos assistenciais e os planos distritais formulados pelos Distritos de Saúde;

VI - acompanhar a execução de ações, projetos, programas e planos de saúde;

VII - avaliar as propostas orçamentárias anuais, assim como fazer sugestões para a sua circunscrição, a fim de viabilizar a execução dos planos distritais de saúde;

VIII - colaborar com o Conselho Municipal de Saúde na fiscalização dos contratos e convênios firmados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, emitindo pareceres a respeito e encaminhando-os à consideração do Conselho Municipal de Saúde;

IX - colaborar com o Conselho Municipal de Saúde na fiscalização da aplicação dos recursos financeiros do SUS no âmbito dos Distritos de Saúde;

X - colaborar com o Conselho Municipal de Saúde no acompanhamento dos planos de cargo, carreiras e vencimentos dos servidores do SUS;

XI - participar da formulação da política de desenvolvimento de recursos humanos dos Distritos de Saúde;

XII - viabilizar decisões do Conselho Municipal de Saúde;

XII - viabilizar decisões do Conselho Municipal de Saúde;

XIII - convocar, juntamente com a Coordenação do Distrito, de dois em dois anos, a Conferência Distrital de Saúde;

XIV - elaborar e aprovar as normas regimentais de funcionamento das Conferências Distritais, em consonância com critérios definidos pelo Conselho Municipal de Saúde;

XV - elaborar e aprovar seu Regimento Interno em consonância com as normas emanadas do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 3º - Caberá ao Conselho Municipal de Saúde estabelecer normas para a implantação e o funcionamento dos Conselhos Distritais e supervisionar suas atividades.

Parágrafo Único - O Conselho Municipal de Saúde criará mecanismos de cooperação e intercâmbio entre os diversos Conselhos Distritais de Saúde.

Art. 4º - O Conselho Distrital de Saúde é composto por vinte e cinco por cento de representantes de prestadores de serviços de saúde, públicos e privados, vinte e cinco por cento de representantes de profissionais de saúde em unidades do SUS e que atuem na área, e de cinquenta por cento de representantes de entidades de usuários do sistema de saúde do Distrito.

§ 1º - O critério para composição quantitativa dos representantes dos prestadores de serviços de saúde é o do número de unidades públicas de saúde do Distrito, acrescido de um sexto, deste número, de representantes do setor privado contratado pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2º - Os membros do Conselho serão escolhidos na Conferência Distrital de Saúde e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde para mandato de dois anos, podendo ser reconduzidos.

§ 3º - O Coordenador do Distrito de Saúde presidirá o Conselho Distrital de Saúde e a Comissão Executiva.

§ 4º - O Conselho Distrital disporá, em caráter permanente, de uma Comissão Executiva para operacionalizar as suas decisões, cujos membros serão

escolhidos em reunião do Conselho, observada a proporcionalidade definida neste artigo.

Art. 5º - A Conferência Distrital de Saúde reunir-se-á a cada dois anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formalização de políticas de saúde ao nível do Distrito.

§ 1º - A escolha de delegados para as conferências Distritais de Saúde obedecerá aos mesmos critérios de composição dos Conselhos Distritais.

§ 2º - A escolha de delegados das Conferências Distritais de Saúde para as Conferências Municipais de Saúde obedecerá aos mesmos critérios de composição dos Conselhos Distritais.

§ 3º - As Conferências Distritais de Saúde, realizadas em caráter ordinário, devem anteceder as Conferências Municipais de Saúde.

Art. 6º - O exercício das funções de membro dos Conselhos Distritais de Saúde será gratuito e considerado como prestação de serviços relevantes ao Município.

Art. 7º - Os Regimentos Internos dos Conselhos Distritais de Saúde serão elaborados e aprovados no prazo máximo de cento e vinte dias, contados a partir da publicação desta Lei.

Art. 8º - Para consecução dos objetivos previstos nesta Lei, anualmente, a Lei Orçamentária consignará dotação específica a programas de trabalho dos diversos Distritos de Saúde para a administração dos respectivos Conselhos Distritais, de modo a atender às necessidades de material de consumo e outros serviços e encargos imprescindíveis às atividades.

Art. 9º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, em 31 de agosto de 1993.

SAMI JORGE HADDAD ABDULMACIH

Presidente

LEI Nº 2289 DE 09 DE JANEIRO DE 1995

Altera e Acrescenta dispositivo à Lei nº 2011 de 31 de agosto de 1993 que institui os Conselhos Distritais de Saúde no Município, e dá outras providências.

Autor: Vereador Milton Nahon

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO,

faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º - O art. 4º da Lei nº 2.011 de 31 de agosto de 1993, que institui os Conselhos Distritais de Saúde no Município acrescido pelo § 5º e com modificação da redação do § 3º passa a vigorar com as disposições a seguir:

"Art. 4º - (.....)

§ 1º - (.....)

§ 2º - (.....)

§ 3º - O Coordenador do Distrito de Saúde comporá o Conselho Distrital de Saúde e a Comissão Executiva.

§ 4º - (.....)

§ 5º - O Presidente do Conselho Distrital de Saúde que também presidirá a Comissão Executiva, será eleito pelos membros titulares do Conselho, mediante o voto da maioria absoluta de seus representantes."

Art. 2º - No prazo de até quarenta e cinco dias contados a partir da data de publicação desta Lei, os Conselhos Distritais de Saúde procederão excepcionalmente, à eleição dos respectivos Presidentes, cujo exercício da função se estenderá até o término do mandato dos atuais Conselheiros.

Parágrafo Único - Com essa finalidade serão convocados todos os Conselheiros através de expediente administrativo com antecedência mínima de quinze dias comunicando a data e local da realização da eleição.

Art. 3º - Os regimentos Internos dos Conselhos Distritais de Saúde serão readequados às disposições desta Lei.

Art. 4º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

CESAR MAIA

XII) Referência Bibliográfica

Morosini, Márcia Valéria G.C. In: Modelos de atenção e a saúde da família. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas
Aluísio Gomes da Silva Júnior e Carla Almeida Alves p. 27-43. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

1) Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde
Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício de controle social; Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 2 ed. 162 p.
(Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

2) Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde
Brasília: Ministério da Saúde, maio 2006. 2. ed. 206 p. (Série E. Legislação de Saúde).

3) Pimenta A L, Sá ENC, Wanderley LE, Vasconcelos MPC. Saúde e revisão constitucional: controle social e formas organizacionais do SUS. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 1993. 35 p. (Série Direito e Saúde, 2).

4) Valla V V. Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro: Fiocruz, 38 p. 1993.

5) Pinheiro R, Poz MRD. Democratização e controle social na saúde: análise do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, mar. 32 p. 1995. (Série Estudos em Saúde Coletiva; n.109).

6) Côrtes SMV. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único Brasileiro: construindo a possibilidade da participação dos usuários. In: Brasil. Ministério da Saúde. Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde.
Brasília, Ministério da Saúde, 2000. p.23-42.

Base de dados: LILACS

1) Spinetti SR. A ouvidoria nos três níveis de gestão da saúde. São Paulo; s.n; 2007. 113 p.

[2\) Lyra RP, Gomes ME, Mariano BD. A ouvidoria na esfera pública brasileira. Curitiba: Ed Universitária/UFPR; 2000. 315 p.](#)

3) Ministério da Saúde. Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasília, Julho de 2005. Brasília, DF: MS; 2005. (MS-SEGEP. Série D. Reuniões e Conferências).

Base de dados: SCIELO

Guizardi FL et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis*, Jun 2004, vol.14,

Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Set 2006, vol.11, no.3, p.797-805

Silva AX, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc. saúde coletiva*, Jun 2007, vol.12, no.3, p.683-688.

Pereira LH. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. *Sociologias*, Jun 2002, no.7, p.82-121.

Oliveira VC. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. *Saude soc.*, Ago 2004, vol.13, no.2, p.56-69.

Silva LAV. Saúde e produção de sentidos no cotidiano: práticas de mediação e translingüística bakhtiniana. *Interface (Botucatu)*, Ago 2003, vol.7, no.13, p.135-146.

Araújo IS. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface (Botucatu)*, Fev 2004, vol.8, no.14, p.165-178

Acervo pessoal

Araújo IS, Cardoso, JM. Comunicação e saúde: Coleção Temas em Saúde. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

Controladoria Geral da União. Orientações para implantação de unidade de Ouvidoria. 3. ed. Brasília, DF: Presidência da República;2006.

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Fiocruz. Relatório técnico final da Pesquisa de Satisfação dos Usuários em Três Unidades de Atenção à Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Dez de 2008.

Disponível em:

http://www.fiocruz.br/media/relatorio_final_%20da_%20pesquisa_de_%20satisfacao_%20do%20usuario.pdf

Acessado em: 25/09/2009

Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, Maio de 2008. Brasília, DF: MS;2008 (MS-SEGEP. Série B. Textos Básicos de Saúde).

Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). Rio de Janeiro v.30 n.73/74 maio/dez. 2006

Vismona EL, Marques JBA, Oliveira JE, Clemente J, Pinto OL, Wada RM et al. A Ouvidoria no Brasil. 1. ed. São Paulo: [s.n.];2001.