



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Lawrence Gonçalves

**Percepção de ouvidores estaduais do SUS a respeito do Sistema Nacional de Acreditação  
Institucional de ouvidorias do SUS: Desafios e perspectivas**

Brasília – DF

2019

Lawrence Gonçalves

**Percepção de ouvidores estaduais do SUS a respeito do Sistema Nacional de Acreditação  
Institucional de ouvidorias do SUS: Desafios e perspectivas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr José Inácio Jardim Motta

Brasília – DF

2019

Título do Trabalho em Inglês:  
Perception of SUS state ombudsmen regarding the National System of Institutional Accreditation of SUS ombudsman: challenges and perspectives

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

G635p      Gonçalves, Lawrence.  
                Percepção de ouvidores estaduais do SUS a respeito do Sistema Nacional de Acreditação Institucional de ouvidorias do SUS: desafios e perspectivas / Lawrence Gonçalves. -- 2019.  
                172 f. : il.

                Orientador: José Inácio Jardim Motta.  
                Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília-DF, 2019.

                1. Defesa do Paciente. 2. Avaliação em Saúde. 3. Acreditação. 4. Educação Continuada. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Pesquisa Qualitativa. 7. Descentralização. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.1068

Lawrence Gonçalves

**Percepção de ouvidores estaduais do SUS a respeito do Sistema Nacional de Acreditação  
Institucional de ouvidorias do SUS: Desafios e perspectivas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em 18 de julho de 2019.

Banca Examinadora

Profª Dra. Maria Isabel Pojo do Rego  
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Prof Dr. Marcelo Rasga Moreira  
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof Dr. José Inácio Jardim Motta (Orientador)  
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Brasília – DF

2019

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a muitos.

Aos meus pais. Até onde alcanço o passado, sempre foram professores. Ensinavam o bê-á-bá para os filhos e os filhos de tantos mais no pequeno Pongaí. Estão sempre comigo, ensinando a aprender.

À Jerusa, que sempre me auxiliou a crescer;

E ao saudoso Abílio, cuja partida nos fez perder muito. Obrigado por tudo que nos deu! Mais perto, agradeço ao meu amigo Rafa, primeiro e decisivo impulsionador para minha volta às aulas. Também um professor, no dia a dia do trabalho e na descoberta das ouvidorias do SUS.

Ao meu orientador Inácio, que dividiu sua inspiração e tranquilidade enquanto eu queixava-me das dificuldades.

Ao Murilo, companheiro de trabalho disposto e responsável, otimista para estar presente sempre.

Murilo e Inácio, muito pacientes. Obrigado.

Aos perenes e aos mais recentes companheiros no projeto SNAIOS, Sandra e Fernando.

Aos acolhedores colegas do DOGES e da ENSP/Fiocruz.

À Fiocruz-UnB, por seus solícitos e simpáticos funcionários que nos assistiram, dias e noites, por meses.

Aos docentes do mestrado. Estiveram comigo em toda a construção deste trabalho. Aos fiocruzes, agradeço especialmente aos professores mais próximos neste percurso de formação, - Isabel, Marcelo, Mendes.

Serei injusto deixando de mencionar colegas mestrados pelos nomes. São muitos e indispensáveis.

Agradeço, por fim, aos ouvidores do SUS. Especialmente aos ouvidores estaduais que me concederam entrevistas e àqueles com quem venho trabalhando desde dois mil e dezesseis no solo comum das ouvidorias no SUS.

## RESUMO

Esta dissertação é resultado de uma pesquisa qualitativa que envolveu o estudo documental e empírico de categorias relacionadas ao desenvolvimento de um projeto para avaliação e qualificação de ouvidorias do Sistema Único de Saúde, o Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS (SNAIOS). O trabalho compreendeu a análise documental de produções teóricas que versam sobre acreditação, avaliação em saúde, ouvidorias do SUS, descentralização, federalismo, políticas de saúde, entre outros e, especialmente, os documentos de base que subsidiam o projeto. No campo empírico, recorreu à pesquisa de campo por meio de entrevistas abertas com cinco ouvidores estaduais do SUS, entre os anos 2018 e 2019, cada qual de uma distinta região do país, abordando temáticas referentes às categorias analíticas elencadas e focalizando as percepções desses atores a respeito dos desafios e perspectivas para o projeto SNAIOS. A metodologia envolveu a análise documental das produções teóricas pertinentes e a análise dos discursos dos entrevistados. A percepção, enquanto componente titular do trabalho, foi abordada por meio da fenomenologia de Merleau-Ponty. A análise de discurso e análise de conteúdo integraram os recursos hermenêuticos que balizaram a construção do trabalho. Com esta perspectiva, considera-se que as produções discursivas demonstraram compreensões divergentes sobre as aplicações da avaliação em saúde e da acreditação nessa área. Apontaram, por outro lado, convergências quanto à perspectiva preponderante acerca do papel do gestor federal para o sucesso da conformação das ouvidorias do SUS, tanto quanto para o desenredo promissor do próprio projeto SNAIOS, atualizando questões sobre as complexidades do federalismo no Brasil e os paradoxos da descentralização na área da saúde. Ademais, a particularidade da acreditação apresentada pelo projeto faz remontar aos fundamentos da política de Educação Permanente em Saúde, demonstrando a necessidade de resgate de seus preceitos para uma compreensão ampliada sobre a proposta do SNAIOS.

Palavras-chave: ouvidorias do SUS, avaliação em saúde, acreditação, descentralização, Educação Permanente em Saúde.

## ABSTRACT

This dissertation is the result of a qualitative research that involved the documentary and empirical study of categories related to the development of a project for evaluation and qualification of ombudsmen of the Unified Health System, the National System of Institutional Accreditation of SUS Ombudsmen (SNAIOS). The work comprised the documentary analysis of theoretical productions that deal with accreditation, health evaluation, SUS ombudsman's offices, decentralization, federalism, health policies, among others, and especially the background documents that support the project. In the empirical field, she resorted to field research through open interviews with five state ombudsman from SUS, between 2018 and 2019, each from a different region of the country, addressing themes related to the analytical categories listed and focusing on the perceptions of these actors. about the challenges and perspectives for the SNAIOS project. The methodology involved the documental analysis of the pertinent theoretical productions and the discourse analysis of the interviewees. Perception, as a proprietor component of the work, was approached through Merleau-Ponty's phenomenology. Discourse analysis and content analysis integrated the hermeneutic resources that guided the construction of the work. From this perspective, it is considered that discursive productions have shown divergent understandings about the applications of health assessment and accreditation in this area. On the other hand, they pointed to convergences regarding the preponderant perspective on the role of the federal manager for the successful shaping of the SUS ombudsman's offices, as well as for the promising debacle of the SNAIOS project itself, updating questions about the complexities of federalism in Brazil and the paradoxes decentralization in health. In addition, the particularity of the accreditation presented by the project goes back to the foundations of the Permanent Health Education policy, demonstrating the need to rescue its precepts for a broader understanding of the SNAIOS proposal.

Keywords: SUS ombudsman, health assessment, accreditation, decentralization, Permanent Health Education.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	8
2	<b>DO PANORAMA POLÍTICO ÀS CATEGORIAS DE ANÁLISE.....</b>	9
2.1	MESTRADO PROFISSIONAL.....	11
2.2	AVALIAÇÃO: LUGARES E MOTES.....	13
3	<b>CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS.....</b>	15
3.1	ACREDITAÇÃO.....	15
3.2	AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	33
3.3	OUVIDORIAS DO SUS.....	51
4	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	65
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	65
4.2	PESQUISA QUALITATIVA.....	66
4.3	ETAPAS E PROCEDIMENTOS.....	69
4.4	OBJETIVOS.....	69
4.4.1	<b>Geral.....</b>	69
4.4.2	<b>Específicos.....</b>	69
4.4.2.1	OE 1.....	69
4.4.2.2	OE 2.....	69
4.4.2.3	OE 3.....	69
4.5	DESENVOLVIMENTO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	70
4.5.1	<b>Desenvolvimento OE 1.....</b>	70
4.5.2	<b>Desenvolvimento OE 2.....</b>	72
4.5.3	<b>Desenvolvimento OE 3.....</b>	77
5	<b>ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO.....</b>	83
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	83
5.2	AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	84
5.2.1	<b>Avaliação: conceito estimado, práticas dispersas.....</b>	84
5.2.2	<b>Parâmetros para a qualidade.....</b>	87
5.2.3	<b>Oriente da gestão.....</b>	88
5.2.4	<b>Acesso e conformidades.....</b>	90
5.2.5	<b>Diga-se de passagem.....</b>	91
5.2.6	<b>Avaliação e planejamento.....</b>	93
5.3	OUVIDORIAS DO SUS.....	94



5.3.1	<b>Ouvidoria, Instrumentos e Gestão.....</b>	94
5.3.2	<b>Lugar ao SUS.....</b>	96
5.3.3	<b>Um gestor requisitado.....</b>	98
5.3.4	<b>Federalismo.....</b>	99
5.3.5	<b>Requisitos, parâmetros e influências.....</b>	100
5.3.6	<b>Personalidade.....</b>	106
5.3.7	<b>Atualidade.....</b>	107
5.3.8	<b>Conflito?.....</b>	107
5.3.9	<b>Textos e contextos.....</b>	110
5.3.10	<b>Gramáticas.....</b>	115
5.3.11	<b>Descentralização.....</b>	116
5.3.12	<b>Lugar ao SUS II.....</b>	118
5.3.13	<b>Ressonância e transcendência institucional.....</b>	119
5.4	<b>ACREDITAÇÃO.....</b>	121
5.4.1	<b>Acreditação: origens e concepções.....</b>	121
5.4.2	<b>Metodologias possíveis.....</b>	124
5.4.3	<b>Viabilidade.....</b>	127
5.4.4	<b>Elogios e Sugestões.....</b>	128
5.5	<b>DESAFIOS E PERSPECTIVAS.....</b>	130
5.5.1	<b>Metodologia.....</b>	130
5.5.2	<b>Sistema Nacional, Política Nacional.....</b>	133
5.5.3	<b>Por quê não?.....</b>	134
5.5.4	<b>Agência independente.....</b>	135
5.5.5	<b>Cenário político e perspectivas.....</b>	137
5.5.6	<b>Financiamento.....</b>	139
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	142
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	154
	<b>ANEXO A.....</b>	166
	<b>ANEXO B.....</b>	167
	<b>ANEXO C.....</b>	169

## 1 INTRODUÇÃO

O projeto “Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS (SNAIOS)” é uma iniciativa da parceria entre o DOGES (Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS) e a Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz-RJ. Propõe a oferta de um sistema de avaliação para as ouvidorias do SUS baseado em uma concepção construtivista que privilegia os processos de aprendizagem no trabalho através de procedimentos que incluem a autoavaliação das instituições, avaliação externa por agência acreditadora independente, atribuição de ‘selo’ de qualidade e renovada passagem dos proponentes por avaliações adicionais em períodos posteriores.

Sua formalização ocorre com a aprovação do Termo de Execução Descentralizada nº 19/2017, cujo objetivo é

Criar Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS visando a qualidade do trabalho de defesa de direitos de cidadania e incentivo a melhorias administrativas, de gestão, de atenção, de controle social e, de formação.(BRASIL, 2017, fl. 19).

O destaque que assume, na proposta, o processo de autoavaliação, é reflexo do paradigma construtivista em que se baseia. Como exposto por Guba e Lincoln (2006), o paradigma investigativo construtivista se baseia no relativismo, em realidades construídas em planos locais e específicos. É esta a abordagem identificada na idealização do projeto. Por conseguinte, uma das características singulares da proposta é a ênfase que a autoavaliação ocupa como dispositivo primordial, que implica a instituição proponente na responsabilidade pela determinação de seu *status* atual, no percurso de qualidade em relação aos padrões referenciais apresentados pelo Sistema.

Tais padrões têm a função de apontar metas ideais para a atuação das ouvidorias do SUS sem, no entanto, visarem o posicionamento hierárquico das ouvidorias em escalas de qualidade. A ênfase é, ao contrário, no percurso proposto pelas próprias instituições em direção ao alcance de melhorias contínuas a partir de suas condições reais atestadas em suas autoavaliações.

## 2 DO PANORAMA POLÍTICO ÀS CATEGORIAS DE ANÁLISE

Se, por um lado, tal metodologia de avaliação tem a perspectiva de ‘debruçar-se’ sobre cada ouvidoria do SUS, considerando que são suas conformações singulares o objeto de análise, por outro, o projeto é decorrente do panorama político que envolve essas instâncias, desde seu fomento e idealização, as implantações descentralizadas e apoiadas pelo DOGES e sua operação. Verifica-se, pela justificativa da proposta, haver uma lacuna a ser preenchida no ciclo da política pública que instaura as ouvidorias do SUS, deduzida pelo trabalho de investigação empreendido pelos atores que acordam o projeto:

[...]Essa proposta assenta-se no problema da ausência de sistema de avaliação e monitoramento da qualidade dos processos de trabalho e de gestão do trabalho das ouvidorias públicas em saúde no Brasil, de maneira integrada e sistemática. Problema este identificado no projeto de pesquisa Percepção das Ouvidoras Municipais e Estaduais do SUS acerca da Resolutividade das Ouvidorias, desenvolvido pela equipe de pesquisa do DCS/ENSP/FIOCRUZ e DOGES/SGEP/MS, no período de 2014 e 2015.[...] (BRASIL, 2017, fls. 23-24).

Conquanto a proposta do SNAIOS venha estimular a incorporação de uma cultura de autoavaliação, nem por isso descarta a atividade de avaliação externa. A avaliação externa também se expressa como dispositivo que busca enriquecer a compreensão sobre as práticas das Ouvidorias do SUS, na medida em que com ela “[...]se colocam em perspectivas diferentes, leituras feitas na realização das ações de melhorias e nos relatórios de autoavaliação”(MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO, 2018, p. 14).

[...] com a criação de um Sistema de Acreditação de Ouvidorias do SUS, espera-se alcançar um processo de avaliação independente e objetivo, com alto grau de credibilidade, que traduza consenso e satisfação, entre as instituições, usuários, gestores, trabalhadores e população, causando aumento da resolubilidade das demandas, além de possibilitar maior inserção da participação social, uma vez que com a qualificação dos processos de trabalho busca-se ampliar a participação e o envolvimento da população(BRASIL, 2017, p. 2, fl. 3).

Com esta proposta, o projeto veio se desenvolvendo e foi apresentado em capitais estaduais das cinco regiões do país, além da realização de um evento nacional no final do ano de 2016 e uma Oficina de Validação de seu documento “Referencial de Qualidade” em abril de 2017. Os debates com ouvidores e trabalhadores das ouvidorias do SUS demonstraram diferentes interpretações a respeito da proposta em si e de sua viabilidade, especialmente por seu caráter pedagógico e esquivo a hierarquizações (*ranqueamento*) na atribuição de valor às instituições que venham a se submeter ao processo de acreditação. Isto nos leva à situação-problema que enseja a tal pesquisa: As manifestações dos profissionais de ouvidoria sobre o

SNAIOS, a partir de sua apresentação, reflete uma compreensão dúbia sobre o projeto e, em especial, sobre o modelo de avaliação proposto, de tal forma que cabe perguntar: como a compreensão sobre o que pensam atores das ouvidorias do SUS nos ajudam a compreender os desafios e as perspectivas a serem enfrentadas pelo processo de implantação e implementação do SNAIOS?

Por isso, foi elaborado como raciocínio hipotético: os ouvidores não compreendem fidedignamente a proposta do SNAIOS devido à constante exposição à modelos e práticas de avaliação em saúde baseadas em critérios normativos. Supõe-se que a interpretação destes atores apresenta discrepâncias em relação ao conteúdo e objetivos da proposta do SNAIOS quando se considera o objetivo singular deste Sistema em valorizar iniciativas de autoavaliação e processos de aprendizagem em detrimento das habituais avaliações de conformidade e classificações que condicionam a expectativa de trabalhadores de serviços de saúde.

Esta dubiedade de compreensões sobre o SNAIOS, o raciocínio hipotético que se deseja verificar e as diferentes realidades do país levaram a indagar sobre o entendimento de determinados atores (*stakeholders*) relacionados ao Sistema e que potencialmente influenciam sua institucionalização e define, portanto, como objeto da pesquisa, a percepção de ouvidores estaduais do SUS a respeito do Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS.

As indagações mantêm relação com minha experiência profissional. Ao ingressar no Ministério da Saúde, emitindo pareceres enquanto analista técnico, cursando especialização em avaliação em saúde e passando a trabalhar no Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, fui inserido no projeto do SNAIOS, em parceria com o Departamento de Ciências Sociais da ENSP/Fiocruz-RJ. Neste projeto, participei das etapas que o constituíram até então, desde as oficinas com a equipe de criação, oficinas regionais para teste dos instrumentos de avaliação até a elaboração dos documentos que o fundamentam e primeiras experiências de sua aplicação prática.

Neste cenário, delinearam-se as categorias componentes desta pesquisa, quais sejam, acreditação, avaliação em saúde e ouvidorias do SUS. Como o SNAIOS projeta a oferta de um percurso de qualificação para as ouvidorias do SUS que implica em um processo avaliativo, tem-se com isso a oportunidade de verificar perspectivas, a partir da percepção de ouvidores estaduais do SUS sobre ele, e os desafios que preveem para as ouvidorias do SUS e a institucionalização do SNAIOS.

Em 2018, com a continuidade dos trabalhos, o projeto seguiu desenvolvendo sua proposta. Sua metodologia inclusiva e participativa ampliou seus colaboradores. De um grupo composto por pesquisadores do DCS-ENSP/Fiocruz e servidores do DOGES, nomeado grupo *core*, passaram a integrar as oficinas e atividades promotoras do SNAIOS duas ouvidoras estaduais de saúde, novos pesquisadores e alunos-participantes do Curso de Qualificação em Avaliação Externa de Ouvidorias do SUS, quando então as primeiras experiências-piloto de acreditação foram empreendidas.

O projeto segue, em 2019, as vias para sua implementação. Depende, como habitualmente, de uma conjuntura política que reconheça sua justificativa, os investimentos empreendidos para sua consecução e que se disponha a conceber a saúde uma política de estado.

## 2.1 MESTRADO PROFISSIONAL

O Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas da ENSP, ao se desenvolver inserido na grande área das Ciências da Saúde e na Saúde Pública, configura uma iniciativa que visa auxiliar gestores e trabalhadores da saúde a se familiarizar com os conceitos, práticas e políticas que se desenvolvem nesta área.

Há debates que problematizam a identidade do mestrado profissional, visto que sua conformação imprime uma vinculação predominantemente prática à formação que proporciona. Estes argumentos apontam devidas semelhanças entre esta modalidade e os mestrados acadêmicos que se desenvolvem em áreas eminentemente técnicas, notadamente vinculadas às exigências de mercado.

Embora tais debates remontem às influências que os modelos de pós-graduação americana alcançaram no Brasil, voltados a soluções de problemas práticos de produção industrial, contrapõe-se à ideia de uma identidade exclusiva para esta formação a própria tradição da educação brasileira, que prevê a graduação mesma um instrumento de preparação do indivíduo para a entrada no mercado de trabalho.

A despeito de ambiguidades que ainda são debatidas, a identidade do mestrado profissional, no Brasil, permanece equivalente à do mestrado acadêmico. Sem, contudo, deixar de apresentar traços distintivos que indicam sua vinculação aos saberes técnicos, devido à sua finalidade e à flexibilidade com que a legislação brasileira aborda a formação em pós-graduação.

A evidência mais forte de que os saberes do mestrado profissional são predominantemente técnicos está circunscrita à sua finalidade. O objetivo do mestrado profissional é a instrumentalização de indivíduos que possam fazer uso eficaz de ferramentas científicas em seus processos de trabalho. Essa definição se aproxima, portanto, daquilo que entendemos por técnica como um saber que não se dá por acaso porque, apoiado em uma epistêmê, visa a um fazer eficaz por meio de uma habilidade apropriada. (SANTOS; AROUCA; HORTALE, 2012, p. 70).

Consoante a estes entendimentos, os fundamentos que auxiliam a ‘localizar’ o mestrado profissional transitam pelas exigências da modernidade relativas à inserção do homem no mundo da produção e na melhoria das condições de vida, tanto como o aperfeiçoamento de sua atividade por meio da formação. Assim pode ser compreendido, neste âmbito, o modelo de *homo faber*, ou artífice, como aquele que “[...] *fabrica coisas para melhorar as condições de vida no mundo*[...]”(SANTOS; AROUCA; HORTALE, 2012, p. 63).

De Henri Bérson a Hannah Arendt, este modelo parece acomodar-se à caracterização da formação visada pelo mestrado profissional. Como escrevem Santos, Arouca e Hortale (2012):

[...] a característica mais forte do mestrado profissional é alimentada pelo que a modernidade já consagrou: a exaltação do *homo faber*, do fabricante, daquele que é capaz de desenvolver instrumentos com o desejo pragmático de melhorar as condições da vida humana neste mundo. Fabricação, nesse contexto, não se reduz à criação de objetos de uso como uma mesa ou uma cadeira. Trata-se de um produto que pode ter natureza diversa e que reserva uma preocupação em melhorar a produtividade das instituições, seja na criação de novos processos de trabalho, seja na introdução de uma nova técnica de fabricação, ou ainda na invenção de um instrumento capaz de reformar a atividade de trabalho. (p. 67).

Esta exaltação da técnica e da prática, no entanto, poderia ser questionada enquanto justificativa para a oferta de um curso de mestrado que não se distingue, terminantemente, dos mestrados acadêmicos tradicionais, bastante simbióticos às preocupações teóricas que fundamentam a formação e o raciocínio crítico. Haveria, assim, uma preocupação com a medida com que a formação estaria apenas reproduzindo exigências do mercado ou contribuindo para inovações nos processos de trabalho das instituições.

É pela possibilidade e necessidade de permeabilidade dessas dimensões que se justificaria a iniciativa, ao entender que a prática, por si só, careceria de embasamento consistente para qualificar os resultados a que se propõe e que a teoria, por sua vez, em uma concepção singela, simplesmente prescindiria da ação humana criativa.

O mestrado profissional em Saúde Pública, em sua especificidade, está intimamente relacionado às necessidades de “[...] *formação de profissionais que se utilizam das ferramentas científicas para identificar e analisar problemas vivenciados no SUS, além de propor inovações no setor*[...]”(SANTOS; AROUCA; HORTALE, 2012, p. 94) Esta chancela alinha-se aos

problemas identificados quando da proposição do SNAIOS, ao justificar-se pela [...]ausência de sistema de avaliação e monitoramento da qualidade dos processos de trabalho e de gestão do trabalho das ouvidorias públicas em saúde no Brasil[...] (BRASIL, 2017).

Expandir as relações possíveis permite acrescentar que a Saúde Pública, no Brasil encontra-se em um processo árduo de paulatina implementação. Os problemas identificados para a materialização dos ideais reformistas e dos princípios e diretrizes do SUS atravessam turbulências políticas aparentemente alheias às reivindicações e aos princípios democráticos com que a Reforma Sanitária se instaura. Esses princípios não ignoram as influências do mercado, mas diferenciam-se e possuem seus fundamentos próprios. De modo que a teoria subjacente à prática demanda crescente instrumentalização para que a saúde se concretize como política de Estado. O mestrado profissional em Saúde Pública soma-se a estes esforços reformistas, ao propor a formação de profissionais, corpos técnicos, que reconheçam e articulem as variáveis incidentes na concretização do SUS.

## 2.2 AVALIAÇÃO: LUGARES E MOTES

Ao abordar a avaliação em saúde entre as categorias teóricas pertinentes a esta pesquisa, convém destacar os papéis que este tema tem adquirido no mundo contemporâneo e suas relações com o desenvolvimento de políticas públicas em particular. Tal qual em outros setores, na área da saúde a avaliação vem se consolidando como instrumento de variadas aplicações. Tanto assim que suas aplicações relacionadas à prestação de contas nas gestões públicas frequentemente preveem sua inserção junto ao próprio planejamento de programas. Soma-se a isto a crescente participação social nas etapas das políticas públicas, desde a elaboração, onde se envolvem instâncias colegiadas com poder deliberativo até a presença de organizações não governamentais, associações de bairros e mesmo indivíduos isolados que apreciam as condições de execução de programas e qualificam as ações dos governos.

Assim, tal cenário também promove o desenvolvimento de ações no campo teórico e acadêmico dedicados ao tema, estimula e demanda estudos relacionados à avaliação, mecanismos de controle e participação social na esfera pública, âmbito em que se insere a presente pesquisa.

Na medida em que o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES) empreende esforços e parcerias para a implantação e implementação de ouvidorias nas instituições de saúde pública, cumpre objetivo que lhe é próprio, estabelecendo orientações para os processos de descentralização e fortalecimento de políticas para a gestão participativa.

Estudos e pesquisas que possam contribuir com a qualificação destas instâncias permitem o cumprimento de outro objetivo do Departamento, enquanto também responsável por viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas no campo da Ouvidoria em Saúde, para subsidiar a formulação de políticas de gestão do SUS.

Cogitando o alcance da pesquisa, espera-se que estes conhecimentos produzidos, ao contribuírem para a qualificação de gestores, ouvidorias e práticas avaliativas, venham a refletir em melhorias para os usuários do SUS, dado que são estes os avaliadores mais interessados em reconhecer no SUS a qualidade com a qual ele se propõe a operar. As próprias ouvidorias do SUS se apresentam como instrumentos potencializadores destas participações individuais na avaliação das políticas de saúde, fazendo pertinente a atenção à qualidade de suas atuações, bem como a qualificação dos profissionais que as administram.

Estas iniciativas buscam, pelos seus caminhos específicos, auxiliar o alcance desta qualidade. Aspiram ao aperfeiçoamento dos recursos de que as ouvidorias possam se valer para conhecer suas necessidades e melhorar os meios para viabilizar a avaliação dos usuários do SUS, reforçando a participação da sociedade na gestão da saúde.

O Ministério da Saúde, enquanto fomentador de políticas de participação social e demandante de ações para a qualificação das ouvidorias do SUS (que ora se concretiza no desenvolvimento do SNAIOS) alcança, com este estudo, a possibilidade de utilizar um material expressivo para a análise e monitoramento de seus investimentos neste setor. Estima-se, portanto, a perspectiva de identificar lacunas, práticas inovadoras, potencialidades e o estímulo às boas práticas das ouvidorias do SUS.

A Fundação Oswaldo Cruz, dedicada a contribuir com o desenvolvimento social e a difusão de conhecimentos, autentica, com mais um trabalho sob sua coordenação, a vocação para disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados ao fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde.



### 3 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

#### 3.1 ACREDITAÇÃO

Accreditação é um termo que em seus primórdios já esteve relacionado às práticas de saúde, especificamente à preocupação em ordenar o ensino médico e à iniciativa de estabelecer padrões mínimos de qualidade para o funcionamento de hospitais. Foi nos Estados Unidos da América, em 1919, que o termo passou a ser utilizado, nomeando uma metodologia para aferir a conformidade dos ambientes hospitalares de acordo com os padrões mínimos estabelecidos pela elite médica americana (FORTES, 2013).

Foi criado o Programa de Padronização de Hospitais (PPH). Sua atuação evidenciou o estado caótico dos ambientes hospitalares e sinalizou para a necessidade de os demais hospitais se adequarem aos padrões estabelecidos, o que melhoraria significativamente a qualidade dos cuidados dispensados aos pacientes e permitiria à elite médica ampliar o controle dos ambientes onde atuava (FORTES, 2013).

A repercussão dos resultados das avaliações conduzidas pelo Programa, o desenvolvimento tecnológico incorporado pelos hospitais e o número destes que demonstrava interesse na acreditação, levou o PPH a apresentar dificuldades para ser administrado, demandando revisões dos padrões criados e das atividades executadas (FORTES, 2013).

Como resultado da institucionalização crescente, foi criada, em 1951, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), organização americana, sem fins lucrativos e independente, que estendeu suas atividades para além da acreditação voluntária de hospitais. Diversos ambientes voltados à saúde passaram a incorporar seu escopo. Outros profissionais não médicos do setor também passaram a ser considerados em suas avaliações. Com esta investida, a prática da acreditação adicionou novos atores, financiamento e alcance. A metodologia seguia este aperfeiçoamento quando, em 1970, foi lançado o Manual de Acreditação para Hospitais, uma drástica evolução em direção ao aprimoramento dos padrões preconizados. (FORTES, 2013).

Com a extensão de sua atuação, o JCAH adquiriu um papel importante na regulação dos serviços de saúde nos EUA. A avaliação da qualidade destes serviços foi se estabelecendo através do processo de acreditação. Este movimento se consolidava progressivamente, visto que, em 1995, 42 estados americanos aceitavam o certificado de acreditação da *Joint Commission* (renomeado em 1987 como *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* – JCAHO) para isentar hospitais de outro(s) processo(s) de regulação (SCRIVENS, 1995).

Institucionalmente, o JCAHO seguiu se expandindo. Já funcionando como uma empresa que prestava serviços para o sistema de saúde americano, a organização aperfeiçoou-se e trabalhava para consolidar esta posição, inclusive por não ser a única empresa que oferecia a acreditação. Em 1994 foi criado o *Joint Commission International* (JCI). Com isso, a metodologia da acreditação americana seria difundida por outros territórios nacionais (FORTES, 2013).

A esta altura, a JCAHO definia a acreditação como um processo para avaliação dos serviços de saúde ao qual se adere voluntariamente e que ocorre pelo alcance de determinados padrões de excelência. Contavam com o uso de seu Manual de Acreditação e ocupavam um lugar de utilidade no sistema de saúde americano. (FORTES, 2013).

Independente dos aspectos metodológicos que sinalizavam uma estreita relação com avaliações de conformidade, este lugar de utilidade pública ocupado pela JCAHO nos EUA, demonstra outra característica significativa dos processos de acreditação que foram se desenvolvendo em outros países: sua pertinência e inserção nos sistemas de saúde e governança locais.<sup>5</sup> Ou seja, os contextos políticos onde se desenvolveram sistemas de acreditação não são indiferentes à sua institucionalização e prática.

Fortes, Mattos e Baptista (2011) compararam a acreditação na França, Reino Unido e Catalunha. Os autores identificaram consequentes diferenças na formatação e nas funções que esta prática adquire.

[...]Cada sistema nacional de saúde, com seus arranjos de financiamento, meios de pagamento e instrumentos de coordenação da rede de serviços, moldará seu processo de acreditação. (p. 241)

Embora a tradição inicial tenha concebido a característica da adesão voluntária, mesmo este critério pode sofrer variações conforme as relações e propostas de políticas locais. O exemplo da França, que os autores apresentam, é um caso em que a adesão não é voluntária, mas sim instituída por lei. Além disso, os resultados da acreditação são utilizados como mecanismo de *accountability* e não há preocupação em que o processo resulte em certificação para a instituição, mas sim em estimular o desenvolvimento de uma cultura de qualidade.

Posteriormente, nos EUA, o caráter voluntário também se tornou algo relativo, visto que o sistema de reembolso aos hospitais, de pacientes idosos e pobres, pertencentes à seguridade social, passou a ser autorizado apenas se o hospital fosse acreditado pela JCAHO. Já em 1972 esta comissão foi confirmada como representante dessa função (NOVAES, 2015).

Scrivens (1997) levanta algumas indagações, ao discutir as questões políticas envolvidas nas funções que a acreditação assume nos EUA, Canadá, Austrália e Reino Unido. Por um lado,

a acreditação propõe a busca pela garantia de qualidade. Mas também pode se voltar para funções de *accountability*. Embora relacionadas, essas funções tendem a influenciar significativamente o impacto que ocasionam os resultados de sua atividade. A garantia de qualidade sugere uma busca contínua para melhoria e a aspiração de alcançar padrões mais elevados, enquanto *accountability* seria uma função voltada a demonstrar ao público o alcance de níveis adequados e seguros de serviços, a eficiência e correspondência com expectativas razoáveis.

No Brasil, a orientação da acreditação de serviços de saúde não seguiu a configuração de *accountability*. De fato, a definição oferecida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), criada em 1999, aponta essa distinção em sua *homepage*:

[...] um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde. Tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial/governamental, não devendo ser confundida com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.

A acreditação manteve sua difusão pelos países. Houve parcerias com organizações internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a qual demonstrava atenção à necessidade de adotar padrões de qualidade flexíveis e adaptáveis aos contextos nacionais (FORTES, 2013).

Ação demarcadora dessa iniciativa foi a redação do Manual de Acreditação para América Latina e Caribe. Novaes (2015) relata esse movimento, ao mesmo tempo que explica a finalidade do Manual diante das instituições nacionais que seguiriam elaborando seus instrumentos de avaliação:

Para a concretização desta iniciativa a OPAS contratou o Instituto Técnico para a Acreditação de Estabelecimentos de Saúde (ITAES, Buenos Aires, Argentina), em 1987, para redação de um Manual de Acreditação[...] Sua redação teve por objetivo o não estabelecimento de paradigmas, mas sim de um guia, para servir de ilustração às comissões institucionais nacionais quando elaborarem seus próprios instrumentos de avaliação. Para cada serviço hospitalar foram estabelecidos “padrões”, ou seja, o nível de atenção, prática ou método ótimo esperado, definido por peritos e/ou associações de profissionais. Em cada situação, o padrão inicial seria o limite mínimo de qualidade exigido. Esperava-se que nenhum hospital de algum país que estivesse em um processo de acreditação se situasse abaixo deste nível, dentro de um período de 2 anos, por exemplo. A medida que estes padrões iniciais forem alcançados, o hospital vai procurar perseguir para o padrão seguinte, ou seja, quando o padrão de Nível 1 é atingido, o passo seguinte é alcançar os níveis 2, 3 e assim, sucessivamente. As recomendações do programa da OPAS para acreditação era de que não se “acredita” um serviço isolado. Mesmo que uma unidade do hospital esteja plenamente montada e de qualidade excepcional, com níveis de sofisticação número 3, por exemplo, a instituição continuará como acreditada no primeiro nível, se os outros serviços não passaram além do primeiro escalão. (p. 50-51).

Além do cuidado para que o documento não fosse um referencial totalizante, mas sim um norteador para as instituições nacionais, conteúdo significativo deste relato é a referência à

perspectiva gradativa para o alcance dos ‘patamares’ ideais de acreditação (níveis). E de como, necessariamente, a qualidade dos serviços deveria estar integrada, para que pudesse ser atestado o alcance de um nível seguinte (NOVAES, 2015). Outra característica que prenuncia é a periodicidade do processo.

As discussões que seguiram ocorrendo em níveis nacional e regionais pela América Latina e Caribe foram oportunidade para aprofundar o debate sobre as adaptações que os países necessitassem proceder, como a revisão dos padrões, a definição de perfis de avaliadores, assim como os meios que instituiriam para que os hospitais alcançassem as condições de qualidade que o processo da acreditação exigiria. “[...]Os países reuniam especialistas em administração hospitalar para ajustar os padrões e indicadores segundo as realidades locais” (NOVAES, 2015, p. 52).

Sobre o perfil dos avaliadores, convergia a compreensão de que estes deveriam ser profissionais experientes em administração hospitalar, pois as visitas que fariam aos hospitais incluiriam a competência para fazerem recomendações para a solução de problemas identificados, conforme os critérios de qualidade, e colaborar nas discussões que sucedessem na instituição.

Com isso, Novaes (2015) circunscreve o processo de formatação da acreditação e destaca o componente de educação permanente resultante de suas atividades:

[...]A acreditação é sempre periódica, confidencial, com estabelecimento de prazos para correção das falhas encontradas. A acreditação é na realidade um procedimento de educação permanente da gerência hospitalar. (p. 52).

‘Educação permanente’ é uma expressão hoje corriqueira, por vezes, dúbia. Seu conceito, entretanto, é dedicado e bastante contextual. Foi por meio de uma política pública nacional de saúde (BRASIL, 2004), que fomentou recursos e reconhecimento da aprendizagem no trabalho e para o trabalho em saúde, que o conceito adquiriu maior vulto institucional. Tratava-se de identificar e estimular práticas pedagógicas diferentes das políticas de formação de trabalhadores baseadas em programações de conteúdos tradicionais e hegemônicos, os quais, amiúde, mostravam-se alheios às demandas mais pungentes de aprendizagem no setor. De fato, a originalidade da iniciativa materializava pressupostos de aprendizagem a partir da realidade mais concreta das ações de saúde vivenciadas pelos trabalhadores em seus ambientes, seus territórios. Visava, com isso, a valorização de uma atividade permanente de aprendizagem, dada a regularidade e dinamismo dos fenômenos da saúde enquanto práticas sociais. Não sem razão, - educação permanente em saúde, - é o termo análogo acessível.

Ceccim (2005) apresenta cuidadosamente o modo como essa política “[...]de descentralização e disseminação de capacidade pedagógica no Sistema Único de Saúde[...]” (p. 976) ocorreu, os objetivos e origens da iniciativa:

[...]A produção da política nacional mencionada representou o esforço de cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino - aprendizagem no exercício do trabalho (p.976).

Além da distinção em relação às práticas de capacitação, que tendem a ser específicas para cada carreira ou atividade, a educação permanente volta-se para uma abordagem integradora das dimensões que se manifestam no contexto da saúde. A orientação, nesta abordagem pedagógica, baseia-se na inseparabilidade entre gestão, assistência e participação. Recorre aos saberes da educação para promover tal qualidade. Este recurso pressupõe metodologia hábil para que se efetive a integração dessas dimensões na saúde:

[...] O conceito de Educação Permanente em Saúde foi adotado para dimensionar esta tarefa, não no prolongamento do tempo ou carreira dos trabalhadores, mas na ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde (a educação intercede pela saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem).[...] (p. 975).

Ideia subjacente à promoção da educação permanente em saúde é o sentido independente e comunicativo que as experiências de educação no trabalho assumem, ao destacar as construções locais de aprendizagem como singulares e incentivar a troca de experiências entre elas.

As variações que ocorreram quanto à utilização do conceito levaram Ceccim (2004/2005) a circunscrevê-lo em seus aspectos principais:

[...] aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com sua formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade-sendo afetado pela realidade/afecção) (p. 162).

Portanto, ao retomar as configurações possíveis para a acreditação, conforme a discussão de Scrivens (1997) e Fortes, Mattos e Baptista (2011), considera-se que a função de *accountability* poderia comprometer a sintonia com os pressupostos da educação permanente em saúde, dada a possibilidade de, com esta função, a qualidade ser buscada com o objetivo de alcançar um nível satisfatório, razoável, ‘apresentável’. O atributo da permanência na busca pela qualidade, que sugere um movimento contínuo e auto-motivado, pode ser preterido diante de resultados que são aguardados pelo público externo e instâncias de fiscalização.

Na ausência da função de *accountability*, ou mesmo concomitante a esta função, há outros balizadores que, muito embora cumpram justo papel de referência para evidências de qualidade, têm também potencial para comportarem-se como instâncias últimas de sua validação. São eles os próprios padrões e os patamares da acreditação.

Os patamares podem balizar as ações, os procedimentos e a organização dos serviços de saúde que visam, por meio do atendimento a um conjunto de padrões de referência, alcançar determinado nível de qualidade constatável. Neste caso, como na função de *accountability*, há um agente externo responsável pelo anúncio do patamar alcançado pela organização de saúde. A metodologia utilizada é a da parametrização, pareada ao critério (padrões) cuja satisfação atesta o status de ‘acreditada’, seja pela excelência, seja por níveis de qualidade.

Há que se considerar que a justeza dos padrões como evidência de qualidade muito se relaciona com a própria padronização da prática médica e hospitalar de cuidados e segurança dos pacientes. Algo que remonta à prevalência do saber médico ocidental e sua consequente hegemonia no campo da saúde.

De fato, como já apontado, a acreditação veio a cumprir, em sua origem, a função de defesa do ensino e da prática médica, assim como a qualidade mínima dos ambientes em que estas atividades ocorriam, os hospitais. A padronização vem a ser o recurso e o resultado associado à esta defesa. O relatório Flexner (FLEXNER, 1910) é, provavelmente, um marco divisório dessa estratégia. Seu posicionamento em prol da medicina ortodoxa, nomeada científica, contribuiu para a redução de alternativas terapêuticas não hegemônicas. A perspectiva de saúde e doença da medicina ortodoxa baseava-se na relação causal que enfatizava os aspectos biológicos. A terapêutica, nesta ótica, estreitava suas opções de atuação com o uso de fármacos e tecnologias correlatas. O desenvolvimento da indústria farmacêutica e a medicina ortodoxa associavam-se. Houve uma conveniência e convergência de interesses que fortaleceram as estratégias de padronização de hospitais, da prática e do ensino médico (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Além de fortalecer a representação do saber médico como norteador dos conhecimentos e práticas em saúde, essa situação amparava-se deliberadamente no positivismo e sua perspectiva atômica dos fenômenos. Os determinantes sociais de saúde e os saberes de outras abordagens não estavam incluídos no campo de práticas que se fortalecia. Esta é a conjuntura que nos leva de volta à educação permanente em saúde.

Se a acreditação é uma prática herdeira dessa conjuntura e fundamentada na verificação do atendimento de padrões, qual seria o espaço a ser ocupado, em quaisquer de suas configurações, pela pedagogia expansiva da educação permanente em saúde?

A compreensão de qualidade que se estabelecia para os hospitais estava estreitamente relacionada à conformidade dos ambientes hospitalares, à formação médica e suas funções, e até mesmo às formações de outros profissionais da equipe hospitalar. Assim, era uma compreensão carregada de certo ideal de conformação no ambiente hospitalar. Já em 1994, quando estava em curso a adoção da acreditação no Brasil, Novaes e Paganini (1994), apresentam uma perspectiva de qualidade como processo que comporta aspectos paramétricos e o comprometimento ininterrupto do *staff* com a observância de desvios dos padrões. Por isso, esta perspectiva é retomada por Feldman, Gatto e Cunha (2005), ao tratarem da história da evolução da qualidade hospitalar:

[...]um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação da alta direção do hospital até seus funcionários mais básicos. (p. 214).

Porquanto traz em si a patente atenção aos aspectos normativos no hospital, a previsão de revisão e atualização pode permitir o exercício suposto pela educação permanente em saúde, na medida em que essas ações tenham oportunidade de construir novos saberes sobre as práticas, contribuam para inovações ou questionem mesmo a representatividade dos padrões, caso este que transcende o simples monitoramento de desempenho. Além de que, a participação do conjunto de funcionários também traz em si pressuposto participativo, harmônico aos pressupostos da educação permanente. Resta, contudo, junto ao protesto quanto à possível rigidez da parametrização, o questionamento quanto à menção da educação permanente da ‘gerência hospitalar’, tal como escreve Novaes. A educação permanente em saúde preconiza a integração da gestão, atenção, formação e participação. Não se volta a um componente em especial.

A educação permanente em saúde terá lugar em processos de acreditação desde que esta última não se volte ao exclusivo atendimento de conformidades, disposição mais afeita às práticas gerenciais. É a identificação das necessidades de qualificação (seja da formação, da atenção ou da gestão) que levam à adoção de metodologias educativas participativas, em busca de uma qualidade a ser definida por aquelas necessidades. Neste caso, os padrões de qualidade não podem permanecer estanques e nem meramente quantificáveis.

Desde o relatório Flexner até hoje muitos outros referenciais manifestaram-se diante da hegemonia que se estabeleceu. A Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, em 1978 e o *Black Report* inglês em 1980, como marcos antagônicos nos níveis político e discursivo, as diversas reivindicações sociais que questionaram a hegemonia e o domínio político-institucional da

medicina ortodoxa e outros saberes hegemônicos, nos planos político e social, para memorar alguns.

Com isso, outros modelos institucionais e orientações relativas às práticas de saúde pleiteavam reconhecimento e poder, como, no Brasil, a própria instituição do SUS, política implementada com forte presença de princípios e diretrizes de cidadania e participação, forjados com a deliberação da sociedade e não restrito aos saberes estritamente médico-ortodoxos, trazia a perspectiva de um modelo de assistência menos centrado no hospital.

A instituição hospitalar em si, porém, parece haver mantido, ao longo de décadas de conformação e alto investimento corporativo, um contorno próprio, uma representação diretamente associada à rotinas e padronizações, dos quais derivam os padrões. Neste nicho de manifestação da prática médica hegemônica, a avaliação dos serviços, baseada em padrões, utiliza-se tradicionalmente de verificações de conformidade às parametrizações instituídas, com seus indicadores de desempenho, eficiência e resultados. O componente da gestão, do gerenciamento organizacional, permanece em destaque. Como aponta Pagliosa e Da Ros (2008), a respeito do relatório Flexner:

[...]Ele assume implicitamente que a boa educação médica determina tanto a qualidade da prática médica como a distribuição da força de trabalho, o desempenho dos serviços de saúde e, eventualmente, o estado de saúde das pessoas. Esta visão ainda pode ser facilmente encontrada hoje. [...] (p. 495).

No Brasil, quando em 1992 é realizado o *Iº Seminário Nacional sobre Acreditação, da Opas*, o tema da acreditação é apresentado. A sistematização e a metodologia de avaliação de qualidade que o Brasil ‘importava’ expressou-se em algumas experiências pontuais. Restringiu-se inicialmente ao *Programa de Avaliação e Controle da Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar - CQH*, em São Paulo, no ano de 1991. Este Programa, embora inspirado na JCAHO, era mais simples e oferecia um selo de qualidade aos hospitais avaliados (FORTES, 2013).

Após novas incursões do tema em eventos da OPAS e intensificando a reflexão de profissionais da saúde e do governo brasileiro, o Manual de Acreditação que a OPAS desenvolveu para a região da América Latina e Caribe foi revisado e adaptado à realidade brasileira. O Programa Brasileiro de Acreditação foi apresentado no ano de 1998.<sup>17</sup>

Instituições como a ONA (Organização Nacional de Acreditação) e o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) são alguns dos atores que surgiram durante a extensa discussão sobre o tema no Brasil, na década de 1990. Ambos, com seus distintos *status* institucionais, promovem a acreditação no Brasil até os dias de hoje. (FORTES, 2013).

A ONA é a instituição que coordena o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA). Define-se como uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade dos



serviços de saúde no Brasil, com foco na segurança do paciente. Surgiu com a progressiva adaptação da acreditação americana à América Latina e Caribe e, então, ao Brasil. Sua criação foi apoiada pelo governo brasileiro, que a autorizou desenvolver o processo de acreditação de hospitais e outros estabelecimentos de saúde. Diversos atores institucionais foram envolvidos em sua origem e fundação, como instituições privadas de medicina, profissionais de saúde com vasta experiência em avaliação de hospitais, instituições do setor público de saúde, incluindo as três esferas federativas, CONASS, entre outros (FORTES, 2013; NOVAES, 2015; ONA, 2019).

A adaptação da acreditação ao território brasileiro envolveu a experimentação do Manual de Acreditação que a OPAS desenvolveu para a região da América Latina e Caribe, já em sua versão adaptada à realidade brasileira, em hospitais de distintos estados do país, os quais representavam “[...]os mais diversos perfis de atendimento e de relacionamento jurídico, tais como públicos, privados, filantrópicos e outros.”(NOVAES, 2015, p. 55). A partir de então, em 1999, foi instituída a ONA e apresentado o Manual de Acreditação de Hospitais do Brasil, com o aval do Ministério da Saúde.

A ONA ampliou seu campo de atuação, enquanto mantém a priorização da segurança do paciente como referência central. Sua atuação comporta o credenciamento de Instituições Acreditoras Credenciadas (IACs), as quais devem atender alguns requisitos para que possam operar por meio da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação. Entre esses requisitos estão a comprovação de experiência em avaliação na área da saúde, possuir equipes capacitadas que incluam médicos, enfermeiros, gestores de qualidade, entre outros. Além disso, é vedado às IACs prestarem serviços de assessoria ou consultoria (ONA, 2019).

Os níveis de acreditação da ONA são três, alcançados em acordo com a perspectiva de integração dos serviços e mantidos conforme a periodicidade das avaliações. O nível 1, ‘acreditado’ envolve critérios de segurança do paciente. O 2, ‘acreditado pleno’ considera critérios de gestão integrada. Para alcançar o nível 3, ‘acreditado com excelência’, a instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional. (ONA, 2019).

Este é um panorama sintético da operação de acreditação coordenado pela ONA. Vale acrescentar que uma pesquisa em seu sítio eletrônico permite conhecer muitas outras atividades que são promovidas e ofertadas, incluindo, além da acreditação, a certificação de serviços de apoio a organizações de saúde, aos quais se oferece o selo de qualificação ONA, em um processo que mantém as características de adesão voluntária, periodicidade e reserva.

Enquanto a ONA é uma organização decorrente, no Brasil, de todo o movimento de adaptação da acreditação aos países da América Latina e Caribe, com a constante mediação da OPAS, o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) é associado da JCI. Ambas, ONA e CBA são as principais promotoras da acreditação e certificação de instituições de saúde no Brasil, por meio dos padrões de qualidade que integram seus manuais e do procedimento de avaliação externa.

O CBA é representante exclusivo da JCI no Brasil e não é vinculado ao governo brasileiro. Embora tenha contribuído para a criação da ONA em seus primórdios e mesmo atuado como uma instituição acreditadora, desvinculou-se dela por considerar que a metodologia que estava sendo adotada acabaria por se confundir com procedimentos de licenciamento. A metodologia que o CBA adota e a perspectiva de qualidade a ser alcançada prevê a acreditação como um processo para o alcance da excelência. Não considera etapas graduais, níveis de acreditação, como adotado pela ONA (FORTES, 2013). Muito embora, nos EUA, a JCAHO, precursora da JCI, pela qual atua o CBA, promova a acreditação de uma forma que resulta em uma classificação da instituição avaliada, com aprovação total, parcial, condicionada ou rejeição (NOVAES, H.M.D., 2000).

Diferente da trajetória que instituiu a ONA, ainda assim, o CBA envolveu-se com o atendimento de demandas nacionais para a qualificação de hospitais. O Manual que utilizou nas primeiras experiências em hospitais brasileiros não era uma versão adaptada, mas sim o manual americano, o mesmo utilizado pela JCAHO. Porém, as particularidades da legislação americana expressas neste documento exigiram, para a efetiva conclusão do processo, que houvesse uma adaptação do manual. A adaptação consistiu na elaboração de um manual internacional. Isto feito, o Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, em 1999, foi o primeiro hospital do mundo a ser acreditado com este manual (FORTES, 2013).

Neste processo, há uma diferença substancial em relação ao processo de adaptações aos territórios que deu origem ao manual brasileiro utilizado pela ONA. A JCI providenciou uma adaptação do material da JCAHO para a utilização universal, um manual internacional, que o CBA utiliza por meio de uma tradução fiel.

Após extenso levantamento sobre as condições indutoras e a conformação dessas duas organizações, Fortes (2013) apresenta algumas conclusões sobre suas conformações:

Das diferenças existentes entre essas duas metodologias, a mais evidente é o fato de o CBA ser um organismo acreditador independente, enquanto a ONA é um organismo que credencia organismos acreditadores, nomeando-os IAC. Assim sendo, a ONA é constituída de vários outros organismos acreditadores em atuação no Brasil. Juntamente com isso, a ONA, ao propor a metodologia gradual e em conjunto com uma série de normas, ou seja, como um todo estruturado, oferece um sistema de

acreditação, nomeado Sistema Brasileiro de Acreditação (ONA, 2013), por considerar essa a melhor forma de garantir a adesão e o desenvolvimento de uma cultura de qualidade dentro das unidades de saúde. (p.134).

A autora aponta ainda que o CBA, porquanto colabore, à sua forma, com a qualidade da saúde, ao se pautar por critérios de excelência americana, e adotar uma lógica de ‘ferramenta de qualidade’, limita seu campo de atuação (FORTES, 2013). Talvez por isso, Roquete et. al (2017) identificaram que, em 2013:

[...]o perfil dos hospitais acreditados tanto pela JCI/CBA, quanto pela ONA, é similar. Porém, há um maior número de hospitais acreditados pela ONA em comparação com a JCI. Esse fato pode estar relacionado aos diferentes critérios adotados por cada uma dessas organizações (p. 8).

É necessário acrescentar ainda que a ONA, e mesmo o CBA, oferecem também serviços de acreditação personalizados, ainda que os padrões e a metodologia sejam basicamente voltados à parametrização. A exemplo da iniciativa de desenvolvimento dos manuais nacionais de acreditação, apoiada pela OPAS, em que se considerou a necessidade de adaptação da proposta aos territórios, o aperfeiçoamento da acreditação hospitalar e de serviços assistenciais de saúde sustenta, em alguma medida, a compreensão das especificidades que as instituições podem apresentar. Este posicionamento permite maior inserção do processo acreditador, maior possibilidade de adesão de instituições e revisões da metodologia, problematizando a parametrização.

O manual utilizado pela ONA foi revisado ao longo do século XX. Atualmente, a versão mais recente é de 2018. Propõe apresentar de maneira mais prática a compreensão dos requisitos exigidos. O manual traz normas de avaliação para dez tipos diferentes de serviços de saúde.<sup>20</sup>

O surgimento da acreditação, no Brasil, esteve fortemente relacionado à sua atuação em hospitais, concomitante às demandas do governo brasileiro e de setores privados da saúde. Ambos com suas necessidades específicas de voltar a atenção a questões referentes à qualidade da assistência hospitalar. O governo lidava com a implementação relativamente incipiente do SUS e necessitava dispor de instrumentos que colaborassem com a melhoria da qualidade dos hospitais públicos, frequentemente referenciados quanto às péssimas condições. Além disso, a década de 90 foi também o período de experimentos gerenciais do governo brasileiro na adoção do chamado ‘*new public management*’. Instituições que remetessem à ideia de atividades ‘regulatórias’ interessavam sobremaneira à gestão estatal, a exemplo da criação de diversas agências reguladoras nesse período. Entre suas bases, o ‘novo gerencialismo público’ preconizava a descentralização do gerenciamento dos serviços e responsabilidades, justificando-se pelo argumento da desburocratização do estado e maior eficiência dos gastos

públicos. O incentivo à novas tecnologias que transitassem pela proposta de aumento de desempenho e eficiência era coerente com a direção do governo.

Os hospitais privados, pela lógica própria do setor, encontravam na acreditação oportunidade de alcançar reputação e reconhecimento, posicionando-se nas arenas competitivas. Tanto a ONA quanto o CBA ofereciam os processos para tal reconhecimento, quer fosse pelo alcance gradual proposto pela ONA para o percurso da qualidade, quer pela proposta exigente da JCI, por meio do CBA. Ambas opções traziam oportunidades de distinção aos hospitais. Além, é claro, do interesse que a própria tecnologia de avaliação oferecia para o controle da qualidade, melhorias de desempenho, eficiência. Na esfera pública, trata-se de cuidar de direitos de cidadania, princípios do SUS e promoção do controle de gastos. Na iniciativa privada, além do estímulo à competição e redução de gastos, imanente ao setor, há, igualmente, constante reivindicação dos usuários-clientes por serviços de maior qualidade.

Assim como em outros países, a acreditação, no Brasil

[...]passou a ser considerado [...] um instrumento importante para a inserção institucional no mercado pelos hospitais privados, bem como um mecanismo de padronização e garantia de qualidade básica pelos gestores do setor público. (NOVAES, H.M.D., 2000, p. 556).

ONA e CBA expandiram suas atividades para outros serviços. Mas, mesmo atualmente, os hospitais parecem ser a principal inserção da acreditação.

Novaes (2015) apresenta uma definição para o termo, relacionando-o a aspectos aos quais a acreditação se volta para a melhoria contínua da qualidade nos hospitais:

A acreditação é um método que desenvolve padrões de avaliação para a melhoria contínua da qualidade do atendimento aos pacientes e do desempenho organizacional, oferecendo confiança da comunidade no seu hospital. O passo inicial deve ser o estabelecimento de padrões de qualidade que possam servir de referência para os avaliadores neste processo para acreditação (p. 50).

Além da reiterada referência a padrões para realizar a avaliação, outra característica frequentemente presente na atividade da acreditação é sua ‘filiação’ a uma instituição independente. O suporte em uma instituição independente aponta diferenças entre a acreditação e as tradicionais verificações de conformidades a normativas, auditorias ou fiscalização, habitualmente realizadas por agentes governamentais, assim como em relação aos objetivos acadêmicos restritos ao campo da produção científica, os quais frequentemente chocam-se na forma de conceber a atividade de avaliação.

Como apontam Furtado e Vieira-da-Silva (2014):

A peculiar proximidade entre os espaços de gestão e academia na avaliação em saúde faz emergir uma das disputas presentes no espaço em relação às fronteiras entre pesquisa, avaliação e gestão. A importância da avaliação para agentes do campo burocrático os leva a disputar com agentes do campo científico a definição do que é e de como se desenvolvem processos avaliativos (p. 2653).

Por isso, há na acreditação a conformação de uma atividade distinta. Especialmente em relação à independência de órgãos governamentais, Novaes (2015) explica que o Manual de Acreditação é a referência para o processo, - 'instrumento de avaliação técnica, explícita, objetiva da qualidade'. E que, além dele, é importante haver uma instituição de acreditação, a qual ele nomeia 'Comissão ou Órgão Institucional', que deve manter independência de eventuais pressões políticas:

[...]deverá ser apolítica, multi-representativa, realizando sua tarefa silenciosa e periodicamente. Quando esta Comissão está sob a exclusiva tutela governamental sofre frequentes distorções, devido às inúmeras pressões políticas que são submetidos os governantes, e em consequência os hospitais, ou não são corretamente submetidos ao processo de acreditação, ou não se tomam as medidas corretivas aconselhadas pela Comissão de Acreditação (pág 51).

A ênfase atribuída à independência da entidade acreditadora, em outros casos, não é um requisito para a operação da acreditação, como vimos com Scrivens (1997) e Fortes, Matos e Batista (2011). Entretanto, parece razoável assumir a presteza desta predileção, ao considerar positivo estimular o aspecto indutor de busca permanente por qualidade.

De fato, Scrivens (1997), em uma das definições que ensaia para o termo, o que define como um tipo 'ideal' de acreditação, escreve:

[...]the 'ideal type' of accreditation system would have the characteristics of voluntary participation, standards against which compliance is assessed, assessors who are external to and independent of the participating health care organization and a single measure which denotes the degree of compliance with the standards (p. 4).

Em geral, raciocina-se que a participação voluntária se torna algo controverso, caso a organização avaliada adquira ou perca benefícios a partir do resultado da acreditação, como é o caso ilustrado do sistema de reembolso aos hospitais, nos EUA. Participação voluntária supõe interesse genuíno em algo. Neste caso, há uma instituição que deve ser acionada, que necessita tomar conhecimento do interesse de um ator em participar do(s) serviço(s) que ela oferece, junto ao quais existe uma burocracia própria, metodologia própria, critérios de elegibilidade, enfim, uma série de rituais que a organização proponente deve observar. Mas essa disposição em aderir aos procedimentos previstos é voluntária.

Outro componente do tipo ideal são os padrões em relação aos quais a conformidade é avaliada. Os padrões pré-estabelecidos e utilizados na avaliação remetem aos critérios de qualidade que definem o ponto de partida da avaliação. Não se trata de discutir o conceito de

qualidade (salvo a ocasião de criação dos padrões, quando então atores diversos podem participar), pois este é dado pelo conjunto dos padrões que perpassam dimensões clássicas da configuração do serviço, tradicionalmente estruturas, processos e resultados. A conformidade é o atendimento a esses padrões, da forma que se apresentam, com mais ou menos flexibilidade para seu atendimento, a depender da aferição que seus indicadores utilizam, normalmente remetendo a atributos de eficiência, eficácia e efetividade.

Os avaliadores são externos, independentes. Não fazem parte da organização de saúde avaliada. Denota-se, com isso, pela função que a avaliação externa regularmente assume, que deverão construir informações as mais objetivas na atividade de avaliação. Estarão, idealmente, resguardados de influências subjetivas, visto que se orientam por padrões de conformidade e não estão associados, de qualquer forma, à organização em análise.

A avaliação deve apresentar uma medida de conformidade. Um procedimento radicalmente quantitativo que determinará o grau de conformidade que a avaliação demonstrou. É determinante para afirmar o status ‘acreditada’ ou ‘não acreditada’, no caso de uma linha de corte. De outra forma é possível, com isso, estabelecer graduações de alcance, como praticado pela ONA com seus níveis de acreditação.

Uma vez que a qualidade é dada e verificada por meio de indicadores relacionados aos padrões, não se comporta como um conceito abstrato. De fato, as tradicionais dimensões em que se dividem os padrões de qualidade podem comportar, a exemplo da muito influente construção de Donabedian (1990), subdimensões como eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, às quais estarão relacionados os indicadores correspondentes.

A avaliação ocorre por meio dessas verificações normativas e assume a função de atestar ou não a qualidade dos serviços disponibilizados pela organização. Este encadeamento remete à atividade gerencial da organização, responsável por assegurar a qualidade de seus serviços. Por isso, são frequentemente associados à acreditação termos usuais também no meio mercadológico, como ‘garantia de qualidade’, ‘gestão da qualidade’, ‘qualidade total’ e congêneres. Trata-se de uma absorção conceitual e operacional de práticas relacionadas à administração de produtos do setor privado pelos serviços de gestão, originalmente, pública.

As contribuições de Donabedian assumem valor excepcional para orientações de práticas avaliativas no setor saúde. Ocorre, no entanto, que sua abordagem assume um papel notadamente normatizador. A utilização de seus dispositivos, tal como se tornou tradicional, prescindiu de abordar aspectos situacionais, como a cultura organizacional.

O desenvolvimento da avaliação em saúde e, por conseguinte, a influência na própria acreditação, traz às práticas avaliativas, progressivamente, maior atenção às experiências de ‘chão de fábrica’ e suas contribuições para as decisões que a organização venha a tomar. De outro modo, pode-se nomear essas experiências como a representação aprofundada de contextos e processos singulares do ambiente avaliado, quando então a perspectiva direta de trabalhadores e usuários é inapreensível por meio da instrumentalização padronizada e normativa. Esta perspectiva, no entanto, passa a adquirir maior importância na medida em que o potencial da avaliação expande-se, deixando de servir exclusivamente ao gerenciamento normativo das organizações e tornando-se capaz de aperfeiçoar seus processos e decisões a partir da incorporação ativa desses atores, quer pela sua capacidade de apreensão dos objetos de sua prática, quer por seus conhecimentos acumulados.

De fato, Novaes (NOVAES, H.M.D., 2000) compreende que a acreditação é capaz de agregar duas modalidades de avaliação, - para decisão e para gestão. A avaliação para decisão beneficia-se do envolvimento dos trabalhadores, uma vez que estes podem compreender em profundidade nuances dos processos com que lidam, como, por exemplo, os impactos que a incorporação de novas tecnologias ocasiona na rotina e nos resultados do trabalho. Sua participação ativa, portanto, auxilia a gestão, mesmo que não disponha do controle total de variáveis, a confiar na assertividade de decisões que se lhe demandam. A avaliação para gestão está mais associada aos parâmetros apresentados no processo de acreditação e se orienta pelos padrões e seus indicadores, uma vez que não se volta a redirecionamentos, mas sim ao aperfeiçoamento da intervenção avaliada, em direção ao alcance da qualidade definida.

No âmbito das creditações, no Brasil, a incorporação da modalidade de avaliação para decisão ocorreu, mais exponencialmente, com a instituição da acreditação voltada à educação em Saúde Coletiva. Como lembra Malik (2014, p. 20), “*acreditação é uma metodologia de avaliação externa, usada internacionalmente voltada às áreas de saúde e educação.[...]*”.

Assim, além da aplicação em hospitais e serviços assistenciais de saúde, também se iniciou a experiência da Acreditação na área de ensino de pós-graduação em Saúde Pública (HORTALE; OBBADI; RAMOS, 2002; CECCIM, 2000). A discussão a respeito da qualidade necessária aos cursos voltados à área de saúde pública esteve relacionada à demanda crescente por profissionais que dominassem os princípios desse setor estatal.

No Brasil, a implementação desta experiência, baseada no modelo francês de acreditação pedagógica, visava aferir e promover a qualidade nas instituições de ensino progressivamente. Apresentou-se como uma proposta associada à preocupação de atores institucionais, como a ABRASCO, quanto à disseminação de cursos de saúde coletiva, das mais

variadas formatações e procedências e a preservação de sua função pública essencial, - promover o comprometimento, na formação, com os fundamentos e valores sociais do SUS.

Com isso, na virada do século, a proposta começou a ganhar contornos. Antes que uma função fiscalizadora, configurava-se por meio de uma metodologia promotora da ‘percepção de si’ da instituição de ensino, diante de referências de qualidade para sua função social. Esta metodologia oferece instrumentos para o compromisso com a atividade de uma avaliação auto-crítica, situacional, e externamente verificada por meio da avaliação externa, que se dedica a atestar o percurso percorrido a partir de um planejamento interno. A acreditação, assim, vem conferir reconhecimento à atividade da instituição que ministra um ensino fixado ao seu valor social. Como explica Ceccim (2000):

O produto mais importante da acreditação pedagógica proposta é a mobilização pelo aperfeiçoamento educacional e o engajamento em um processo de administração coletiva da qualidade e não o selo, pontos ou notas que venha a obter. A Acreditação Pedagógica, então, estaria inscrita num processo progressivo e permanente de avaliação institucional e melhoramento da qualidade da Educação em Saúde Coletiva, fortalecendo seu compromisso social. (p. 86).

A metodologia utilizada, conforme Hortale, Obbadi e Ramos (2002) ampara-se no entendimento de que

[...]O acompanhamento do que foi planejado e do que foi executado não se limita à verificação de normas estabelecidas a priori, vai mais além, realizando comparações múltiplas entre aquilo que foi projetado e o que foi realizado, entre o discurso e a prática, entre os documentos e as ações empreendidas. (p. 1792-1793).

Os padrões existem. Entre os elementos invariáveis nos processos de acreditação, estão os padrões. Diferente da ênfase peremptória a eles atribuída na prática da acreditação hospitalar, aqui, eles operam como referências para a construção de um planejamento de melhorias na instituição a partir de uma posição alusiva. Ao invés de funcionarem como o ponto de partida para a verificação da qualidade, apresentam-se como sugestão inescusável. O planejamento das ações de melhorias deve reportar-se, de algum modo a eles, sem, no entanto, permanecer a acreditação condicionada ao seu atendimento irrestrito. Por isso, ao atestar a participação da instituição de ensino, a partir do compromisso de adesão ao processo de acreditação, a entidade acreditadora afirma que, diante das referências de qualidade, a instituição acreditada ‘responde’ aos padrões.

É uma diferença significativa em relação ao ‘atendimento’ dos padrões, como é no caso da acreditação hospitalar. Os instrumentos que utiliza, portanto, comportam aferições normativas menos determinantes. Melhor dizer, as aferições normativas integram os procedimentos de avaliação como mais um de seus componentes metodológicos. Ainda assim, alguns orientadores são previstos como pertinentes à verificação, como a estrutura institucional,



o programa, a pertinência ao SUS, as parcerias da instituição com a sociedade, o processo de autoavaliação crítica, o corpo docente, entre outros. E as formas de avaliação comportam desde aspectos normativos que se verificam por meio de documentos até, e consistentemente, o posicionamento em relação aos padrões.

Por isso, Hortale, Obbadi e Ramos (2002) entendem a Acreditação como

[...]um método de estímulo, avaliação e certificação da qualidade, além de se caracterizar como um processo educacional que introduz nas instituições a cultura da qualidade[...] A acreditação deve ser diferenciada de outros processos como o licenciamento, a classificação, a habilitação ou o credenciamento pois propõe a participação voluntária, estimulando as instituições a um comportamento de procura contínua da qualidade da formação. (p. 1791).

A qualidade, que é referenciada, mas não determinada *a priori*, assume característica processual, e seu gerenciamento é basicamente coletivo, pois os atores da instituição de ensino são trazidos à cena de uma forma mais direta e responsável pelo planejamento da qualidade almejada.

Com as suas características de envolvimento e defesa para com o valor social do SUS, e metodologia que permite a porosidade de conhecimentos e experiências entre as dimensões da gestão, atenção e formação, esta proposta é explicitamente amparada nos pressupostos e objetivos da educação permanente em saúde.

Partindo de discussões que se iniciaram na virada do século, envolvendo a ENSP/Fiocruz e outros núcleos e escolas de Saúde Pública, sob o patrocínio da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), finalmente, em 2014, foi lançada a Agência de Acreditação Pedagógica, com a proposta de atuar como qualificadora e avaliadora pedagógica dos cursos e pós-graduações *latu sensu* em Saúde Coletiva. (HORTALE; OBBADI; RAMOS, 2002).

Serviços assistenciais de saúde e processos educacionais de ensino em saúde foram, até então, os objetos de aplicação da acreditação. Com o desenvolvimento de um Sistema, no Brasil, voltado à acreditação de ouvidorias do SUS, a prática alcança um novo escopo. Esta iniciativa, de fato, compartilha o teor das preocupações manifestas pelas escolas e núcleos de saúde pública quanto ao ministério de cursos de saúde coletiva, mas aqui a atenção se volta para as ouvidorias do SUS. A preocupação é comum em relação à legítima função social que ocupam essas atividades representativas do sistema público de saúde, sua defesa e afirmação por meio das ramificações institucionais a ele atreladas.

A acreditação é o recurso adotado por ambas as frentes de defesa do SUS. Recorre à metodologia construtiva, avaliativa, promotora de ações de educação permanente e propositora de referenciais de qualidade, previsivelmente flexíveis e atualizáveis, para orientar processos

de autoavaliação, planejamento, participação e valorização das ações destinadas ao aperfeiçoamento do SUS.

Vejamos a compreensão da acreditação adotada pelo SNAIOS em seu documento Referencial de Qualidade:

A acreditação institucional revela-se como uma prática de problematização educacional voltada para a autoavaliação e a avaliação externa, sem perder de vista as diferenças e especificidades. Partindo de cada realidade, a acreditação institucional acontece como resultado da compreensão daquilo que se sabe fazer diante das situações específicas. O fazer cotidiano, enquanto aprendizagem, torna-se objeto de educação como experiência. Esse conjunto de ações valoriza as experiências dos sujeitos envolvidos e insere-se nas agendas de gestão.[...](MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO, 2018, p. 9-10).

Ao compreender a construção do conceito destinado especificamente à acreditação institucional de ouvidorias do SUS, ainda assim, temos guardada a correspondência com o entendimento da acreditação voltada à área de ensino de pós-graduação em Saúde Pública. De fato, a correspondência não é ao acaso. Esta referência está explícita no documento referencial de qualidade do SNAIOS.

A definição adotada pela ONA mostra-se didática e ampla, passível de utilização a qualquer tempo, visto a conformação que a acreditação hospitalar e de serviços de saúde assumiu no Brasil, ou seja, desvinculada de funções de *accountability* e de classificações ranqueadoras. Aquela utilizada para abordar a implantação e implementação do processo na área do ensino pós-graduado em saúde aproxima-se mais da necessidade deste estudo, seja por distanciar-se, relativamente, de intervenções assistenciais em saúde, seja por guardar correspondência com o modelo francês de acreditação. Entretanto, sem contradizer as anteriores, a compreensão do conceito que foi desenvolvida no documento Referencial de Qualidade do SNAIOS se adequa acuradamente aos objetivos da pesquisa, dada a especificidade e ineditismo do objeto da acreditação (ouvidorias do SUS).

A compreensão do conceito, nestes termos, respaldada pela herança da acreditação pedagógica francesa e pelas experiências brasileiras correlatas, é a adotada nesta pesquisa. Envolve atores diversos, especialmente aqueles que atuam na instituição proponente à acreditação. Supõe sua inclusão nas agendas da gestão e o compromisso com o desenvolvimento da avaliação interna baseada nos padrões referenciais. O caminho da qualidade pelo qual se dá a avaliação das ouvidorias presume este compromisso. A agência acreditadora procede à verificação das condições de conformidade e de consistência por meio do relatório de autoavaliação e pelas informações coletadas e processadas quando da avaliação externa.

Por isso, podemos entender a acreditação, no SNAIOS, como uma política que se utiliza de procedimentos de avaliação quantitativos e qualitativos, induzindo à incorporação de uma cultura institucional que estimula o frequente aprendizado no trabalho, viabilizando práticas propositivas de melhorias nas ações das ouvidorias. Fundada nos eixos basilares da educação, avaliação e saúde, ocorre pela adesão voluntária dos proponentes, por meio de instituição de agência acreditadora independente.

Toda a trajetória e implementação da acreditação, desde seus primórdios, esteve ligada à preocupação genuína com o alcance da qualidade através de padrões. Cada país que a adotou e desenvolveu, o fez considerando suas próprias realidades político-sociais, pois o papel de um sistema que ofereça procedimentos para avaliação de instituições de saúde dependerá dos consensos, interesses e disputas que circundam este universo (FORTES, 2013). Determinar as referências de qualidade que serão adotadas, a função social do sistema e a metodologia de avaliação empregada são tarefas que não prescindem de negociações e de compreensão acerca dos objetivos que justificam a política.

### 3.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A qualidade das ações e serviços de saúde compõe um campo específico de conhecimento e prática, - a avaliação em saúde, que se desenvolve amplamente como recorrente tendência entre os formuladores de políticas, acadêmicos e comunidade científica.

A exigência de componentes de avaliação junto aos projetos, programas e políticas sociais (intervenções) vem atender a diversos atores (*stakeholders*) relacionados ao planejamento, implantação e aos serviços prestados por estas iniciativas. Na área da saúde, aos organismos financiadores internacionais, aos próprios governos locais e à população usuária dos serviços, voltados às questões que envolvem eficiência, qualidade, eficácia e transparência de ações e investimentos (*accountability*).

A origem do termo ‘avaliação em saúde’ decorre de funções que o Estado, substituindo o mercado, passou a executar após a 2ª Guerra Mundial, visando mensurar gastos com programas públicos. Foram os economistas os pioneiros deste planejamento. Logo, porém, foi necessária a profissionalização deste campo, enfatizando aspectos metodológicos e adotando uma perspectiva interdisciplinar (HARTZ, 1997).

As primeiras avaliações, no Ocidente, ocorreram no séc. XIX. Inseridas no *zeitgeist* do iluminismo e do progresso tecnológico, foram fundamentais para o desenvolvimento das políticas de caráter social, porém limitadas aos problemas de medidas e à aplicação do método experimental. Na área da saúde, basearam-se no progresso da estatística e da epidemiologia.

São consideradas a 1ª geração da avaliação, se estendendo até a década de 30 do séc. XX (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Na década de 30 as críticas aos programas de avaliação, que já despontavam na década de 20, robustecem. Passa-se a questionar em que medida eles atendem aos objetivos propostos a despeito das normas pelas quais operam. As normas começam a ser questionadas e tem lugar, então, o surgimento da avaliação que também se propõe formativa, buscando o aperfeiçoamento dos programas para que atendam mais eficientemente os objetivos sociais aos quais se propunham. Esta é a 2ª geração da avaliação. Remete à ideia de se debruçar sobre a ‘natureza global’ do programa, da intervenção social, permitindo fazer recomendações para sua melhoria.

[...]a atenção não está mais centrada unicamente nas características dos indivíduos, mas também naquelas da intervenção. A ‘medida’ e (a) ‘avaliação’ se tornam dois conceitos distintos, e se considera que a medida está a serviço da avaliação (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011, p. 29).

Perpassando a 2ª Guerra mundial e a atmosfera competitiva da Guerra Fria, as atividades de avaliação na área social permaneceram impulsionadas e suas aplicações foram cada vez mais solicitadas, especialmente no campo da educação. A este impulso foi adicionada pressão para que as avaliações ampliassem suas possibilidades, que até então eram capazes de aferir o alcance dos resultados de um programa. Ao avaliador foi atribuída, então, a função de julgamento, e suas atividades deveriam confluir para indicar a pertinência e eficácia dos programas. Este período, que se estende desde a década de 30 até os anos 90, com a paulatina profissionalização e institucionalização da avaliação a partir dos anos 70, compreende a 3ª geração da avaliação.

Os contextos para a avaliação na área da saúde, nos anos 70, incluíam sua grande complexidade, desde os investimentos estatais para as ações na área e as expectativas da população, o expressivo desenvolvimento de tecnologias médicas e a imprecisão das soluções capazes de responder aos problemas de saúde. Assim, o campo nascente da avaliação institucionalizada despontava como o meio de contribuir para a eficiência do Estado nesta área (HARTZ, 1997).

Em outras áreas, como a das ciências sociais, a avaliação também seguia rumo semelhante. Passava a ganhar legitimidade crescente, contribuindo para auxiliar decisões de gestores, assegurar imputabilidade e disponibilizar instrumentos para medidas de desempenho dos programas.

Contudo, conquanto rica e extensa esta trajetória, a complexidade dos problemas sociais não se esgotava com estas atualizações pelas quais a avaliação passava. As informações produzidas nem sempre coincidiam com o *timing* dos gestores, a utilização de seus resultados

(objetivos) poderia ser instrumentalizada apenas para estratégias políticas e os elementos contextuais subjetivos não podiam entrar na mensuração.

Nesta conjuntura, surge o que é chamada a 4ª geração da avaliação, um novo paradigma. O fundamento positivista passa a ser relativizado e elementos contextuais, participativos, críticos e emancipatórios incluem-se nas possibilidades do campo. Os mesmos autores que classificaram a avaliação em gerações (GUBA; LINCOLN, 1989), defendem as vantagens deste novo paradigma, construtivista. A inclusão de atores interessados ou afetados pelo processo avaliativo, a abertura a uma visão pluralista dos fenômenos envolvidos, ampliando as metodologias aplicáveis, somam-se aos argumentos em defesa desta iniciativa. A interpretação dos achados da avaliação, aqui compreendida como pesquisa qualitativa, aborda os aspectos descritivo e de mensuração como um material pertinente, mas que compõem um conjunto mais amplo de fenômenos e informações relevantes.

É providencial esta ampliação do conceito, pois muitas das críticas às tradicionais avaliações das primeiras gerações denunciam, no fundamento epistemológico do paradigma positivista, um aspecto ‘ingênuo’ ao pretender apoiar-se na objetividade para a explicação de fenômenos complexos e cada vez mais circunscritos. Enquanto que, com o novo paradigma, ao partir do entendimento da realidade construída em planos específicos e locais, ao abordar os fenômenos sociais com metodologias hermenêuticas ampliadas e considerar o dinamismo dos eventos, permite expressar a compreensão sobre eles com maior autenticidade. (GUBA; LINCOLN, 2006).

O novo paradigma passa a integrar a avaliação nas ciências sociais, enquanto as práticas tradicionais de origem positivista são mantidas, influenciando a disciplina. Um dos problemas que daí decorre é a disputa ideológica quanto à legitimidade de cada paradigma e sua pertinência ao campo da avaliação, além das confusões surgidas pelo emprego de termos como ‘qualidade’ ‘avaliação de qualidade’ quando se argumenta sobre os métodos adotados.

Para distinguir a aplicação da avaliação qualitativa (também investigação ou pesquisa qualitativa) de outras práticas genéricas, Uchimura e Bosi (2006) delimitam seu sentido no emprego da avaliação de programas de saúde, de acordo com o paradigma emergente:

[...]é aquela que focaliza as dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas, uma vez que se volta para a produção subjetiva que permeia as práticas no âmbito da saúde, no caso, os programas. (p.93-94).

Da mesma forma que outros saberes, a avaliação em saúde apresenta diversas abordagens para a mensuração e qualificação de seu objeto de estudo. E além dos modelos teóricos que sustentam cada abordagem, há ainda divisões baseadas nas fases de execução de

uma política de saúde, desde o planejamento até os impactos, assim como avaliações de processos e resultados.

A avaliação do desempenho de programas de saúde, como exemplo, pode ser proposta através de abordagens distintas, conforme a compreensão que se assume a respeito do objeto de avaliação e o foco que se estabelece para análise de uma política.

Também é possível adotar uma compreensão hierarquizada e integrada dos vários fatores que influenciam a saúde como um todo e é possível optar por compreender que o êxito ou o fracasso de uma intervenção pode ser julgado pelo grau de alcance de seus objetivos definidos.

[...]Uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 31).

Há ainda outras opções, dependendo dos parâmetros que são adotados, além de ser comum o desenvolvimento de novos modelos, por ser esta uma área de muitos embates e novas proposições.

A partir dessa complexidade inicial, acrescenta-se o problema da penetração que as avaliações alcançam junto às políticas de saúde, atualmente. Com as costumeiras exigências de *accountability*, tanto mais quando os sistemas de saúde, em geral, apresentam-se em crise, deduz-se que práticas avaliativas junto à condução das intervenções sejam ainda mais necessárias, para que possam auxiliar a compreensão dos contextos onde as intervenções ocorrem, apresentar proposições baseadas em evidências e justificar as ações empreendidas que visem mudanças positivas nas condições de saúde.

Trata-se, com isso, da necessidade de promover a prática, instrumentalização e aperfeiçoamento das avaliações para que elas possam acompanhar as etapas das ações governamentais, incorporarem-se na rotina gestora e na própria cultura organizacional, ao ponto de nomear ‘cultura de avaliação’ um ideal concebido pela observação de sua necessidade e contribuição efetiva para as decisões em saúde.

Este problema do alcance das avaliações faz parte do que é nomeado ‘institucionalização da avaliação’ por Contandriopoulos (2006). O autor verifica que há determinado paradoxo em relação às contribuições da avaliação, pois o potencial que ela adquiriu ao ampliar seus recursos metodológicos, favorecendo o fortalecimento dos processos participativos no levantamento de informações válidas, choca-se com a dificuldade em alcançar credibilidade, oportunidade, compreensão e, principalmente, consenso e apoio das instâncias deliberativas.

A institucionalização da avaliação em saúde, no entanto, é algo que vem, aos poucos, se desvelando, a despeito dos desafios apontados por Contandriopoulos. É o que sugere o estudo de Bessa, Moreira e Ribeiro (2011), ao analisarem artigos de publicações brasileiras relacionados ao tema e identificar que sua produção crescente reflete a valorização de pesquisas avaliativas pela gestão, na esfera pública.

Os autores identificaram os artigos considerados em três grupos, conforme tipologia mais ampla da avaliação, proposta por Novaes HMD (2000): pesquisa de avaliação ou investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão. O primeiro caso, investigação avaliativa, mais frequentemente conduzida por comunidades acadêmicas, apresenta complexidade peculiar, pois se volta para variáveis difusas, como contextos sociais e atores diversos, ao mesmo tempo que exige algum controle do contexto em que a pesquisa ocorre. Demanda avaliação externa, “[...]dada a valorização da máxima objetividade possível[...]” (NOVAES, H.M.D., 2000, pág 550), orienta-se por hipóteses, - questão(ões) formulada(s) previamente, a respeito da viabilidade e impactos de uma intervenção. Requer, assim, a construção de conhecimentos que informem relações de causalidade aos interessados na avaliação, os quais, além da comunidade acadêmica, por vezes são os responsáveis pela administração da macro política que comporta a intervenção pesquisada. A metodologia é tradicionalmente quantitativa, sem excluir a possibilidade de absorver recursos qualitativos (possibilidade que viabiliza também proceder a atividades de avaliação interna), resguardada, sobretudo, a orientação para a produção de informações objetivas e potencial de generalização.

A avaliação para decisão é pertinente para posicionamentos objetivos e contextualizados perante situações que eventualmente demandarão ação deliberada dos atores atuantes na condução de uma intervenção. Dispensa os rituais típicos da pesquisa acadêmica, dada a determinação que o contexto específico imprime às ações decisórias. Requer aprofundamento no entendimento de prioridades, funções e natureza do objeto avaliado, o que acrescenta relevância às questões subjetivas. A avaliação realizada pelos atores que conduzem a intervenção em análise, ou autoavaliação é, portanto, pertinente, sem prejuízo de estabelecer-se uma coordenação externa para o processo. Os conhecimentos resultantes desse tipo de avaliação tendem a apresentar compacidade com a realidade da intervenção e permitem a identificação de soluções viáveis e condizentes para alcançar ou ressignificar seu(s) propósito(s). Para proceder a este tipo de avaliação é dispensado o controle do contexto. De fato, considera-se uma análise situacional, e métodos qualitativos e quantitativos são possíveis.

A avaliação para gestão é destinada ao aperfeiçoamento da intervenção avaliada, sem ocasião para discussões sobre a viabilidade ou alternativas possíveis. “[...]Não se trata da busca

*de fundamentos ou justificativas nem redirecionamentos, mas o melhoramento de uma condição dada[...]”* (NOVAES, H.M.D., 2000, pág 551) . É da avaliação interna o papel fundamental e é ela quem condiciona a participação da avaliação externa. Parte-se da “[...] *caracterização de uma condição e a sua tradução em medidas que possam ser quantificadas e replicadas[...]”*(pág 551). Predominam abordagens quantitativas. Quando, possivelmente, qualitativas, necessitam apresentar resultados padronizáveis. Não necessitam controle sobre o contexto. As medidas devem, em sua reunião, possibilitar uma perspectiva da totalidade da intervenção, seu desempenho, revelada no desenvolvimento e aprimoramento de indicadores. A informação deve traduzir-se em indicadores capazes de racionalizar a proposição de critérios e normas para o bom funcionamento da intervenção. Tal resultado é normalmente associado a evidências ou indícios de qualidade.

A qualidade é tema basilar de qualquer abordagem na avaliação em saúde. Um dos autores que mais se dedicou ao exame e avaliação da qualidade dos cuidados em saúde foi Avedis Donabedian. Seu modelo conceitual, o modelo ‘donabediano’ de cuidados, propõe a tríade estrutura, processos e resultados como componentes fundamentais para o estudo das intervenções, com definições sistemáticas de critérios para a abordagem da qualidade e os meios de verificação correspondentes.

Donabedian (1990) tornou-se célebre pela enunciação dos ‘sete pilares da qualidade’, - eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, dispostos como subdimensões confiáveis para a avaliação que vise o asseguramento da qualidade dos serviços de saúde. Suas construções teóricas continuam sustentando estudos sobre qualidade em serviços de saúde. São muito associados ao termo ‘Gestão da Qualidade’, nas iniciativas de especialização da gestão em saúde e mantém estreita relação com a organização de serviços médico-hospitalares e com a qualidade dos cuidados dispensados aos pacientes.

Entre esses sete pilares, convém destacar que três deles são largamente utilizados como medidas de desempenho, resultado e impacto, respectivamente. Eficiência, significando a relação custo-benefício, ou seja, a capacidade de realizar uma tarefa ou produzir algo com o menor custo ou dispêndio de recursos possível; eficácia, como a capacidade de realizar, de fato, algo proposto quando do estabelecimento de metas e; efetividade como a representação das transformações ocorridas a partir dos resultados alcançados. São normalmente inter-relacionados e abordados quando a qualidade é objeto de alcance.

O conceito de qualidade associado a parâmetros fixos de verificação corresponde às funções que a avaliação veio a cumprir no Estado, ao importar para seus serviços, práticas de mercado que visavam oferecer garantia da qualidade dos produtos. Assim, Novaes afirma que:



A partir dos anos 60, os serviços, por sua própria expansão, passaram a ser pensados também como produtos e, portanto, passíveis de uma padronização na qualidade, atualmente um atributo importante na sua valorização no mercado. Além da sua importância no setor privado, a qualidade ganhou destaque também nos serviços prestados no setor público, como parte dos direitos sociais da população e pelos movimentos de consumidores. (NOVAES, H.M.D., 2000, p. 554).

A associação de padrões de qualidades originários do mercado ao setor público não é inócua. Fortalece a percepção da manifestação da qualidade a partir de critérios universais. Com isso, imprime à subjetividade representações abstratas de equivalência. A compreensão de que detalhes, contextos e especificidades de um serviço são variáveis importantes para sua análise fica comprometida, eventualmente preterida. No limite, a própria utilidade ou função social de uma ação pública poderia passar ao largo da análise, a depender da dispersão entre padrões pré-definidos e valores reconhecidos a partir do ambiente onde ocorre a avaliação.

Ou seja, ainda que bastante difundidos e aceitos parâmetros universais de qualidade, a discussão a respeito de seu efetivo suporte para a atividade de avaliação permanece válida. Na prática, é certo que, enquanto as avaliações em saúde abordam diretamente ou tangenciam a qualidade dos serviços, ações e produtos de saúde, a prescrição de padrões balizadores determina aspectos metodológicos para a avaliação.

Para Campos (2005), outras perspectivas merecem também serem consideradas:

A concepção sobre o que venha ser qualidade depende ainda do lugar que ocupa o sujeito no sistema de saúde. Aqueles responsáveis pela provisão e gestão dos serviços tendem a focalizar a sua atenção em determinados aspectos e interesses, tais como rendimento, custo e eficiência. Já no ambiente da prestação dos serviços, os profissionais de saúde têm outras expectativas. De uma forma geral, estão preocupados com a satisfação pessoal, o reconhecimento profissional, a excelência técnica, o acesso à tecnologia, o aprimoramento dos processos individuais e coletivos do cuidado à saúde e um bom ambiente de trabalho, incluindo o conforto, a segurança etc. Por outro lado, o cliente ou usuário entende como qualidade a obtenção dos benefícios esperados diante de demandas, expectativas, carecimentos e necessidades de saúde[...] (CAMPOS, 2005, p. S64-S65).

Outras formas de abordar a qualidade são menos associadas a parâmetros e estruturas pré-definidas. Preveem focalizar a atenção nos contextos das ações políticas e seus atores, como em todo o ciclo de implantação e atuação das intervenções, considerando os aspectos subjetivos, relacionais e processuais envolvidos no ciclo das políticas de saúde. A saúde é uma área suficientemente transdisciplinar para que recursos de outros saberes contribuam com as perspectivas analíticas.

A complexidade que a institucionalidade da saúde assume ultrapassa o clássico simbolismo da assistência. Com o SUS, o papel de seus usuários, trabalhadores, gestores e formuladores de políticas atravessa e imiscui-se nas arenas políticas, sociais, educacionais, ampliando em muito as possibilidades e repercussões do setor. Nessas arenas, o protagonismo

dos sujeitos diversos já vem sendo debatido e defendido por autores representantes das abordagens construtivistas, como Lincoln e Guba (2006).

Na área da educação, Jeferson Mainardes (2006) propõe discutir a ‘abordagem do ciclo de políticas’, formulada por Stephen Ball e Richard Bowe, dada a conveniência para as condições incipientes de políticas educacionais no Brasil. Nesse intuito, apresenta um panorama das ideias dos autores sobre como os diferentes contextos que as políticas atravessam em seus ciclos influenciam os resultados efetivos de suas execuções. Consideram os contextos em que as políticas são criadas, como as influências políticas dos diversos atores que as ensejam, a escrita das normativas que as regem e o contexto da prática, em que a política é interpretada e executada.

Esta abordagem destaca a relevância dos fenômenos contextuais e subjetivos envolvidos nas políticas e desmitifica suas separações estanques, incitando ao cuidado com os aspectos micropolíticos das práticas na análise das políticas. De fato, trata-se de uma perspectiva que remonta às formulações perspicazes de Foucault (1992) sobre o ‘poder capilar’, ou seja, os poderes que efetivamente penetram o cotidiano das práticas, amiúde paralelamente às suas oficialidades, influenciando concretamente suas configurações. Tal abordagem pode agregar-se aos propósitos da avaliação em saúde se é considerada a vigência dos pressupostos da 4ª geração, pois:

[...] A avaliação de “quarta geração” leva sempre em conta abordagens e métodos elaborados precedentemente, mas permite ao mesmo tempo preencher suas lacunas e alcançar um grau de complexidade superior.[...] (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011, p. 36).

O potencial explicativo de uma abordagem, a capacidade de agregar atores relacionados às intervenções, assume valor metodológico.

A emergência da avaliação de “quarta geração” marca o fim do debate acrimonioso que grassava nas ciências sociais entre os partidários dos métodos qualitativos e aqueles que defendiam os métodos quantitativos. Os pesquisadores concordam em dizer que somente as abordagens pluralistas permitem abordar corretamente o campo de investigação social. Assiste-se então a um desejo de ampliar o espectro das ferramentas metodológicas da avaliação e, em especial, de beneficiar-se das abordagens qualitativas. Procura-se também aumentar a participação dos diferentes grupos de atores envolvidos por cada avaliação para levar em conta os diferentes pontos de vista que existem sobre a intervenção. (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011 p. 37).

O trânsito por algumas das tipologias das avaliações de programas e projetos sociais apresenta divisões quanto aos objetivos e momentos das avaliações. Uma forma de conceber o lugar que ocupam nas políticas governamentais é localizá-las no ciclo de políticas públicas, que se inicia com a identificação de uma situação ou problema que exige ação governamental, a construção de uma agenda para abordá-lo, a formulação da política pertinente, o processo

decisório, que implica os atores responsáveis pela sua definição e execução, a implementação efetiva de uma intervenção e, por fim, a avaliação.

Neste tradicional panorama das políticas públicas, a avaliação, por localizar-se no final do ciclo, parece ocupar-se do desfecho de um circuito de eventos. Esta compreensão, contudo, essencialmente funcionalista, não esgota as possibilidades de ‘modelização’ das avaliações. No roteiro da chamada ‘análise de implantação’, temos um conjunto de modalidades de avaliação de uma intervenção. “[...] *a análise da implantação consiste justamente em especificar o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção.*” (CHAMPAGNE; DENIS, p. 51).

É possível proceder à avaliação de desempenho do programa, verificando e acompanhando sua implantação a partir de normas definidas para seu monitoramento. Essa atividade permite levantar informações que subsidiem medidas de ajustes e alterações na condução da política. Regularmente, é praticada com o uso de indicadores e normas estabelecidas para o programa. Vale-se da consulta de leis, regulamentos, literatura especializada, opinião de usuários e observações. Visa conhecer o grau de implantação da intervenção, mas não alcança a influência das variações nos efeitos efetivos da intervenção.

Outro tipo de análise, subscrita à avaliação da implantação de uma intervenção, é a avaliação de processos. Esta apresenta-se relevante ao ser capaz de produzir e disponibilizar informações a respeito das razões para o sucesso ou dificuldades de uma intervenção e sobre as oportunidades para sua melhoria. (CRUZ; SANTOS, 2007).

Neste caso, a avaliação, ao se debruçar sobre uma cadeia de efeitos, não prescinde de uma investigação mais ampla acerca da condução da política pública em análise, para além da verificação e monitoramento de normas e indicadores.

[...] A avaliação do processo segue[...]um objetivo essencialmente analítico relacionado às variações contextuais e aos efeitos observados após a introdução de uma intervenção. Trata, desta forma, diretamente de um problema de implantação, já que procura captar como as características dos vários meios influenciam os efeitos da intervenção.(CHAMPAGNE; DENIS, 1997, p.53).

Alternativa operacional e finalística bastante diferente, também subscrita na avaliação de implementação, é a avaliação dos efeitos ou impactos de uma intervenção, na qual não se volta a atenção para as nuances do processo e concebe-se a intervenção como um fenômeno cuja manifestação fornecerá informações a serem analisadas isoladamente. Em sua gênese, a avaliação dos efeitos propunha-se, ao classificar uma intervenção, auxiliar na decisão pela continuidade ou interrupção do programa. Os papéis dos planejadores, avaliadores e gestores é separado e o uso dos resultados é limitado. Por isso, é criticada por Champagne e Denis(1997):

[...] ela propõe freqüentemente uma definição muito estreita dos objetivos de um programa, negligenciando a reflexão sobre a perspectiva dos vários executores e dos vários meios de implantação. Além do mais, ela não garante um acompanhamento próximo da evolução de uma intervenção, isto é, das modificações trazidas ao ser aplicada. (p. 51).

Estes dois últimos exemplos de avaliações, processo e efeitos, componentes da análise de implantação, ilustram uma classificação sobre objetivos que as avaliações propõem alcançar. A avaliação de processo, por oportunizar informações panorâmicas e dinâmicas, úteis para o aperfeiçoamento da intervenção enquanto ela ocorre, é considerada uma avaliação *formativa*. Estará mais alinhada aos pressupostos da 4ª geração de avaliação, na medida em que comporte a possibilidade de “[...] *aumentar o poder de contratualidade dos grupos diretamente envolvidos no serviço, potencializando a ação de usuários, familiares e equipe na esfera política*[...]” (KANTORSKI et al., 2009, p. 346). De outra forma, a avaliação de efeitos ou impactos, ao utilizar informações seccionais, sintéticas e de menor profundidade, é tratada como uma avaliação *somativa*. “[...] *é aquela conduzida após o término do programa e tem por objetivos prestar contas a uma audiência externa (órgão financiador) ou gestor*[...]” (SILVA, 2005, p. 18-19).

As avaliações, quando divididas em etapas e programadas para abordar um e outro componente isolado das intervenções, são criticadas, sobretudo, por alinharem-se a uma perspectiva gerencialista de administração de políticas, frequentemente denominados ‘modelos caixa preta’, voltados, em geral, para medidas de desempenho. As críticas a esses modelos baseiam-se em sua limitação diante da complexidade das intervenções, em seu potencial prejuízo à própria função política envolvida na intervenção, uma vez que um desempenho abaixo de expectativa previamente estabelecida venha a sugerir, de imediato, suspensão ou interrupção de ações relevantes. Ou mesmo punição e afastamento de atores cujas contribuições poderiam, ao contrário, ser compreendidas em sua fragilidade e estimuladas em suas possibilidades.

Outra modalidade de classificação é a avaliação *ex ante*, comumente relacionada ao planejamento da ação governamental quando, então, avalia-se a operacionalização da criação, expansão ou aperfeiçoamento de uma política pública. Esta avaliação ocupa-se, tradicionalmente, de estudos de viabilidade econômica e social. No entanto, para além dos critérios de eficiência, as intervenções de cunho social amiúde baseiam-se em “[...] *avaliações subjetivas de valor, pelos tomadores de decisão (governantes) e/ou pelo público-alvo, quando consultado.*” (MAIA, 2018, p. 37).

[...] Na análise ex ante, partindo-se da identificação e caracterização de um problema que demandaria intervenção do Estado, é necessário que sejam estabelecidos objetivos claros para a ação governamental, bem como um desenho que efetivamente permita alcançá-los, considerando, por exemplo, os incentivos dos agentes envolvidos[...]. (IPEA, 2018, p. 12).

A menção ao planejamento comporta outro tema corrente sobre a posição que as avaliações em saúde assumem no ciclo de políticas e em suas requisições. Como disciplinas especializadas da grande área da Saúde Coletiva, avaliação e planejamento possuem suas especificidades e também relações próximas. Como apontam Furtado et al. (2018), em estudo recente, no Brasil, as demandas do setor público por avaliações parecem superar àquelas por planejamento, tendo por base a maior produção científica da primeira década do século XXI e considerando que os autores dessas produções geralmente transitam em ambas instituições, - acadêmica e burocrática.

Junto a esse indício de predileção, os autores argumentam que o planejamento, especialmente as abordagens que trazem consigo sua prática em contextos de conflitos (tal o caso da América Latina com os períodos de ditaduras), assumem mais precisamente posições situacionais e de recrudescimento sobre as justas finalidades das políticas públicas. Paralelamente, a avaliação, especialmente no campo da saúde, incorpora-se, no Brasil, como especialização da Saúde Coletiva, a partir da década de 90 do século XX, e o faz com grande influência da abordagem donabediana, muito focada em desempenhos e resultados, a partir de parâmetros prévios de julgamento.

Essa disparidade de demandas e produção de estudos sobre planejamento e avaliação é interpretada pelos autores como reflexo de uma forma de gestão predominante, - gestão por resultados, que prescinde de reflexões mais amplas a respeito dos sentidos e demandas sociais que justificam as intervenções. Tais reflexões, originalmente, mais afeitas à disciplina do planejamento. O que os leva a considerar que a lógica da gestão por resultados, essencialmente condutora das atividades de mercado, penetra, em larga medida, na prática da gestão pública, amparada por uma tendência conservadora de se fazer política. A avaliação estaria 'substituindo' o planejamento sem, no entanto, atualizar seu escopo a partir de compreensões mais modernas sobre suas potencialidades e valor.

Para Souza e Cunha (2013), tal tendência das avaliações tem origem na ingerência do neoliberalismo nas políticas públicas e gerenciais contemporâneas. Estariam as avaliações prescindindo de seu potencial crítico, construtivo, e assumindo função oposta, oferecendo parâmetros de julgamento cuja pertinência é silenciada. Dessa forma, as avaliações estariam cooptadas pela estratégia neoliberal que conduz ao acirramento da competição individualizante.

Uma consequência direta na gestão das políticas públicas seria a administração e transferência de recursos baseadas em cumprimento de metas monitoradas sistematicamente. Na área da saúde, especificamente, os autores identificam a mesma ingerência neoliberal, com correspondentes práticas e paradigmas:

[...]as tecnologias de gestão por avaliação nos serviços e no sistema de saúde, a cultura de normatização da percepção de saúde-doença por meio de parâmetros de normalidade diversos definidos por especialistas e a persistente focalização do debate sobre o processo saúde-doença, na esteira do uso simplista e acrítico de indicadores. (SOUZA; CUNHA, 2013, p. 660).

Assim, em práticas já amparadas em um paradigma dominante, como em tendências que parecem despontar, os autores identificam a conformação potencial de um gerencialismo neoliberal ‘avaliacionista’:

[...] Existe risco de um ‘avaliacionismo’, principalmente quando se busca, na avaliação, critérios para distribuição de recursos em um contexto de escassez. E quando se espalha a cultura da acreditação, inicialmente restrita aos hospitais, torna-se perfeita a expressão do neoliberalismo na gestão de saúde. (SOUZA; CUNHA, 2013, p. 660).

Indagação comum nas discussões sobre avaliação, que se repete no campo da saúde, é aquela relativa aos seus executores. Avaliação externa ou avaliação interna. Quem deve realizar a avaliação da intervenção? Integrantes do próprio programa ou política que será avaliada são atores possíveis para tal empresa. Porém, é mais tradicional, hegemônica, de fato, a identificação de avaliadores externos à intervenção. Fato este relacionado, inclusive, às influências positivistas no campo da avaliação, que trazem aos critérios de validade as chamadas imparcialidade e objetividade do procedimento. Neste mesmo sentido, é comum a argumentação de que a avaliação interna é passível de comportar a tendenciosidade do avaliador, integrante do programa a ser avaliado.

Entretanto, um contra-argumento favorável à prática da avaliação interna (ou auto avaliação) baseia-se no entendimento de que os integrantes da intervenção a ser avaliada conhecem melhor sua realidade, além de serem interessados imediatos e monitores próximos das possíveis melhorias que o escrutínio sobre a política pode ensejar.

A definição dos avaliadores não debate, contudo, apenas divergências metodológicas. Há implicações políticas e gerenciais. (SILVA, 1999).

Ao se dedicar à avaliação da qualidade, para além da emissão de um julgamento sobre uma intervenção, as iniciativas do tipo autoavaliação podem ser compreendidas como ocasião para o empreendimento de mudanças (CAMPOS, 2005). Por outro lado, o consenso de que avaliar implica na emissão de um juízo de valor e a busca por credibilidade, parece manter duradoura a questão da objetividade, imparcialidade, distanciamento e definição prévia de

critérios. Talvez não seja razoável, nem necessário, preterir quaisquer opções, mas compreender os valores que assumem conforme a perspectiva em que são utilizadas, tanto quanto considerar a possibilidade de que ambas ocorram sob uma mesma intervenção.

Para superar essa e outras dicotomias possíveis em avaliações, Sordi et al. (2015), em seu escopo de pesquisa, posicionam-se:

A avaliação deve ensejar ações de acolhimento entre os atores, independente do lugar que ocupam na cena avaliativa. Neste cenário, as relações comportam diálogo, escuta e confronto honesto de posições como suas marcas típicas[...]. (p. 733).

Acrescente-se que o confronto honesto de posições permite sustentar divergências que se apresentem. O consenso não deve ser pré-requisito para o empreendimento dos processos avaliativos. O momento de decisões sobre as ações, a partir da explicitação de posições divergentes, guia-se particularmente pelo mérito social da avaliação e a responsabilidade que o(s) avaliador(es) assume(m), ética e moralmente.

Há que se cuidar, portanto, da aplicação a que as avaliações em saúde venham a servir. Enquanto mecanismos que permitem a construção de julgamentos capazes de se traduzirem em ações, com informações cientificamente válidas, estamos lidando com a sua função fidedigna. Não se pode ignorar, por isso, a possibilidade de serem utilizadas as avaliações para corroborar interesses diversos, apropriando-se de resultados e informações para finalidades que se distanciam de sua legitimidade social.

Atores envolvidos no processo avaliativo são chamados *stakeholders*, termo que se refere aos indivíduos e grupos interessados na intervenção a ser avaliada, implantadores, trabalhadores, financiadores, usuários, entre outros. Pode ser traduzido também por ‘conjunto de parceiros de causa’ (ALVES, 2011). A identificação e inclusão desses parceiros de causa no processo avaliativo é entendida pela abordagem construtivista do paradigma emergente como uma atividade que acrescenta legitimidade e robustez à avaliação.

De fato, a agregação extensiva de atores ao processo avaliativo, ampliando a noção de *stakeholders* para a sociedade civil, veio mesmo a ser considerada a ‘quinta geração’ da avaliação, ‘emancipatória’ (BARON; MONNIER, 2003), deliberadamente voltada a elevar o poder dos participantes, estimular a compreensão das condições e a definição dos valores presentes nas intervenções avaliadas, ‘deslizando’ o foco do julgamento para a informação compartilhada. Com isso, a dimensão da ação, a partir das informações construídas conjuntamente, remete à emancipação dos atores envolvidos, que nesse caso, são incentivados a apresentarem propostas de melhorias e mudanças. Destacam-se esses sujeitos como agentes

no processo avaliativo, assim como no processo decisório, tradicionalmente resultante das avaliações.

Merece atenção, portanto, conhecer os objetivos e metodologias propostas pelas avaliações, seja ela normativa ou do tipo pesquisa avaliativa, implicando os atores interessados e potencialmente afetados por seus resultados e processos. Trata-se de cuidados que consideram a avaliação um procedimento capaz de envolver múltiplos interesses que devem ser negociados e relações de poder que podem enviesar seus objetivos.

Nesse sentido, Furtado et al. (2018) advertem:

No que concerne especificamente à Avaliação, estamos levando em conta o risco de sua cooptação, desvirtuando-a de seus potenciais objetivos de qualificar práticas, gerar conhecimentos sobre as intervenções e desenvolver coletivos nela envolvidos. Tal risco se manifestaria na medida em que a Avaliação fosse usada para evitar questionamentos legítimos e essenciais sobre uma dada intervenção, bem como os seus propósitos essenciais e sentidos. As funções de dotar processos de racionalidade, transparência e accountability, tradicionalmente conferidas à Avaliação, correm o risco de serem desviadas ou substituídas por outras, qual seja a de suprimir oportunidades de análises das finalidades e sentidos de uma dada intervenção, conforme tradicionalmente atribuído ao Planejamento. (p. 7).

Portanto, a avaliação em saúde, como especialização das avaliações de programas, projetos e políticas públicas, é uma disciplina que abrange possibilidades amplas. Desde abordagens tradicionais que visualizam os aspectos normativos de diretrizes norteadoras de políticas de saúde, como a clássica abordagem “donabediana”, até a incorporação de outros referenciais teóricos para compreensão da prática social, o que permite a transposição, para este campo, de abordagens diversas, tal qual a que subsidia Mainardes no campo da Educação, considerando consistente a avaliação quando se leva em consideração as condições contextuais gerais em que são formuladas, implementadas e processadas as políticas, relativizando a atenção concentrada em aspectos normativos.

Uma definição cuidadosa da avaliação no campo da saúde, dadas as diversidades de práticas e teorias, é desenvolvida por Contandriopoulos et al. (2000), *apud* Contandriopoulos (2006), para os quais ela consiste:

[...] fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas - avaliação normativa - ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico - pesquisa avaliativa. (p.706)



Tal como explica Contandriopoulos et al. (1997):

Podemos definir a pesquisa avaliativa como o procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. (p. 37).

Diferentes abordagens determinam suas metodologias de avaliação. Uma avaliação voltada a aspectos normativos pode considerar secundário, ou mesmo dispensável, a atenção aos contextos relacionais em que se desenvolve uma política e dedicar esforços para comparar seu *status* com o modelo de programa que a circunscreve. Nesta sobreposição o avaliador identificará os elementos para sua análise e parecer.

Mas, considerando abordagens atentas aos aspectos contextuais, esta sobreposição de modelos e *status* real tende a ser um material, e não a ‘matéria-prima’ de seu trabalho. Neste caso, a este avaliador caberá compreender as circunstâncias que permeiam a execução de uma política a partir dos ambientes em que ela acontece. E deverá considerar as diversas fases de sua consecução, com todas as influências que a atravessam. A perspectiva dos atores envolvidos se torna um objeto de estudo. É um procedimento que, ao voltar a atenção para a qualidade, o faz tendo em vista também os qualificativos que a definem.

Dadas as diversas influências que incidem em um processo avaliativo, a partir das características gerais do paradigma construtivista, optou-se, na presente pesquisa, por adotar uma definição mais específica para abordar a avaliação em saúde. Uma definição participativa, que inclua os atores diversos, o contexto específico em que a avaliação ocorre, o dinamismo das condições políticas e sociais. E que empregue uma metodologia capaz de representar as peculiaridades do programa estudado, - a metodologia que o SNAIOS utiliza. Trata-se de uma posição assumida, entre a miríade de possibilidades, que incorpora, para agregar poder argumentativo à explicação de seu objeto, outras áreas de saberes.

Furtado (2001), ao estudar métodos potencialmente mais adequados para a avaliação de serviços e programas, apresenta argumentos favoráveis a essa opção:

Dentro do vasto campo da avaliação, uma abordagem centrada nos diversos atores envolvidos no processo, que desde a concepção do plano considere os diferentes valores e pontos de vista envolvidos, que apresente uma real preocupação com a utilização dos resultados do processo investigativo e que se utilize de métodos voltados para o estudo do fenômeno in situ, lançando mão de instrumentos provenientes da etnografia, antropologia e sociologia, nos parece mais apropriado para a superação de algumas questões da avaliação clássica[...] (p. 170).

Assim, identificado o zelo, em Uchimura e Bosi (2006), ao delimitar o emprego da expressão ‘avaliação qualitativa’ a partir do novo paradigma e, em Contandriopoulos (CONTANDRIOPOULOS, 2006; CONTANDRIOPOULOS et al., 2000), a acepção abrangente da avaliação em saúde, precisa-se especificar os atributos de uma metodologia que reproduza aquela adotada pelo sistema que procurou-se caracterizar, tal qual indicado acima e adiante. Esta é a avaliação por triangulação de métodos.

Como explica Minayo (2006),

Avaliação por triangulação de métodos pode ser compreendida como expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um constructo específico. Além da integração objetiva e subjetiva no processo de avaliação, esta proposta inclui os atores do projeto e do programa não apenas como objetos de análise, mas principalmente, como sujeitos de autoavaliação[...] (p. 173).

No âmbito das pesquisas avaliativas, ou avaliação qualitativa, esta avaliação prevê um conjunto de procedimentos que auxilia a visualizar sua operação prática. Como as investigações científicas demandam, aqui também há uma questão inicial a ser elaborada, uma formulação prévia que justifica o empreendimento e traça objetivos definidos para ele. Nesse momento, as equipes e atores responsáveis pela avaliação identificam a demanda da avaliação e suas motivações, adequam a divisão de tarefas, combinam prazos, delinham recursos, perscrutam a disposição dos participantes no processo de avaliação. (MINAYO, 2006).

Com isso, devem ser apontados os indicadores que balizarão a investigação, explicitando referências que orientam a verificação dos achados. Nesta etapa, é preciso reconhecer a factibilidade das informações que serão levantadas para que sejam sobrepostas às perspectivas de qualidade previamente consideradas. Por isso, os indicadores devem ser contextuais e o acesso a eles metodologicamente viável. (MINAYO, 2006).

É preciso definir as fontes de informação que se associem aos indicadores elencados para providenciar os procedimentos de acesso a elas. Trata-se do levantamento de dados primários e secundários, que consiste, no segundo caso, da identificação e acesso aos diversos documentos e textos relacionados à intervenção avaliada, relatório(s) de avaliação interna, normativas, etc. Os dados primários têm como fonte os atores em si, relacionados à intervenção, *stakeholders* locais que são acionados para oferecer material discursivo a respeito dos temas e contextos relacionados à intervenção. Esses temas, ou categorias para análise, portanto, trazem também a essa etapa a necessidade de conhecer referenciais teóricos e políticos a respeito da intervenção, que subsidiarão os investigadores na elaboração dos instrumentos de investigação. (MINAYO, 2006).

Os instrumentos orientam-se para a abordagem do conjunto de referenciais para a avaliação da intervenção. São, no entanto, elaborados e definidos especificamente para o tipo de dado (primário ou secundário) a ser levantado. Metodologias qualitativa e quantitativa são empregadas, cada qual procurando abordar o conjunto amplo da intervenção e seus indicadores, mas tem finalidades diferenciadas e são aplicadas para o acesso a materiais distintos. As quantitativas voltam-se à quantificação de dados, em geral, relacionados a processos e resultados da intervenção. As qualitativas procuram levantar conteúdos sensíveis aos contextos em que se dá a intervenção, incluindo a natureza e influências das relações hierárquicas entre atores e usuários, as representações que se manifestam nos discursos e as sinalizações não expressas que podem ser captadas na interação com os avaliadores, que se dá no trabalho de campo. Regularmente as técnicas utilizadas são entrevistas, individuais ou em grupo, com atores específicos, previamente identificados e definidos pela relevância potencial que têm em termos de propriedade sobre a intervenção avaliada. Podem compor esses atores gestores, trabalhadores, usuários, representantes de categorias, entre outros. (MINAYO, 2006).

O trabalho de campo ocorre pela presença dos avaliadores externos no ambiente da intervenção. Consiste na experimentação dos instrumentos elaborados na etapa anterior para levantamento das informações secundárias, assim como na oportunidade de registros das observações que a presença *in loco* possibilita (diário de campo). É a aplicação efetiva da metodologia qualitativa definida na elaboração dos instrumentos de avaliação. Como essa ação comporta a observância de condutas éticas e o domínio de técnicas de entrevistas, os avaliadores devem ser preparados para tal atividade, o que inclui, idealmente, instruções específicas e, preferencialmente, domínio razoável sobre o conjunto dos fenômenos envolvidos, desde a natureza da intervenção, das representações que a ocorrência de avaliações assumem para os sujeitos, até o exercício da sensibilidade adequada à delicadeza da prática de avaliação. (MINAYO, 2006).

O domínio dos fundamentos teóricos e práticos envolvidos na avaliação, bem como a adequada estruturação e gerenciamento dos processos empreendidos contribui para a melhor análise das informações recolhidas na etapa anterior. Ordenar, classificar e analisar os dados leva a confrontar os resultados obtidos com os objetivos definidos para a avaliação. Neste processo, a construção resultante da avaliação deve levar a identificar a qualidade da intervenção avaliada, considerando seus recursos, objetivos e resultados reconhecidos pela aplicação das metodologias quantitativas e qualitativas da avaliação. Esta etapa exige um tratamento complexo que visa compatibilizar as informações quantitativas e qualitativas do processo de avaliação na intenção de alcançar uma compreensão do conjunto das dimensões da

intervenção investigada, como a adequação e utilização de seus recursos, as características da condução de seus processos e os impactos que seus resultados imprimem à realidade que a intervenção procura modificar. É a operação da triangulação de métodos, propriamente, em que as informações quantitativas, em sua extensão, encontram-se com as informações qualitativas, em sua profundidade, atravessadas pela mediação política e metodológica que fundamentam a intervenção e esta prática avaliativa. O objetivo e a construção de um material que sintetiza conhecimentos multidisciplinares, dada a variedade de abordagens empregadas em sua criação, com a finalidade de apresentar uma compreensão ampliada e contextualizada acerca da intervenção. (MINAYO, 2006).

O material final elaborado, *informe final*, deve estruturar-se de forma a apresentar o percurso do processo de avaliação, com formatações que resgatem os objetivos iniciais, a metodologia, os resultados, de uma forma que contemple as informações provenientes dos participantes como um todo. Igualmente, sobre a intervenção avaliada, é preciso que nele conste o seu histórico, contemplando sua inserção em políticas mais ampliadas onde se encontre. O informe deve ainda conter, por fim, a conclusão e o os achados não previstos na programação, tal como os impactos ampliados da intervenção, conhecidos ao longo da avaliação. (MINAYO, 2006).

A comunicação dos resultados, por fim, pode assumir formatação diversas, extensivas, executivas ou ambas. É possível levar em consideração os atores que os conhecerão e a pertinência correspondente, com a finalidade de ampliar as possibilidades propositivas da avaliação, ao apresentá-la em uma estrutura aprazível. Nesse sentido, aos financiadores da intervenção, por exemplo, considerar a apresentação sumária dos achados com exemplificações de imediata visualização, apontamentos úteis ao subsídio de decisões sobre a intervenção, - manutenção, redirecionamento, aperfeiçoamento, seleção de aspectos para atenção especial, etc. Recomenda-se que, em qualquer dos casos em que a comunicação se dê, o capítulo final apresente os resultados de forma sintética e abrangente, estruturados em sentenças, buscando apresentar os aspectos críticos, lições aprendidas e perspectivas futuras. (MINAYO, 2006).

Ainda, sobre a comunicação dos resultados, o caráter participativo da avaliação prevê a assunção de determinados compromissos éticos que encarecem as oportunidades de compartilhamento no andamento do processo. Portanto, é recomendável a apresentação prévia aos sujeitos da pesquisa, integrantes da intervenção avaliada, para que se fortaleça o aspecto participativo, reforce a intenção propositiva da avaliação e que se dirima dúvidas sobre aspectos dos procedimentos ou objetivos, sem, no entanto, tomar tal compartilhamento como ocasião para alterações de resultados. O procedimento é devido a finalidades mais amistosas. É ocasião,

inclusive, para ressaltar os limites da própria avaliação, como para testemunhar seus benefícios. Eventuais apontamentos ou considerações dos sujeitos devem ser ponderados, inclusive para que permaneça oportuna e se legitime a natureza construtiva da avaliação.

Fica evidente, por essas considerações, que não esgotam o assunto, a grande complexidade que envolve o campo da avaliação em saúde. Há diversos modelos, recomendações, aplicações e interpretações desses modelos para abordar a disciplina. A avaliação poderá ainda se restringir a um projeto, programa ou política específica, como se estender para todo um sistema de saúde. É importante destacar que o longo período de desenvolvimento das avaliações proporcionou uma dimensão muito ampla de teorizações e didatismo que, muitas vezes, dispõem-se como arcabouço histórico de seu progresso. Mas que, diante das reais demandas nas avaliações das intervenções, tornam-se menos estanques.

Como afirma Novaes,

As avaliações de programas, serviços e tecnologias de saúde inserem-se, com graus variáveis de aderência, em uma das tipologias propostas, dependendo do contexto no qual se desenvolvem. Não se trata de identificar tipologias avaliativas a priori, melhores ou piores, como instrumentos ativos de construção social, mas apontar a articulação necessária entre objetos, tipologias e contextos, nos processos de avaliação. (NOVAES, H.M.D., 2000, p. 551).

Ao estudarem o uso de modelos teóricos na avaliação em saúde, Medina et al. (2005) concluem que:

Independente da terminologia assumida pelo pesquisador, o importante a assinalar é que, em se tratando da avaliação de programas, é fundamental a explicitação clara dos pressupostos que orientam a sua formulação. Vantagens de tal explicitação incluem uma maior precisão do desenho do programa, um melhor manejo na definição de responsabilidades, um melhor planejamento dos estudos avaliativos. (p. 48).

Ao observar tal recomendação, procurou-se, adiante, apresentar em que consiste a política de ouvidorias do SUS. No entanto, consideradas as observações de Arretche (2001), cuidando de abordar os limites e influências que, desde a formulação de uma intervenção, repercutem na materialidade de sua implementação. Um cuidado para que a avaliação não se encontre condicionada à expectativa demasiado singela, se restrita à sua idealização.

### 3.3 OUVIDORIAS DO SUS

As políticas, programas ou serviços de saúde passíveis de avaliação são muitos. Recentemente, as ouvidorias do SUS ganharam espaço entre as intervenções de saúde que recebem atenção de atores a elas relacionados, prática e teoricamente, para a criação de uma metodologia de avaliação.

O desenvolvimento do SNAIOS vem ocorrendo desde o ano de 2016. As bases para essa iniciativa remontam às pesquisas empreendidas pela ENSP em parceria com o DOGES.

Sua proposta de um ‘caminho de qualidade’ no processo da acreditação, seus padrões flexíveis e a construção coletiva de seus referenciais são características de uma avaliação quanti-qualitativa de orientação construtivista, - uma forma de avaliação presente na área da saúde e que se expande agora para as ouvidorias do SUS.

As ouvidorias do SUS constituem-se como instâncias receptivas e indutoras da participação dos usuários no sistema de saúde. Instrumentos para viabilizar a avaliação das ações e serviços públicos de saúde, capazes de aperfeiçoar a administração das organizações, tanto por oportunizar a inclusão da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, como pela capacidade de coletar, processar e prover informações valiosas para a gestão das instituições e suas ações.

Também são definidas para estas instâncias funções de fiscalização e controle da administração pública, instrumento para a garantia de direitos e, de um modo geral, exercício de cidadania. Sinteticamente, já foram caracterizadas:

[...]como instrumento de visibilidade do Estado, espaços democráticos de participação popular e ferramenta de gestão, pautadas nos princípios éticos e constitucionais da administração pública e do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2010a, p. 16).

As ouvidorias existem em diversas instituições, públicas e privadas. Atuam como instâncias de comunicação entre os clientes ou usuários de serviços e as organizações. Já lhes foi definido, como foco de atuação, o cidadão, seja ele consumidor ou usuário de serviços públicos (BARREIRO; PEREZ; PASSONI., 2011) A existência, disposição e adequado funcionamento de ouvidorias, além de atender a preceitos constitucionais, apresentam correspondência com as condições ideais de democracia vislumbradas por Robert Dahl (1997), ao estabelecer pressupostos para a responsividade do governo neste regime.

Dahl parte do pressuposto de que a responsividade é atributo de uma democracia categórica, que se dá com a perspectiva de cidadãos plenos. E que, para ser ‘apreciada’, necessita replicar a esses cidadãos condições de:

[...] formular suas preferências; expressar suas preferências a seus concidadãos e ao governo através da ação individual e da coletiva; ter suas preferências igualmente consideradas na conduta do governo, ou seja, consideradas sem discriminação do conteúdo ou da fonte da preferência. (DAHL, 1997, p. 25-50).

Porquanto a existência de ouvidorias públicas remonte a períodos semotos, como ao *ombudsman* na Suécia, em 1809 ou, no Brasil do séc XVI, ao ‘Ouvidor-Geral’ da Coroa Portuguesa (GOVERNO FEDERAL – Ouvidorias.gov, *homepage*), as ouvidorias do SUS, assim denominadas, são fruto do processo de redemocratização e da criação do SUS no Brasil.

A redemocratização de 1985 retoma a pauta dos direitos e da participação social, a qual se institui com a constituição de 1988, que define e assegura direitos e garantias individuais.

O artigo 37 da Constituição Federal, em seu parágrafo 3º, estabelece (BRASIL, C.F., 1988) que

a lei disciplinará as formas de participação da comunidade na administração dos serviços públicos de maneira direta e indireta, com objetivo de fiscalizar, avaliar e contribuir para construção destes serviços.

O artigo 198, tratando da organização da saúde no país, estabelece como diretrizes, além da descentralização e o atendimento integral, a participação da comunidade.

De fato, como afirma Feijão et al.:

As ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS) encontram seu fundamento jurídico no disposto na Constituição Federal/1988, art. 198, III, que dispõe sobre a participação da comunidade no SUS e no art. 37, § 3º, incisos I a III que trata das condições de participação do usuário de serviços públicos na Administração Pública. (FEIJÃO et al., 2014, p. 63).

Posteriormente, já vigendo as leis 8080 e 8142/90, esta última dispendo exatamente sobre a participação da comunidade no SUS, as Conferências Nacionais de Saúde (10ª, 11ª, 12ª e 13ª), ocorridas na década de 90 e 2000, pautaram a ouvidoria no SUS, relacionando a sua ligação com temas como controle social, gestão participativa e direito humano à saúde. Somava-se esforços para a institucionalização deste instrumento (SANTOS; NEVES; SANNA, 2014). A 14ª Conferência, em 2011, manteve a ouvidoria em pauta entre suas diretrizes aprovadas, propondo sua criação e fortalecimento, a partir do “[...]apoio financeiro, capacitações e informações em geral para que possam atuar de modo efetivo contribuindo para o esclarecimento dos usuários e apuração de denúncias”. (BRASIL, 2012, p. 23).

Já em 2015, no relatório disponível da 15ª Conferência, a ouvidoria não se encontra especificamente mencionada em nenhuma das diretrizes aprovadas (ABRASCO, 2016). A 16ª Conferência Nacional de Saúde, prevista ser realizada em agosto de 2019, porquanto se anuncie com o tema “Saúde e Democracia”, não pauta especificamente a ouvidoria em seu ‘documento orientador de apoio aos debates.’ (CNS, 2018).

Em 2006, foi publicado o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), no qual as ouvidorias são apontadas como instrumentos concorrentes para o aperfeiçoamento do controle e participação social no SUS, recomendando-se, para o fortalecimento da gestão estratégica do SUS, o apoio à sua implantação em estados e municípios.

A oportunidade de instituir e sistematizar funções para as ouvidorias do SUS surge, na esfera federal, em 2003, com a criação do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES) (BRASIL, 2003), unidade da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do

Ministério da Saúde, ao qual compete, entre outras atribuições, propor, coordenar e implementar uma Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, estimular práticas de ampliação do acesso dos usuários à avaliação do SUS, estimular e apoiar a criação de ouvidorias de saúde, conforme o princípio da descentralização.

Além destas atribuições, o próprio DOGES passou a atuar como uma ouvidoria cujo acesso mais popular (0800 - discagem gratuita) assumiu, em 2011, uma identidade, até então, perene, - o Disque Saúde 136. A estrutura do 136 permite o registro, tratamento e encaminhamento de manifestações, além da disseminação de informações e empreendimento de pesquisas em saúde.

Um marco anterior foi a criação do sistema informatizado OuvidorSUS (BRASIL, 2007). O sistema permite a geração de relatórios gerenciais, a disseminação de informações em saúde e possibilita a troca de informações entre os órgãos responsáveis pela gestão do SUS para adoção das providências cabíveis diante das manifestações recebidas, auxiliando a criação de uma rede de comunicação e transmissão de dados entre as ouvidorias do SUS.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS (BRASIL, 2009), aprovada em 2007 (BRASIL, 2007), apresenta em seus ‘textos’ a ouvidoria abarcando um conjunto amplo de funcionalidades, destacando a relação com a gestão e com estruturas já institucionalizadas de participação social, auditoria, correição e controle. São citadas, entre estas estruturas, os conselhos de saúde e as comissões intergestores. Um recorte desses textos permite visualizar uma idealização de seu papel:

As ouvidorias são canais democráticos de comunicação, destinados a receber manifestações dos cidadãos, incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitação de informações. Por meio da mediação e da busca de equilíbrio entre os entes envolvidos (cidadão, órgãos e serviços do SUS), é papel da Ouvidoria efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, com o objetivo de propiciar uma resolução adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. 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. As ouvidorias são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde e produção de informações que subsidiam as tomadas de decisão. (BRASIL, 2009, p. 23)

Além disso, nesses textos são mencionadas iniciativas do DOGES para a discussão e criação, de forma pactuada, de uma Política Nacional de Ouvidorias do SUS:

O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS vem propiciando espaços de discussão para a construção, de forma pactuada, das diretrizes para a Política Nacional de Ouvidoria do SUS, por intermédio da promoção de convênios com vários estados e municípios, bem como investindo na organização de mecanismos de integração das ouvidorias[...] (p. 24).



Temática transversal na área da saúde, a Política Nacional de Humanização (Humanizausus)(BRASIL, 2010b) abordou as ouvidorias do SUS enquanto dispositivo relacionado à inseparabilidade da atenção e da gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade, autonomia e protagonismo dos sujeitos.

Especificidades das ouvidorias do SUS foram tratadas de forma mais detalhada em outra publicação do Ministério da Saúde, - o ‘Falando de Ouvidoria’(BRASIL, 2010a), desde sua história e concepção até a descentralização. “[...]Um primeiro aspecto identificado no documento é a ideia de que a ouvidoria é o lugar de expressão individual das demandas[...]” MACHADO; BORGES, 2017, p.370) devido à ausência de menção a relações das ouvidorias com conselhos de saúde, tradicional instância de representação. Esta é uma observação harmoniosa com especificidades das funções envolvidas. É comum a referência às ouvidorias como instâncias de participação social. A designação pode ser problematizada, haja vista a frequente discussão a respeito desse último conceito, o qual, para alguns autores, não pode prescindir de características mais específicas para seu uso assertivo (SIMÕES; SIMÕES, 2015).

Feijão et al.(2014)colaboram para essa discussão:

Vê-se claramente o papel da ouvidoria, que se distingue dos controles interno e externo e do conselho de saúde, tendo em vista ser um serviço que permite a ação individualizada do cidadão, uma atuação direta do usuário do serviço para com a administração pública por sua ouvidoria[...] (p. 64).

E, de outra forma, apresentam contraponto para que se observe a relação entre esses mecanismos:

[...]é um instrumento da democracia direta e, embora seja um instituto unipessoal, o tratamento da questão individual pode levar ao alcance de soluções que contemplem o interesse coletivo[...] (p. 59)

De qualquer forma, quanto à terminologia, o uso corrente parece sobressair-se mesmo nas esferas institucionais. O decreto presidencial que institui a Política Nacional de Participação Social (BRASIL, 2014a), como exemplo, inclui a ouvidoria pública federal entre as instâncias e mecanismos de ‘participação social’.

O ‘Falando de Ouvidoria’(BRASIL, 2010a) apresenta de forma extensa os processos de trabalho identificados e recomendados para a atuação destas instâncias, quais sejam, o acolhimento do cidadão e a escuta (qualificada) de suas manifestações, a variedade das portas de entrada possíveis para as manifestações, o perfil dos profissionais das ouvidorias, o tratamento das manifestações (onde se dá sua classificação e tipificação) e resposta ao usuário e a gestão da informação.

De fato, recomendações para a implantação e atuação das ouvidorias do SUS são ainda mais desenvolvidas no ‘Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS’

(BRASIL, 2014b), representando um aperfeiçoamento dos conhecimentos acumulados. Nele, concebeu-se que: “*A Ouvidoria em Saúde constitui-se em um espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde, relativos aos serviços prestados[...]*”(p. 5) As ouvidorias foram compreendidas como “[...]unidades de importância estratégica para a gestão do SUS[...]enquanto permite(m) o diálogo entre a sociedade e as diferentes instâncias de gestão[...]”. (p. 8).

Cumprе enfatizar que esta concepção é significativa em sua caracterização da ouvidoria no SUS, na medida em que sua importância estratégica para a gestão vem atender ao princípio da descentralização radicalmente, ou seja, para além da delegação de poderes decisórios à gestão per si, sopesa a participação da sociedade na gestão, ampliando a democracia local. (PEREIRA, 2002).

A orientação, estímulo e incentivos para a descentralização das ouvidorias do SUS é um aspecto sensível dessa política, uma vez que induzem a sua presença nas ‘instâncias de gestão’ e, portanto, aumenta a oportunidade de se aproximar dos usuários do sistema, permitindo sua participação na avaliação dos serviços e favorecendo a defesa de seus direitos.

O sistema informatizado OuvidorSUS, com suas modalidades de acesso, especialmente em seus níveis de acesso I e II, tem sido um recurso importante, disponibilizado pelo DOGES, na promoção dessa descentralização, tanto para as secretarias estaduais e municipais de saúde, quanto para as instituições de saúde em seus territórios.

O acesso nível I permite o registro, tratamento e resposta das manifestações, além da disseminação de informações, criação de redes e geração de relatórios. Por meio do acesso nível II, é possível receber, encaminhar e responder as demandas que são enviadas às áreas ou departamentos de uma instituição de saúde, além de também gerar relatórios.

Embora a utilização mais frequente do acesso nível II seja para sistematizar a comunicação dentro das instituições de saúde com acesso nível I, ao criar uma rede de conexões entre as áreas responsáveis por assuntos que a ouvidoria demanda, também verifica-se a implantação do acesso nível II em algumas secretarias municipais de saúde, quando nessas não se manifesta o interesse pela adesão ao acesso nível I, mas, ao mesmo tempo, solicitam participar da rede que o sistema possibilita, para responder a manifestações que se iniciam por algum outro acesso nível I, mas que sejam pertinentes às suas atribuições.

Cabe lembrar que a adesão ao Sistema OuvidorSus não é obrigatória. Há ouvidorias do SUS que não o utilizam ou que utilizam outros sistemas informatizados. Há ainda aquelas que não se valem de sistemas informatizados. De qualquer forma, a disponibilização desse sistema auxilia a comunicação em rede entre as instituições de saúde que comportam ouvidorias do

SUS e facilitam a descentralização dessas instâncias, na medida em que propõe, oferta e suporta um instrumental informatizado para o tratamento de manifestações de usuários, geração de relatórios e disseminação de informações em saúde.

Assim como a 2ª edição do Guia, foi publicado pelo Ministério da Saúde, em 2014, o Manual das Ouvidorias do SUS (BRASIL, 2014c), com descrições detalhadas e sistematizadas a respeito de dimensões que compõem uma ouvidoria do SUS, consolidando e atualizando as informações já apresentadas naquele documento.

Ainda que não tenha se estabelecido uma política nacional para as ouvidorias do SUS, o Ministério da Saúde definiu, por meio da SGEPI, atribuições e diretrizes para elas ao publicar, em 2014, a Portaria 2.416 (BRASIL, 2014d). Nela são definidas as competências dos serviços de ouvidorias, sua organização, funcionamento e estruturação em consonância com a legislação, conhecimentos e experiências desenvolvidos para a atuação qualificada e sistematizada destas instâncias.

As manifestações recebidas pelas ouvidorias do SUS podem se dar por telefone, *e-mail*, carta, internet, caixa de sugestões ou presencialmente (recentemente também há experiências com redes sociais). O tratamento que recebem normalmente inclui sua classificação enquanto sugestão, reclamação, solicitação, informação, denúncia ou elogio. Entretanto, estas modalidades de recepção variam entre as localidades onde se inserem as ouvidorias, e o tratamento que dispensam às manifestações varia ainda mais pois, a despeito de haverem orientações para qualificar o trabalho das ouvidorias, a autonomia dos entes federados, a ausência de uma política fiscalizadora, entre outros fatores, torna o desempenho das ouvidorias dependentes, quase que exclusivamente, de ação política local.

Esta constatação crítica é necessária por apontar vieses que as ouvidorias podem assumir. De instâncias com a finalidade de propiciar a participação dos usuários na gestão e oportunizar a garantia de direitos, podem também se mostrar inertes ou operar um poder disciplinar oblíquo às reivindicações democráticas que as conceberam, normatizando as relações com os usuários no interesse das instituições. O recurso pode ser usado simplesmente na lógica própria de seus interesses, pois “[...] *não é o consenso que faz surgir o corpo social, mas a materialidade do poder se exercendo sobre o próprio corpo dos indivíduos*”. (FOUCAULT, 1992, p. 146).

A despeito do esforço para a criação de uma política nacional de ouvidorias do SUS, estados e municípios desenvolveram, com diferentes níveis de estruturação e funcionamento, suas ouvidorias de saúde. A diversidade política, social e cultural dos entes federativos propiciou organizações que, embora integrem um sistema nacional, apresentam realidades

singulares. Ainda que haja recomendações, induções e quiçá, uma legislação abrangente, os projetos políticos tendem a institucionalizar as ouvidorias como mecanismos de sua cultura política local (CARDOSO, 2011). Em março de 2018, o DOGES contabiliza em seus registros 1922 ouvidorias do SUS distribuídas pelo território nacional (DEPARTAMENTO DE OUVIDORIA-GERAL DO SUS, 2018), entre secretarias municipais e estaduais de saúde, hospitais, hemocentros. Todas elas integrando o sistema nacional de ouvidorias (SNO), com suas diferentes capacidades, condições de atuação e representatividades para usuários, ouvidores e gestores de saúde.

Evento paralelo às discussões empreendidas pelo DOGES e demais ouvidorias de saúde, na busca de uma formalização de uma política para as ouvidorias do SUS, foi a publicação da Lei nº 13.460 de 26 de junho de 2017, também chamada Código de Defesa dos Usuários de Serviços Públicos, que dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública (BRASIL, 2017c). Ao estabelecer normas relacionadas, a normativa lista uma série de critérios e recomendações sobre a forma que deve se dar a comunicação entre os usuários de serviços públicos e a administração pública. Esta última entendida como ‘órgão ou entidade integrante da administração pública de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a Advocacia Pública e a Defensoria Pública’.

Estabelece a lei que os usuários poderão, para garantia de seus direitos, manifestar-se perante a administração pública, e que esta manifestação será dirigida à ouvidoria do órgão. Se não houver ouvidoria, o usuário terá a opção de manifestar-se diretamente ao órgão ou entidade responsável pelo serviço. Em qualquer dos casos, há critérios mínimos para a recepção e tratamento dessa manifestação, incluindo prazos para resposta.

Ainda que a ouvidoria não seja definida como obrigatória, o capítulo quarto é dedicado a essas instâncias, com uma série de preceitos para seu funcionamento. Os artigos 13 e 14 descrevem uma série de atribuições que, de muitas formas, coincidem com aquelas das ouvidorias do SUS, especialmente na origem a que ambas remontam, o artigo 37 da Constituição Federal.

No entanto, diferem de algumas formas pontuais, eventualmente inócuas, mas possivelmente indelévels. A especialização da saúde pública, com as leis orgânicas do SUS especificando e definindo seus meios de participação e controle social, tem um histórico e aparato organizados de uma forma própria. As conferências de Saúde que pautaram as ouvidorias no SUS, as parcerias empreendidas para o desenvolvimento do Sistema OuvidorSUS, com suas funções especializadas e flexíveis, as iniciativas para especializar e

descentralizar a ouvidoria do SUS, ao longo da década de 2000 e adiante, são algumas dessas diferenças que podem ser citadas.

Certamente, não se trata de questionar o valor da lei, mas garantir a oportunidade de ter considerado o desenvolvimento de uma ouvidoria específica, especializada, robustecida ao longo das décadas de recursos empreendidos que reivindicaram e permitiram sua especialidade. É dizer, como se conformará à nova orientação, sem comprometer seu valor social adquirido? A lei 13.460 não ignora, contudo, iniciativas precedentes. Em seu artigo 1º, o parágrafo 2º dispõe:

§ 2º A aplicação desta Lei não afasta a necessidade de cumprimento do disposto:  
I - em normas regulamentadoras específicas, quando se tratar de serviço ou atividade sujeitos a regulação ou supervisão; [...](BRASIL, 2017c).

De fato, Feijão et al. já anunciavam, em 2014:

O Governo Federal vem atuando, por outro lado, para estruturar a integração das ouvidorias federais sob a orientação central da Ouvidoria-Geral da União, a qual tem como competência definir, padronizar, sistematizar e estabelecer, mediante a edição de normas e de instruções, os procedimentos atinentes às atividades de ouvidoria, exercendo assim o papel de órgão de orientação e a supervisão técnica das ouvidorias dos órgãos e entidades do Poder Executivo Federal (FEIJÃO et al., 2014, p. 66).

Os autores reconhecem a função integradora da iniciativa, ao mesmo tempo que identificam a necessidade de a ouvidoria do SUS preservar sua especificidade:

Essa iniciativa do Governo Federal é extremamente positiva e saneadora da dispersão ou fragmentação que possa haver nesses serviços no âmbito da Administração Pública Federal, e a Ouvidoria do SUS deve observar esses regramentos gerais que têm a função de unificação de serviços da mesma natureza, devendo, contudo, preservar as suas especificidades ao mesmo tempo em que se garante a unidade e coesão entre os serviços públicos federais de uma mesma feição [...](p. 66).

Contudo, o caráter terminante da normativa e as iniciativas contundentes de divulgação da Lei em municípios e estados, associadas à divulgação de um sistema informatizado também ofertado aos demais entes federados, o ‘E-Ouv municípios’ (BRASIL, 2017b), podem induzir a adesões massivas de municípios que, eventualmente, venham a questionar a conveniência de manter ou implantar outra(s) ouvidoria(s) especializada(s), como a ouvidoria do SUS. Isso traz também à questão o *status* da institucionalização das Ouvidorias do SUS na extensão do país. Para além da formalização de uma política que não ocorreu por meio de uma normativa categórica, com esses eventos, a musculatura das ouvidorias do SUS e as funções que elas adquiriram ao longo dos anos, podem ocupar evidência no cenário social e nas discussões institucionais.

Houve iniciativas que se dedicaram a conhecer a configuração das ouvidorias do SUS. Atores do meio governamental e acadêmico realizaram estudos e pesquisas visando conhecer a conformação e as condições que assumem desde a sua implantação.

Silva, R. et al., por exemplo, voltaram-se, por meio de um estudo qualitativo, ao pensamento de gestores municipais de saúde sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS. Entre suas conclusões, identificaram que “[...]na percepção dos gestores entrevistados, a ouvidoria é uma instância promotora de cidadania[...]” (SILVA, R. et al., 2016, p. 92) ainda que:

[...]por mais que seja mecanismo de participação da comunidade e instrumento de gestão, [...]se apresenta de maneira tímida ao usuário, sendo necessário ampliar os canais de acesso [...] para possibilitar que mais usuários tenham a possibilidade de contribuir para a gestão dos serviços de saúde. (p. 92).

No horizonte da pesquisa ‘Linha de Base para Estudos e Ações de Monitoramento e Avaliação em Ouvidoria’, Fernandes, Moreira e Ribeiro (2016) traçaram, em 2015, um panorama das 27 ouvidorias estaduais do SUS cadastradas pelo DOGES. Tratava-se de um dos resultados da parceria estabelecida entre este departamento e o Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (DCS/ Ensp/Fiocruz), visando qualificar o subsídio à gestão do SUS que, com a descentralização das ouvidorias, conformava-se no SNO.

Os autores procuraram analisar as ouvidorias do SUS, em um estudo qualitativo, subsidiado pela literatura pertinente, enquanto instâncias participativas. Desenvolveram, para tanto, após constatarem a necessidade de definir uma concepção de ouvidoria para nortear o DOGES em suas atribuições e necessidades de aperfeiçoamento, a Ideia-Força de ouvidoria enquanto:

[...]‘instância de processamento’ de manifestação individual ou coletiva sobre um serviço, processo ou produto de uma determinada instituição pública ou privada. É, portanto, uma ‘instância de mediação’ com objetivo de produzir respostas adequadas às manifestações. (FERNANDES; MOREIRA; RIBEIRO, 2016, p. 204).

Identificaram alta convergência das ouvidorias estaduais de saúde com a Ideia-Força utilizada, a despeito de variações no conjunto das respostas. Tratava-se, com isso, de atender à necessidade identificada para verificar o alinhamento dessas instâncias aos princípios defendidos pelo DOGES.

Uma análise sintática da Ideia-Força que desenvolveram parece sugerir uma função de arbitragem à ouvidoria. Os termos ‘instância’ e ‘mediação’ convergem para conotações de iminência, solicitação, autoridade, jurisdição, conciliação, decisão, entre outros do gênero. Remetem a uma ideia de lugar ou posição legítima, capaz e responsável por sugerir ou definir

desfechos diante de um evento. O evento, neste caso, - a própria manifestação, ‘individual ou coletiva’, que ocorre por meio da ouvidoria, ‘sobre um serviço, processo ou produto’. A arbitragem demandada, todavia, não pode ser ‘arbitrária’, senão que, na medida em que a manifestação sobre ‘um serviço, processo ou produto’ é referente a ‘determinada instituição (pública ou privada)’, são os atributos dessa instituição, sua função social, que definem as regras da arbitragem.

Arbitrar, sobretudo, não se encerra na mais popular acepção de julgamento, em que parte(s) envolvida(s) numa disputa vem a ser beneficiada(s) em detrimento da outra(s). Mas comporta entre suas possibilidades a de ‘destinar’, ‘deliberar’. A ouvidoria pode ocupar uma posição suficientemente autônoma para indicar a solução de um litígio, de acordo com as regras que regem as atribuições de ‘determinada instituição’, como pode também, arbitrar a partir do próprio fenômeno da manifestação, deliberando a respeito do tratamento que seu conteúdo requer, aquilo que ele enseja para finalidades diversas, entre elas, o aperfeiçoamento da instituição.

Nesta teorização, não é o indivíduo ou a coletividade a causa da arbitragem, mas o próprio fenômeno da manifestação que a ouvidoria recebe. Manifestação que ocorre por meio de um sujeito, ‘*individual ou coletivo*’, mas este sujeito estará, nesta lógica, sobretudo, no efeito dessa arbitragem, na medida em que nele se imprime suas consequências, enquanto cidadão. As consequências podem ser o exercício de um direito reclamado, sua negativa baseada em fundamentos legais, orientações baseadas em racionalidades institucionais, participação efetiva na avaliação de um ‘um serviço, processo ou produto’.

Eventualmente, esta proposição encontre eco no trabalho de Fernandes, FMB et al. (2016), ao refletirem sobre as potencialidades de práticas inovadoras na concepção e no trabalho das ouvidorias do SUS. Os autores detalham, na definição da Ideia-Força de ouvidoria, as funções de adequação da resposta e utilização de informação e conhecimento. Ressaltam ainda elementos necessários à compreensão de ouvidoria enquanto instância capaz de apresentar potencial inovador. Entre esses elementos, o conceito de ouvidoria ativa permanece ao largo da ideia de arbitragem, que supõe uma atividade basicamente reativa. A não ser que se expanda a compreensão de arbitragem, processamento, mediação e instância, a uma altura que desloque a conotação intuitiva de reação, ou mesmo responsividade, que essas palavras adquirem. Para tanto, alguma outra construção seria necessária, algo que imprima à ouvidoria, entre outras complexidades, o atributo ‘ativa’.

Conceitos ou ideias podem ser insuficientes para isso. Uma alternativa mais consistente poderá se manifestar por meio de um aparato institucional que inclua, entre referências

representativas das funções sociais das Ouvidoria do SUS, a proatividade, a capacidade regulatória, a necessária estruturação, entre outras dimensões capazes de abranger sua relevância no Sistema Único de Saúde. Para além da oferta de referências positivas, um aparato que se dedique a compreender como, de fato, as ouvidorias do SUS manifestam-se em relação aos seus propósitos.

Trata-se de objetivos inclusos na proposta do SNAIOS, que se constitui como sistema de avaliação e promoção das funções precípuas e complexas que se materializam na atividade de ouvidoria por meio da metodologia participativa que encerra. Sua construção e instrumentalização partem de um trabalho de pesquisa analítica sobre a implementação descentralizada de ouvidorias do SUS que, ao longo de quatro anos, identificou a necessidade de se estabelecer um processo para qualificação dessas instâncias (MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO, 2018).

Por isso anuncia-se como uma inovação incremental, na medida em que não envolve rupturas bruscas na abordagem das ouvidorias, que já vinham ocupando espaços de discussão sobre as qualificações que lhes justificam, em diversas ocasiões promovidas pelo DOGES ao longo do século XX. No entanto, a proposta avaliativa que o SNAIOS oferta caracteriza sua inovação também como radical, pois desloca o foco das discussões gerais para a atenção a cada ouvidoria, com suas singularidades todas, além de apresentar a metodologia da autoavaliação como dispositivo propulsor de melhorias sob condução da gestão local.

A concepção de ouvidorias do SUS desenvolvida para o processo de acreditação institucional do SNAIOS baseou-se em duas ideias básicas, uma das quais, patentemente oriunda da Ideia-Força de Fernandes, Moreira e Ribeiro (2016), é considerada a ideia técnica componente. A outra, construída na frágua da elaboração dos textos de referência para o SNAIOS, procurou revelar dimensões políticas das ouvidorias do SUS, suplementando a ideia técnica ao justificar outros qualificativos dessas instâncias:

- a) Ouvidoria como espaço humanizado, institucionalizado e múltiplo. Nesse espaço, de forma individual ou coletiva, os cidadãos exercem seu direito constitucional de participar do SUS. Com isso, passam a influir na gestão do SUS (ações, serviços e práticas em saúde), contribuindo para um Estado mais democrático e mais próximo de suas necessidades; e
- b) Ouvidoria como instância de processamento de manifestação individual ou coletiva sobre um serviço oferecido por uma determinada instituição pública ou privada de saúde. É, portanto, uma instância de mediação, com o objetivo de assegurar práticas, ações e serviços em saúde. (MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO, 2018, p. 10-11).



O Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS (BRASIL, 2014b) abrange sucintamente os aspectos principais destas instâncias. Fernandes, Moreira e Ribeiro (2016), para abordá-las, adotam uma compreensão eminentemente técnica e aplicável às ouvidorias de um modo geral.

Aqui, nesta pesquisa, optou-se por adotar a compreensão desenvolvida pelo SNAIOS, por considerá-la capaz de abranger as duas acepções, complementarmente representativas da categoria. E principalmente por ser a definição que norteia a caracterização do SNAIOS, tanto quanto a referência para interpelar os ouvidores estaduais do SUS nas questões previstas na aplicação da técnica para coleta dos dados primários.

O desenvolvimento do SNAIOS tende a institucionalizar a prática da avaliação de ouvidorias do SUS. A previsível revisão de seus padrões de qualidade, com a contribuição de atores interessados na atuação do Sistema (*stakeholders*), acrescenta razões para considerar a percepção de ouvidores estaduais do SUS, enquanto gerenciadores de instituições que poderão se submeter ao processo de acreditação, a respeito deste Sistema.

Recapitulando as considerações, temos que: As ouvidorias do SUS são herdeiras do processo de descentralização político-administrativa de ações e serviços de saúde pública. São instâncias para a participação popular na avaliação das ações e serviços de saúde e, portanto, na própria gestão do SUS. O atendimento aos usuários que se manifestam através das ouvidorias deve ocorrer de forma a garantir-lhes respostas às suas manifestações, observando princípios da administração pública e outros próprios às especificidades dos processos de ouvidoria. As ouvidorias ainda devem se pautar pelas orientações quanto ao atendimento humanizado, a exemplo das orientações para as ações de assistência. E exercem, junto aos usuários, intervenções que possibilitam a consolidação da garantia de direitos à saúde.

A qualificação da atuação das ouvidorias do SUS faz parte das atribuições de cada ente federativo, em seu âmbito de gestão específico (Secretarias de Saúde, direções de hospitais) e do Ministério da Saúde, através do DOGES. A realização de ações de pesquisa e qualificação dessas instâncias, no DOGES, ocorre, frequentemente, por meio de parcerias com instituições de pesquisa, como a Fiocruz. Uma ação atual, neste sentido, vem se constituindo por uma iniciativa inovadora, - a criação de um Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS (SNAIOS), previsto para operar por meio da avaliação quanti-qualitativa. Mais precisamente, a metodologia em que se baseia a avaliação das ouvidorias do SUS é a pesquisa qualitativa, que no SNAIOS assume a orientação da abordagem construtivista. Esta abordagem permite a compreensão dos processos avaliativos como ações singulares, contextuais e participativas, pois o olhar do avaliador precisa contemplar a realidade específica

da localidade em que a avaliação ocorre e os sujeitos envolvidos nos processos da instituição devem estar implicados na mesma, conscientizando-se das condições e processos de sua intervenção avaliada, refletindo criticamente sobre eles e posicionando-se sobre as potencialidades, limites e necessidades identificados.

Este processo requer, no SNAIOS, a assunção de dois dispositivos, avaliação interna e avaliação externa. O primeiro diz respeito a este movimentos em que os próprios atores da instituição, - ouvidor(a), funcionários, gestor, etc, realizam uma 'auto análise' das condições gerais da ouvidoria, elaborando com isso um relatório de autoavaliação. O SNAIOS oferece como parâmetro, para isso, padrões referenciais de qualidade que orientam o proponente na elaboração de sua autoavaliação e o conseqüente plano de ação para o percurso de um caminho de qualidade. Já a avaliação externa vem agregar a apreciação da agência acreditadora sobre o conjunto do processo, em que a avaliação opera pela triangulação de métodos, buscando uma compreensão ampliada sobre o percurso para a qualificação da ouvidoria, emitindo um parecer final, visando conferir confiança pública àquela instância.

O entendimento de que as políticas e programas são influenciados pelos atores que neles se inserem, direta ou indiretamente, como no caso das instituições que se submetam a processos avaliativos, faz saber que as perspectivas destes atores induzem a configuração destas políticas. E, portanto, conhecer as percepções de ouvidores de saúde é uma ação pertinente à compreensão das influências às quais a política do SNAIOS está sujeita em seu desenvolvimento.

## 4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

O que é o SNAIOS? Como ouvidores estaduais do SUS compreendem este Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS? Que compreensões e expectativas têm estes ouvidores sobre um Sistema em elaboração que objetiva ofertar um ‘percurso de qualidade’ para ouvidorias do SUS a partir de práticas avaliativas singulares?

São estas questões que se procura desenvolver. De uma forma geral, espera-se conhecer a percepção de ouvidores estaduais do SUS a respeito do Sistema Nacional de Acreditação de Ouvidorias do SUS, sendo este, de fato, o objeto da pesquisa, atentando para as perspectivas e desafios que daí depreendam. Com esta aspiração, deseja-se analisar e compreender estas percepções através do discurso destes atores, o que constitui o objetivo amplo da pesquisa, o objetivo geral.

Entre os atores ouvidores passíveis de interpelação para o levantamento de suas percepções, optou-se por ouvidores estaduais do SUS devido a suas inserções em representativos recortes territoriais nas regiões brasileiras, contemplando todas elas e abrangendo a diversidade do país. Supomos ainda que ouvidores estaduais tem oportunidade de acessar com razoável amplitude as condições das ouvidorias do SUS em municípios e instituições de seus estados. Seriam capazes, em alguma medida, de representar a realidade geral destas instâncias, ao se expressarem no momento do levantamento de suas percepções, como previsto no objetivo específico 2, mais adiante delineado.

E, ademais, presumindo a viabilidade da pesquisa no espaço de tempo a ela destinado, considera-se que a abordagem de um representante ouvidor de cada região se acomodaria aos limites temporais para a execução do estudo.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, em que a escolha dos participantes procura abranger sujeitos com experiência em ouvidorias do SUS nas diferentes regiões do país. Portanto, uma preferência voltada para a amplitude e diversidade de expressões discursivas sobre as categorias desenvolvidas. É definido, assim, o número de cinco ouvidores estaduais a serem entrevistados, cada qual inserido em uma distinta região brasileira.

A escolha por acessar sujeitos de distintas regiões deve-se à intenção de alcançar representatividade e amplitude de percepções. Desse modo, centrando-se nesta predileção, as ponderações éticas puderam resguardar o compromisso de manter sigilo quanto a procedência e identidade dos entrevistados, tal como se observa no TCLE (ANEXO B). Esta configuração, por sua vez, inviabiliza a demonstração de resultados por regiões ou entes federados. Alcança-

se um conjunto de percepções que são analisadas em seus sentidos, enquanto os sujeitos que as expressam permanecem indistintos.

A mediação entre os horizontes de ouvidores e pesquisador requer considerarmos a ambos sujeitos históricos, corpóreos, cujas percepções *intencionais* dialogam, na análise e interpretação dos discursos, sobre concepções, experiências e sentidos impressos nos textos discursivos. Quanto aos entrevistados, remonta-se às suas trajetórias enquanto ouvidores estaduais do SUS para legitimar a relevância de suas percepções sobre o SNAIOS. O pesquisador, por sua vez, insere-se neste diálogo enquanto estudioso e participante do projeto, condição que lhe confere seu trabalho no DOGES e seu percurso acadêmico. Assim, a trajetória de ambos sujeitos na lida com os assuntos pertinentes ao estudo envolve a corporeidade e orienta a intencionalidade de suas percepções. Qualifica seus saberes e os faz pertinentes.

Ao cenário político que demandou a elaboração de uma metodologia para avaliação das ouvidorias do SUS, com vistas a contribuir para a qualificação dessas instâncias, soma-se os argumentos que justifica o presente estudo.

Para contemplá-lo, a tarefa foi proposta através de divisões de objetivos, aqui apresentada como etapas da pesquisa onde, para cada ação prevista, segue uma estratégia definida, uma técnica que se adequa à proposição. Etapas constituídas em técnicas, temos na consulta aos documentos pertinentes, na aplicação de procedimentos para coleta de dados primários (entrevistas abertas) e interpretação do material das entrevistas, os meios para analisar os documentos elaborados e os discursos produzidos.

## 4.2 PESQUISA QUALITATIVA

Temos como referência teórica inicial para a discussão das percepções de ouvidores estaduais do SUS as considerações desenvolvidas sobre as categorias analíticas: acreditação, avaliação em saúde e ouvidorias do SUS. Subsidiarão ainda a análise, os materiais que embasaram o SNAIOS, especialmente o livreto “Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS no Brasil: documentos de base” (MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO., 2018), os artigos que se desenvolveram ao longo dos estudos que ensejaram a elaboração do SNAIOS (FERNANDES; MOREIRA; RIBEIRO., 2016; FERNANDES, F.M.B. et al., 2016) e registros de diário de campo. Ao longo do trabalho, um ampliado número de produções se inseriu entre referências, notadamente aquelas necessárias para abordar as categorias empíricas que as entrevistas nos trouxeram. As referências bibliográficas as apresentam por extenso.

Operacionalmente, traçaram-se objetivos e cronograma, propostos para racionalizar e segmentar as etapas do processo da dissertação.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em que a análise e interpretação dos dados coletados se propõe a instrumentalizar a discussão empreendida no capítulo ‘Análise e interpretação’, à luz das teorias identificadas. Não se limitou, contudo, como os achados exigiram, a manter as teorias inicialmente identificadas como referências exclusivas para interpretar os dados. Referências e autores adicionais foram incluídos na análise.

É alheio aos objetivos, enquanto pesquisa qualitativa, “[...] *contar opiniões ou pessoas*[...]” (p. 72), como alerta Gomes(2016). Em acordo com prelúdio desse autor, assume-se um limite relativo à totalidade do material a ser analisado, que não é apresentado integralmente, senão na medida do valor que adquiriu para o empreendimento da dissertação.

Procurou-se identificar as representações socialmente significativas entre os discursos analisados, enfatizá-las e desenvolvê-las em consonância com a própria percepção do pesquisador que sustenta, em alguma medida, propriedade *intencional*, tanto quanto as percepções dos entrevistados, como será definido com Merleau-Ponty.

A pesquisa qualitativa comporta aspectos subjetivos dos participantes.

Esta propriedade leva a entender que a seleção dos discursos e seus excertos expõem posições diversas, como diversos são seus autores. Nesta variedade, não é necessariamente o consenso que decide a ênfase. Ela decorre da relevância que se entendeu adquirir suas narrativas. E, no entanto, a despeito da diversidade de seus autores, estes sujeitos são definidos, igualmente, como um grupo que compartilha lugares sociais comuns, o que levou a identificar que também as convergências de seus discursos indicariam relevância e reconhecimento.

Estas condições de convergências e divergências entre os discursos estimulou a sugerir a possibilidade de abrangência dos resultados, legitimando o título do trabalho. Esta sugestão, contudo, deve ser compreendida como modesta e vigilante. A própria ontologia, no paradigma qualitativo, resgata seu aspecto relativista. Não resta autorizada, portanto a generalização dos achados. Senão que se consideram legítimas as considerações tecidas.

A epistemologia, nas pesquisas qualitativas, afasta-se da tradição positivista e seu viés objetivo e experimental, embora a considere como material passível de agregar-se à análise. Há mais sentido em considerar que o conhecimento se dá por meio de descobertas e criações. Assim, baseou-se em uma abordagem construtivista, seguindo a compreensão de Guba e Lincoln(2006):

[...] Acreditamos que uma porção considerável dos fenômenos sociais consiste em atividades que visem à elaboração de significados realizadas por grupos e indivíduos em torno desses fenômenos. [...]As atividades que visam à elaboração de significados/de sentidos podem ser alteradas quando ficar constatado que estão incompletas, imperfeitas (p. ex., discriminatórias, opressoras, não-liberatórias), ou mal-estruturadas (criadas a partir de dados que se revelam falsos) (p. 172)

Com isso, foram mapeados enunciados que operam, inicialmente, a função de ‘pontos de partida’ para a análise, em um exercício de redução fenomenológica dos discursos, para então empreender-se a discussão dialética com as teorias (apriorísticas, evocadas ou recorrentes).

A redução fenomenológica é o trabalho empreendido pelos fenomenologistas que visa alcançar o material indivisível dos fenômenos. Algumas tradições dessa corrente filosófica assemelham tal achado derradeiro às *essências* dos fenômenos. Não foi essa a compreensão adotada, como exposto adiante, ao detalhar a metodologia da pesquisa, por força da valorização da *corporeidade* e da adoção da fenomenologia de Merleau-Ponty.

Tratou-se, com isso, de alcançar a síntese hermenêutica dos materiais que se dispuseram à análise, identificada pelas considerações apresentadas ao longo do processo, - todo ele um exercício de *análise do discurso*, pelo qual se processaram as narrativas realçadas.

Nessa pesquisa qualitativa, as percepções dos entrevistados adquirem *status* de objeto que se procura compreender, sentidos que se procura interpretar. Para isso, além das teorias aludidas, foram utilizados registros das vivências do pesquisador, enquanto sujeito afeto ao campo de estudo e à prática de desenvolvimento de políticas sociais correlatas. Este é o recurso disponibilizado, materialmente, pelo ‘diário de campo’ da pesquisa, o exercício de atenção e registro de experiências significativamente relevantes ao longo do processo de pesquisa, capazes de envolverem-se entre as análises e interpretações dos textos discursivos.

Pontualmente recorreu-se, ao longo do trabalho, a materiais de diversas fontes para imprimir racionalidade e consistência aos argumentos tecidos. Entende-se que este recurso de amplitude de fontes, somado aos registros do diário de campo, teorias, normativas, prospectos, além das próprias referências para a compreensão da percepção, aproxima-se das atividades de *bricolagem*, como nomeiam Denzin e Lincoln (2006, p. 20-21), referindo-se à uma atividade de integração e significação de achados em uma pesquisa e que, na interpretação de Gurgel (2006), trata-se de uma postura “[...]na qual os pesquisadores qualitativos se utilizam de muitas práticas metodológicas, oriundas das mais diversas áreas do saber[...]” (p. 47). Neste sentido, é um trabalho que recorre à triangulação de métodos, tal como Minayo (2005) recorre em sua abordagem da avaliação de programas sociais.

Entretanto, não se trata de uma pesquisa que vise ‘avaliar’ percepções. Isso poderia remeter à emissão de um juízo de valor ou, em hipótese mais sofisticada, a objetivos pedagógicos. O estudo possibilita, antes, uma análise da política SNAIOS. Uma análise que, para sua substância, contou com a disposição, interesse e protagonismo dos sujeitos entrevistados e suas narrativas.

### 4.3 ETAPAS E PROCEDIMENTOS

Os objetivos geral e específicos são discriminados logo abaixo. Em seguida, seu desenvolvimento. O cronograma previa a análise dos documentos de base entre junho e outubro de 2018, uma vez que, por conta de alterações na agenda do curso, para a apresentação do projeto de pesquisa, demoveu de maio para junho a submissão à banca. Em julho pretendia-se submeter o projeto, já autorizado pela banca de pesquisadores, ao Comitê de Ética em Pesquisa. Entre novembro e dezembro seriam realizadas as entrevistas. Entre novembro e fevereiro de 2019, a análise e interpretação das narrativas (registradas em áudio e transcritas). A escrita da dissertação era prevista entre novembro de 2018 e março de 2019. Finalmente, a apresentação da dissertação ocorreria em maio de 2019.

### 4.4 OBJETIVOS

4.4.1 **Geral** - Analisar a percepção de ouvidores estaduais do SUS sobre o Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS (SNAIOS).

#### 4.4.2 Específicos

4.4.2.1 OE 1 – Caracterizar o projeto do SNAIOS. Esta etapa demandaria a identificação e análise de documentos relacionados ao projeto do Sistema Nacional de Acreditação de Ouvidorias do SUS. A técnica, portanto, seria a de análise documental, utilizando a análise de conteúdo (AC).

4.4.2.2 OE 2 – Levantar a percepção de ouvidores estaduais do SUS sobre o projeto SNAIOS, através do material de seus discursos. Para isso, foi instrumentalizado um roteiro de entrevistas abertas (ANEXO A) que serão aplicadas a estes atores. São estas entrevistas a técnica utilizada.

4.4.2.3 OE 3 – Identificar os desafios e perspectivas para o SNAIOS apreendidos pela análise e interpretação dos discursos dos ouvidores estaduais do SUS, utilizando a análise de discurso (AD).

O desenvolvimento destes objetivos implicou em determinar as etapas para sua consecução, como demonstrado com os objetivos e o cronograma. Desde o princípio, porém, houve imprevistos e adaptações que alteraram etapas e modificaram, em alguma medida, a precisão da projeção. De modo que em junho de 2018 foi a ocasião para apresentação do projeto à banca de pesquisadores para sua qualificação. A partir de então, passou a ser submetido à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) para apreciação e parecer. Abaixo detalha-se, integralmente, as ocorrências que se sobrepuseram entre o planejamento e a efetiva realização da pesquisa.

## 4.5 DESENVOLVIMENTO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

### 4.5.1 Desenvolvimento OE 1

As narrativas produzidas são os documentos oficiais do SNAIOS, - Documento Referencial de Qualidade para Acreditação de Ouvidorias do SUS (R.Q.) e Manual de Acreditação de Ouvidorias do SUS. Tais documentos, elaborados ao longo dos anos 2016 e 2017, apresentam os dispositivos de avaliação utilizados pelo sistema (autoavaliação e avaliação externa) e expressam a relação de parceria entre a academia e o órgão federal (DOGES-Ministério da Saúde). São produções que apresentam parâmetros para a compreensão e funcionamento do SNAIOS, inserido na política geral de ouvidorias do SUS. Integram a publicação “Acreditação institucional de ouvidorias do SUS no Brasil: documentos de base.”(MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO., 2018).

Objeto de avaliação do SNAIOS e objetivo imediato das ações do DOGES, as ouvidorias do SUS e seus profissionais são também atores do Sistema. Estudos sobre eles integraram as referências teóricas e o SNAIOS, especificamente, agregando ao material citado as produções precedentes que se desenvolveram por meio da extensa parceria entre o DOGES e o Departamento de Ciências Sociais da ENPS/Fiocruz-RJ. Especificamente, produções ambientadas na *Análise da implementação descentralizada do Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS*. Especialmente Fernandes, Moreira e Ribeiro (2016) e Fernandes FMB et al.(2016).

Em princípio, projetou-se a caracterização do SNAIOS por meio da análise de conteúdo (AC) dos materiais citados. Pretendia-se desenvolver um capítulo específico para tanto. A opção pela AC se fundamentava devido aos documentos constituírem um registro disponível e legítimo sobre o Sistema e devido à AC permitir uma sistematização de seus conteúdos. O R.Q. e o Manual de Acreditação das Ouvidorias do SUS apresentam a produção discursiva, o texto do qual se pretendia extrair e apresentar categorias temáticas através de seus conteúdos. Com efeito, a AC prevê ou o tratamento estatístico das frequências de palavras num texto ou sua análise por categorias temáticas. Esta última voltada a ‘decifrar’ o conteúdo do texto num trabalho interpretativo. Para este projeto, seria adotada a segunda opção, que permitiria acessar com maior profundidade o sentido contido nos documentos do SNAIOS. Recorrer-se-ia, como referência para esta tarefa, especialmente, ao trabalho de Laurence Bardin (2011).

A extensa trajetória que cobrou o levantamento de dados primários, entretanto, absorveu um período superior ao que fora planejado. As entrevistas, previstas para se encerrarem em 2018, estenderam-se até ao ano seguinte, tanto devido a alterações de agenda que permitiram efetivá-las como devido à solicitação imprevista do Comitê de Ética em Pesquisa, que



demandou a providência de autorização formal para acesso a dados secundários, - banco de dados do DOGES.

Assim, a transcrição e análise das entrevistas tomou um tempo superior ao previsto, coincidindo com o prazo para a apresentação da dissertação. O primeiro objetivo não foi executado. A alternativa encontrada para supri-lo, uma vez que propunha-se recorrer a essa caracterização para realizar a análise e interpretação das entrevistas, foi recorrer aos documentos em seus textos originais. Ademais, entre as categorias teóricas desenvolvidas, quais sejam, acreditação, avaliação em saúde e ouvidorias do SUS, o SNAIOS e sua metodologia de avaliação são abordados reiteradamente como forma de vincular as categorias ao objetivo da pesquisa.

Também foi providenciada uma exposição mais extensa sobre o SNAIOS na apresentação desse trabalho, vinculando sua apreensão ao contexto em que foi criado, ou seja, a identificação da ausência de sistematização para a avaliação das ouvidorias do SUS, os dispositivos da acreditação (autoavaliação e avaliação externa), a identificação dos atores que compõem o sistema, entre outras. E, ainda, diligência adicional, nas considerações teóricas e no capítulo ‘Análise e interpretação’, quando oportuno, para expor fundamentos do SNAIOS.

Ao prescindir do procedimento planejado, que previa uma abordagem hermenêutica por temáticas, as exposições, em contrapartida, procuraram retratar o SNAIOS em reflexos mais especulares. Por isso as referências aos textos originais tornam-se fundamentais.

Convém, de qualquer forma, sugerir as temáticas que, embora não tenham sido desenvolvidas em um capítulo específico, poderiam mostrar-se adequadas para a categorização do SNAIOS: Ciclo de Políticas, que auxilia a compreender a iniciativa do SNAIOS como uma etapa sistêmica da implantação e implementação de políticas públicas, uma vez que se considera a implantação descentralizada das ouvidorias suficientemente sólida para as iniciativas de avaliação; Sistema, enquanto um conceito elaborado em sintonia com o pensamento complexo ou paradigma da complexidade, conforme abordagem de Edgar Nahoum. Derivações dessa compreensão tenderiam a desenvolver o conceito de *rizoma*, da Biologia e da filosofia de Gilles Deleuze e Felix Guatarri; Democracia Participativa, como um exercício de poder, mantenedor de uma forma de governo republicana e responsiva. Haveria, entre referências para este tema, Robert Dahl; Avaliação em Saúde, como disciplina e prática voltada às melhorias de desempenho institucional por meio de atividades inclusivas; Planejamento, enquanto disciplina capaz de sustentar finalidades precípuas de intervenções sociais e apta a adaptar-se às intempéries políticas. Autores como Carlos Mattos, entre outros aos quais se refere o R.Q., embasariam a análise; Educação Permanente em Saúde, enquanto prática que diferencia-se da

educação continuada, amparada exponencialmente pelo autor Ricardo Burg Ceccim; Acreditação, a partir da conformação que essa prática assume no SNAIOS, com uma densa procedência do modelo francês de acreditação pedagógica e representação de uma agência independente, responsável pela instituição de uma prática avaliativa paralela às demandadas avaliações de conformidade e *accountability*; Ouvidorias do SUS, enquanto categoria extensa e relativamente controversa, uma vez que transita entre instrumento de controle e participação social, mas também passível de operar práticas avaliativas, mediações entre políticas, usuários e instituições, além de claudicar entre instrumento de gestão ou poder disciplinar;

Outras temáticas poderiam compor as categorizações pretendidas, entre elas, consistência, conformidade, compromisso, como também poderiam ser agregadas às temáticas mais gerais, como as citadas. Não poderia ausentar-se a temática do poder, especialmente como abordado por Michel Foucault, a partir da compreensão de que este se materializa conforme as relações estabelecidas entre os mecanismos de controle, disciplina e coação.

Permanece a lacuna formal de caracterização do SNAIOS, amenizadas pelas alternativas dispostas, - caracterizá-lo ao longo do trabalho e recorrer aos materiais que o embasam.

#### 4.5.2 Desenvolvimento OE 2

Além dos materiais já disponíveis, as próprias falas (discursos) dos ouvidores entrevistados compõem as narrativas a serem analisadas. Portanto, um roteiro para entrevistas abertas foi elaborado (ANEXO A) e, com sua aplicação, registro em áudio e posterior transcrição, atendeu-se ao segundo objetivo específico.

Tratou-se da coleta dos dados primários para levantar a percepção de ouvidores estaduais do SUS sobre o SNAIOS, considerando as categorias de análise e direcionada a apreender as perspectivas e os desafios que se apresentem ao Sistema.

Foi estabelecido como escopo alcançar um representante de cada uma das cinco regiões brasileiras para serem entrevistados. Para viabilizá-lo, projetou-se recorrer às oportunidades de encontro com ouvidores estaduais do SUS em oficinas do SNAIOS que ocorreriam durante o ano de 2018. Ouvidores de quatro regiões do país participariam desses eventos programados. E, para a quinta região faltante seria demandado o deslocamento do pesquisador até o ouvidor representante daquela região.

Com isso, em 21 de junho de 2018, nas dependências da ENSP/Fiocruz, o projeto foi apresentado, discutido e aprovado pela banca de pesquisadores a que fora submetido para exame. Tratou-se, em seguida, de submetê-lo à apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), por meio do preenchimento de campos e anexação dos documentos

solicitados por aquela comissão. Este trâmite ocorreu exclusivamente por meio do sítio eletrônico <http://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf> (Plataforma Brasil).

A submissão do projeto ao CEP foi devida, uma vez que a pesquisa, envolvendo seres humanos, deve demonstrar atenção aos princípios da bioética, que buscam o equilíbrio entre as ações para o desenvolvimento científico e tecnológico e os aspectos éticos da preservação da qualidade de vida. Este cuidado foi materialmente explicitado por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO B), o qual requereu a assinatura dos participantes que aceitaram conceder as entrevistas.

Subsídia o TCLE os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça e a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 (CNS, 2016), que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Sociais e Humanas cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. Por isso, o TCLE encerra esclarecimentos sobre os potenciais benefícios resultantes da pesquisa, a irrestrita autonomia dos entrevistados em qualquer etapa de sua participação, o zelo do pesquisador para evitar desconfortos ou prejuízos aos sujeitos, o sigilo relativo à procedência e identificação dos participantes, como a utilização estrita dos dados acessados para o desenvolvimento dos objetivos da pesquisa. Entre outros cuidados observados no texto.

Após análise e solicitação de determinadas alterações, o projeto foi aprovado pelo Sistema CEP/CONEP em 26/09/2018, sob registro do protocolo C.A.A.E 95168318.3.0000.5240.

A submissão à CEP/CONEP trouxe a necessidade de algumas adaptações. Especificamente, o parecer consubstanciado do CEP, de 06 de setembro de 2018, discriminou, em suas ‘Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações’:

- 1) Apresentar termo de anuência da DOGES (Departamento de Ouvidoria Geral do SUS), instituição responsável pelos dados;
- 2) No registro de consentimento, nomeado TCLE (TCLE\_revisado.pdf), substituir a menção à Resolução 466/2012 pela Resolução 510/2016, visto que seus preceitos serão utilizados na pesquisa em tela.

As providências para atender tais pendências permitiram que o parecer favorável fosse emitido ao final daquele mês. A solicitação de termo de anuência do DOGES surpreendeu, visto serem consideradas as informações do banco de dados daquele departamento um dado secundário, tanto mais porque elas representariam apenas o quantitativo de ouvidorias implantadas. Porém, como é demais sucinta a solicitação, não havia sem esclarecimentos sobre ela. De qualquer forma, foi atendida sem dificuldades.

Já a substituição da resolução 466/2012 pela 510/2016, embora também se manifeste por meio de uma diligência lacônica, faz correspondência à especificidade que a resolução recente traz para pesquisas qualitativas, muito embora ela reproduza, em muito, os conteúdos da 466/2012. Como explicam Francisco e Santana (2017, p. 74):

[...] a Resolução 510/16 tem como foco as pesquisas qualitativas e não todo o tipo de desenho metodológico de pesquisa que se realiza no âmbito das Ciências Humanas e Sociais. À todo momento são apresentadas as especificidades do campo, apesar delas não serem explicitadas claramente ao longo da resolução. Isso se faz presente logo no preâmbulo da Resolução 510/16:

*Considerando que as Ciências Humanas e Sociais têm especificidades nas suas concepções e práticas de pesquisa, na medida em que nelas prevalece uma aceção pluralista de ciência da qual decorre a adoção de múltiplas perspectivas teórico-metodológicas, bem como lidam com atribuições de significado, práticas e representações, sem intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico.* (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Neste ínterim, as ocasiões previstas para o encontro com os entrevistados não mais se sustentavam, devido às alterações que sofreu a agenda das oficinas do SNAIOS em 2018. Assim, o pesquisador estudou alternativas para sustentar a proposta de acesso a representantes das cinco regiões do país, quando então pôde fazê-lo por meio de deslocamentos adicionais para encontro com entrevistados e proveito de ocasiões que se anunciaram para tanto, além da utilização do *software* Skype.

Com estas estratégias, foi possível manter a proposta e alcançar representantes das cinco regiões, cada qual procedente de um estado, regularmente ouvidores estaduais do SUS. Os sujeitos previstos inicialmente não foram os mesmos que efetivamente concederam as entrevistas, pois a alternativa exigiu adaptações, sem, no entanto, comprometer os propósitos de abrangência territorial e representatividade.

Com cada entrevistado, exceto um, foi feito contato telefônico e encaminhado *e-mail* com uma ‘carta-convite’, apresentando o propósito da entrevista solicitada. Nos mesmos correios, foi anexo o TCLE, para ciência quanto à natureza da proposta e dos parâmetros éticos que a permeiam. Àquele ao qual não foi enviada correspondência eletrônica, igualmente foi apresentado o TCLE, pessoalmente, quando ocorreu o convite verbal para a participação, e o aceite.

Em todos os casos, foram expostos, inicialmente as intenções e os cuidados da pesquisa e solicitado, como opção visível no TCLE, a anuência quanto à gravação da entrevista. Todos os sujeitos convidados aceitaram participar de um encontro com o pesquisador, nos termos mais convenientes para ambos. Os TCLEs foram rubricados e assinados em duas vias, mantidas cada qual com um dos participantes das entrevistas. No caso da utilização do Skype, pesquisador e entrevistado providenciaram as assinaturas, procedendo à digitalização dos termos e enviando

um ao outro a via correspondente. A anuência quanto à gravação foi negada por um dos entrevistados. Neste caso, o pesquisador registrou manualmente a ocorrência do encontro e seus discursos. As demais entrevistas foram gravadas em dispositivo para gravação de voz e posteriormente transcritas na íntegra, para balizar a análise e a escrita.

A qualidade das gravações apresentou-se satisfatória. Muito embora, em alguns poucos trechos das narrações, a nitidez das locuções comprometeu-se, devido à rapidez com que foram expressas. Nesses casos, a compreensão exigiu a repetição reiterada daqueles trechos no processo da transcrição, sendo possível compreendê-los, por fim, ou então registrar sua incompreensão. A utilização do Skype foi satisfatória, igualmente. Porém, alguns cortes regulares no fluxo do áudio tornaram determinados pontos (bastante breves) da gravação interrompidos. Igualmente registrados na transcrição.

Considera-se que estes incidentes não comprometeram os sentidos dos discursos, visto que foram mínimos (cada corte ou intervalo inaudível ocorreram em um intervalo de fração de segundo) e que a extensão das entrevistas permitiu captar os sentidos principais que os entrevistados imprimiram a cada categoria e assuntos suscitados. Ao todo, são aproximadamente cinco horas e quarenta e cinco minutos de gravações, além do registro manual da entrevista que não foi gravada.

Em se tratando de uma pesquisa qualitativa, a estratégia para levantar a percepção dos entrevistados necessitava acessar conteúdos subjetivos desses sujeitos. E ainda, necessitava suscitar nos entrevistados discursos que partissem das categorias elencadas como aquelas mais afeitas à totalidade do fato social que investigamos, o projeto SNAIOS, seu desenvolvimento e prevista implantação.

Entre opções descartadas (como questionários fechados) e disponíveis (como entrevistas semi-estruturadas, abertas ou grupo focal), definiu-se a entrevista aberta como meio de acesso à percepção de ouvidores estaduais do SUS. Entende-se que esta técnica se adequa aos propósitos da pesquisa, ao induzir os sujeitos a manifestarem-se livremente sobre os assuntos apresentados nas questões. Uma vantagem das entrevistas abertas e semi-estruturadas, segundo Boni e Quaresma (2005), é que elas permitem:

[...]uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Além disso, a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas. Elas também são possibilitadoras de uma abertura e proximidade maior entre entrevistador e entrevistado, o que permite ao entrevistador tocar em assuntos mais complexos e delicados, ou seja, quanto menos estruturada a entrevista maior será o favorecimento de uma troca mais afetiva entre as duas partes. Desse modo, estes tipos de entrevista colaboram muito na investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos informantes que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos. As respostas espontâneas dos entrevistados e a maior liberdade que estes têm podem fazer surgir questões inesperadas ao entrevistador que poderão ser de grande utilidade em sua pesquisa. (p. 75).

A entrevista semi-estruturada seria também uma opção viável. Decidiu-se, porém, nesta pesquisa, potencializar o recurso da interação entre entrevistados e entrevistador, por meio daquilo que os autores entendem ser uma consequência da menor estruturação da entrevista, o que permitiria *‘uma troca mais afetiva entre as duas partes’*, visando ampliar as informações que o entrevistado pode apresentar. Aproxima-se, de certa forma, de uma conversação informal e adequa-se aos objetivos exploratórios do estudo. Assim, as questões foram formuladas de maneira a evitar respostas invariáveis ou peremptórias e a incitar nos sujeitos a produção de um discurso singular, conectando-se às interpretações que suas experiências lhes outorgam.

Foram definidos cinco conjuntos de questões. Três deles expressamente relacionados às categorias teóricas identificadas permeando o SNAIOS. Outros dois conjuntos são relativos à caracterização dos sujeitos e àquilo que eles percebem como desafios e perspectivas para o projeto. Ao estabelecer três categorias teóricas, o conjunto de questões que nelas se basearam incluiu algumas (sub)categorias julgadas implícitas naquelas principais, - acreditação, avaliação em saúde e ouvidorias do SUS. Desta forma, na categoria *‘avaliação em saúde’*, por exemplo, foi incluída uma questão sobre a compreensão do conceito de *‘qualidade’* em serviços de saúde, para que a categoria ampla fosse mais extensamente desenvolvida nos discursos. Assim se deu com as demais categorias teóricas, incluindo questões que remetem à experiência dos ouvidores, sobreposição com outras temáticas relacionadas e, principalmente, questões que procuraram relacionar as categorias teóricas entre si, com o objetivo de apreender o conjunto das construções discursivas em um enredo sensível aos objetivos da pesquisa. Neste sentido, há questões que podem ser consideradas de transição entre uma categoria ou tema de interesse e outro.

Esta preparação levou a definir, no capítulo *‘Análise e interpretação’*, cinco *‘blocos’* de questões, cada qual referindo-se: um à caracterização dos sujeitos entrevistados; três às três categorias de análise, e por fim, um bloco que abordasse a apresentação subtítular da pesquisa, - os desafios e perspectivas para o SNAIOS na percepção de ouvidores estaduais do SUS.

### 4.5.3 Desenvolvimento OE 3

Para atender ao terceiro objetivo específico, a partir do material das entrevistas, os dados primários foram analisados visando apreender a percepção destes sujeitos, o que possibilitou interpretar seus discursos e compreender seus sentidos. Para tanto, foi utilizada como meio de interpretação a Análise de Discurso. (PÊCHEUX, 1988, 1993; MACEDO et al., 2008; POSSENTI, 2008; FERREIRA, 2010; GILL, 2008; ORLANDI, 2015).

“[...]As falas e os textos escritos estão impregnados da cultura, do contexto e das intenções daquele que ali se expressa[...]”(MACEDO et al., 2008, p. 649). Ao apresentar aos entrevistados questões que tematizam o SNAIOS e as categorias de análise desta pesquisa, compreende-se que indivíduos singulares e historicamente constituídos produziram discursos pertinentes aos objetivos da pesquisa. Richardson (1999), *apud* Macedo et al.(2008), entende que:

[...]na AD (análise do discurso), falado ou escrito, se encontram aspectos mais amplos sobre o sujeito, pois ali se verificam aspectos relacionados à sua história, às relações que esse tem com as instituições[...]. (p. 652).

Tratou-se de uma escolha condizente com a abordagem qualitativa dos dados primários investigados, em que se procura ressaltar a natureza socialmente construída da realidade. Como afirma Goldenberg(2004), “[...]Os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos[...]”.(p.53).

A AD, ao construir a categoria teórica de sujeito do discurso, desenvolve a ideia de que a fala dos indivíduos (suas produções discursivas) são vinculadas a influências específicas que se aproximam de conceitos de outras ciências como, do Marxismo, a ideologia, enquanto reprodutora da ordem social através das instituições; da Psicanálise, o inconsciente, enquanto indicador de um sujeito desejante e descentrado da consciência e, da Linguística, a linguagem, porém, na AD, com seu sentido peculiar de sentidos que se materializam no discurso.

Para a AD, o sujeito do discurso é deslocado da linguagem, descentrado, e, ao mesmo tempo, expresso materialmente nela por força das ideologias, das instituições. Com isso pretendeu-se, pelas margens e deslocamentos da fala, compreender os sentidos produzidos no discurso. Com o roteiro de entrevistas desejou-se suscitar em indivíduos singulares suas expressões sobre o SNAIOS, sobre desafios e perspectivas que venham a ser identificados a partir de expressões que se apresentem conscientemente mas, sobretudo, não linearmente, na linguagem, donde se espera a manifestação do indivíduo que, ao falar (ou não falar), demonstra materialmente os contextos que o faz sujeito nestes discursos.

A AD atua no sentido de buscar uma compreensão contextual do material analisado, os textos discursivos (narrativas). Essa compreensão parte do princípio de que os textos são produzidos, não existentes a priori. Por isso a sua singularidade. A análise e interpretação dos discursos, igualmente, têm caráter localizado, contextual. Não se propõe a generalizar achados, uma vez que encontra na singularidade das produções discursivas oportunidade de relacioná-las aos sentidos possíveis entre as construções teóricas utilizadas. Como explica Orlandi:

O objeto discursivo não é dado, ele supõe um trabalho do analista e para se chegar a ele é preciso, numa primeira etapa de análise, converter a superfície linguística (o corpus bruto), o dado empírico, de um discurso concreto, em um objeto teórico, isto é, um objeto linguisticamente de-superficializado, produzido por uma primeira abordagem analítica que trata criticamente a impressão de “realidade” do pensamento, ilusão que sobrepõe palavras, ideias e coisas. (ORLANDI, 2015, pág 64).

O ‘objeto teórico’ a que se refere Orlandi corresponde às categorias empíricas deduzidas das formações discursivas, identificadas como subcapítulos do capítulo ‘Análise e interpretação’. Neste ponto foi articulada a AD com a perspectiva de percepção adotada a partir de Merleau-Ponty e sua fenomenologia. Este autor, ao dissentir da tradição fenomenológica anterior, compreende que os fenômenos, e a tentativa de precisá-los, não prescindem de um arcabouço experiencial daquele(s) que os percebe(m). Caso contrário, abdicar-se-ia da disposição para construções teóricas sobre o mundo, em um exercício de redução dos fenômenos às coisas mesmas, às essências. Merleau-Ponty desacredita o sucesso da redução fenomenológica como um meio de acesso às coisas mesmas, em seus termos. Mas o entende como um exercício de interlúdio mediado. Como explica Capalbo (2007), “[...] *A redução não nos separa nem nos retira do mundo; ela necessita que nos afastemos, que nos distanciemos, embora permaneçamos sempre ligados ao mundo. [...]*” (p. 43).

Assim, entende-se, por essa ótica, que a percepção se dá na dependência da corporeidade, pela qual o sujeito cognoscente é constituído, acessado e condicionado em *direção a*, no ato de perceber. A circunscrição corpórea e os lugares sociais ocupados é que permitem a manifestação do conhecimento. É o que permite conduzir a reflexão fenomenológica em direção (ou de volta) à existência, não às ‘essências’.

Compreende-se que o sujeito cognoscente não se encontra como espectador absoluto, mas a consciência se dá e exprime-se justamente por razão da experiência, de onde se entende que a primazia da percepção é o primado da experiência e base de toda consciência. Por isso, a noção de intencionalidade torna-se importante, tanto para caracterizar a percepção do pesquisador sobre os discursos, como para apoiar a análise das narrativas que se formam entre os discursos dos entrevistados.



Intencionalidade, no sentido particular adotado pela fenomenologia, difere de sua habitual similaridade com volição. É, neste caso, reputada como *consciência de* (coisas, objetos, físicos ou não), ou o movimento da consciência em *direção a*. (GONÇALVES et al., 2008)

A definição de bases mais ‘sensíveis’ nos discursos resultou no tratamento analítico e interpretativo do pesquisador, a partir de uma consciência de fenômenos, vinculada às suas relações contextuais, teóricas e vivenciais acerca dos objetos estudados, que lhe permitem nomear as referências das narrativas. A partir de uma *corporeidade* cujas experiências são circunscritas à sua relação com os assuntos estudados e limitadas por sua experiência geral, sua percepção faculta à consciência aquilo que a experiência concreta lhe autoriza.

Assim, a percepção, apoiando-se na hermenêutica fenomenológica de Merleau-Ponty (1990; 1999; 2006.) e trabalhos relacionados (CAPALBO, 2007; GONÇALVES et al., 2008; ALVES; RABELO; Souza., 2014), não é casual, mas intencional, e se dá historicamente.

A consciência, capaz de significar fenômenos, está condicionada à percepção daquilo que atravessa os sujeitos em um nível corpóreo, na dependência de suas trajetórias históricas. Ao adotar Merleau-Ponty como referência para a compreensão da percepção, isto se dá em consonância com este entendimento, diferente das concepções que pretendem auferir à consciência a capacidade de alcançar a essência metafísica dos fenômenos. Ao contrário, entende-se que a dependência das experiências e da corporeidade imprime à percepção uma vinculação *intencional*, dependente de sua ligação com o mundo vivo (*Lebenswelt*). É por meio do mundo que se desenvolve a percepção.

A busca pela compreensão das percepções de ouvintes do SUS é permeada pela interação pesquisador/entrevistado, pois “[...] *compreender significa, em última instância, empreender um diálogo com o "outro", através de uma mediação histórica - e, portanto, mutável - presente no encontro entre horizontes distintos.*” (ALVES; RABELO; SOUZA., 2014, p. 181).

Estas referências associam-se à AD para a análise e compreensão dos discursos produzidos, em uma abordagem hermenêutica subjacente à pesquisa qualitativa.

[...]é melhor entendermos a investigação qualitativa como um terreno ou uma arena para a crítica científica social do que como um tipo específico de teoria social, metodologia ou filosofia. (SCHWANDT, 2006, p. 194).

A definição das categorias empíricas correspondeu ao exercício de redução fenomenológica. Deste lugar de *ser-no-mundo* é que se procurou identificar os fenômenos, pois é por esta corporeidade que o mundo se apresenta. Aqui está a intersecção com o ‘objeto teórico’ de Orlandi, que se desenvolve em abordagens analíticas. O discurso bruto foi

transformado em um anúncio plausível, que, na maioria dos casos, mostrou-se capaz de comunicar-se com as categorias analíticas. Entende-se haver sinalizado, pela percepção do analista, vinculações com significados socialmente relevantes entre as construções empíricas.

Por isso, a redução fenomenológica não se limitou às categorias analíticas elencadas à priori. De fato, as categorias empíricas coincidiram, em alguns casos, com variações das temáticas: avaliação em saúde, ouvidorias do SUS ou acreditação. Em outros, definiram anúncios ausentes ou secundários no desenvolvimento teórico que embasou o estudo. Este é o caso de temas como ‘descentralização’, ‘gramáticas’ ou ‘federalismo’. Nestes casos, o pesquisador necessitou introduzir as ideias centrais dos anúncios e recorrer a autores adicionais, além daqueles utilizados no desenvolvimento das categorias analíticas, para os procedimentos de análise e interpretação. De modo que os anúncios, que constituem subcapítulos da análise e interpretação, procuram sinalizar, a um só tempo, as categorias empíricas, a redução fenomenológica e os objetos teóricos de Orlandi.

Os anúncios não recorrem, necessariamente, a subtemas das categorias. São, sobretudo, resultados das tentativas de reduzir os sentidos principais (os enunciados) das narrativas em imagens, substantivos, locuções, neologismos ou mesmo metáforas que, no exercício de análise e interpretação, desenvolvem-se e procuram demonstrar os sentidos das formações discursivas, nas narrativas que se expõem pelo evento da fala. A partir daí, considerando serem os anúncios os enunciados a serem compreendidos em sua singularidade, empreendeu-se o trabalho de identificar as relações que se estabelecem com outras teorias, conhecimentos e registros acessados. Esse exercício visou distinguir os sentidos que se apresentaram e as possíveis diferenciações que eles exibem em relação aos dogmas já estabelecidos sobre as temáticas gerais. Propriamente, com a definição desses enunciados, passaram a ser analisados os discursos.

A AD tem sido utilizada, em diferentes disciplinas, para analisar materiais cujos sentidos possíveis vão além de sua simples comunicação. Entende-se que a linguagem enuncia sentidos mais amplos que os conteúdos de sua apresentação. As diferentes perspectivas que a adotam possuem variadas tradições teóricas, o que torna a AD um recurso associado a uma diversidade de enfoques no estudo dos textos. Por isso, não se entende haver apenas uma modalidade de AD.

[...]O que estas perspectivas partilham é uma rejeição da noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir, ou descrever o mundo, é uma convicção da importância central do discurso na construção da vida social.[...] (GILL, 2008, p. 244).

Em qualquer dos casos, porém, tem-se como eixo de análise as ‘formações discursivas’ que denotam sentidos nas narrativas. Como apresentado, a AD, ao forjar a categoria do ‘sujeito do discurso’, reavalia as possibilidades contidas no ato da fala, para além de sua função comunicativa. Tal como explica Foucault (2005):

Examinando o enunciado, o que se descobriu foi uma função que se apoia em conjuntos de signos, que não se identifica nem com a "aceitabilidade" gramatical, nem com a correção lógica, e que requer, para se realizar, um referencial (que não é exatamente um fato, um estado de coisas, nem mesmo um objeto, mas um princípio de diferenciação); um sujeito (não a consciência que fala, não o autor da formulação, mas uma posição que pode ser ocupada, sob certas condições, por indivíduos indiferentes); um campo associado (que não é o contexto real da formulação, a situação na qual foi articulada, mas um domínio de coexistência para outros enunciados); uma materialidade (que não é apenas a substância ou o suporte da articulação, mas um status, regras de transcrição, possibilidades de uso ou de reutilização). Ora, o que se descreveu sob o nome formação discursiva constitui, em sentido estrito, grupos de enunciados, isto é, conjuntos de performances verbais que não estão ligadas entre si, no nível das frases, por laços gramaticais (sintáticos ou semânticos); que não estão ligados entre si, no nível das proposições, por laços lógicos (de coerência formal ou encadeamentos conceituais); que tampouco estão ligados, no nível das formulações, por laços psicológicos (seja a identidade das formas de consciência, a constância das mentalidades, ou a repetição de um projeto); mas que estão ligados no nível dos enunciados[...] (p. 130-131).

Com isso, foram definidos os ‘objetos teóricos’ analisados. Eles se dão pela identificação fenomênica daquilo que trazem as narrativas. Mas não se sustentam apenas pelos fenômenos, pelo aparente, senão que prescindir-se-ia das teorias que os sustentam, refutam ou problematizam. Os discursos foram também relacionados uns aos outros, tanto para encontrar correspondências e complementaridades conceituais sobre as categorias (analíticas ou empíricas), quanto para identificar suas divergências, em um movimento analítico que buscou alcançar uma síntese hermenêutica.

Esta síntese ocorre, basicamente, entre cada excerto de discurso ou conjunto de discursos que são expostos à análise. Entretanto, é imprescindível a leitura completa do capítulo para que sua identificação seja acessível, visto que o tratamento analítico ocorre sobre o material em sua integralidade.

Deve-se acrescentar que os ‘objetos teóricos’ não recebem todos a mesma dedicação antitética e, por consequência, uma síntese hermenêutica. Alguns avançam pouco além da descrição. Mas decidiu-se por expressá-los por algumas razões. Por um lado, eles associam-se a outros objetos, categorias ou fenômenos que se desenvolvem ao longo da análise. Por outro lado, a opção por exibí-los também se deve ao cuidado de preservar a abrangência das manifestações dos ouvidores diante das características que pesquisas fundamentadas na análise subjetiva comporta, especialmente no risco de a hermenêutica ser levada a tal patamar que destoe, muito difusamente, dos sentidos mais originários das falas.

Nesse caso, a tradição e preconceitos do analista poderiam obscurecer o horizonte de seu interlocutor, seu entrevistado. Não se supõe, de qualquer forma, alcançar com isso, um ultimato objetivante, senão que proceder a uma medida de equilíbrio e manter visível o cenário das entrevistas e os horizontes dos sujeitos. Ainda que, com esse cuidado, enfatize-se a primazia da experiência, os objetos e imagens resultantes dessas descrições, não alcançam as manifestações como reflexos especulares. Como consideram Alves, Rabelo e Souza (2014):

[...]Se as ciências sociais podem revelar algo que não está contido nas autointerpretações dos agentes não é porque desvendam sentidos ocultos, mas porque o entendimento que produzem envolve o encontro de dois horizontes distintos; é guiado por uma interpelação e se processa no jogo de pergunta e resposta, reconhecimento e descoberta. [...] (p. 196).

Embora as ‘considerações finais’ que encerram o capítulo procurem sumarizar a extensa discussão empreendida e sintetizar a compreensão sobre as percepções dos sujeitos entrevistados, não são suficientes para apresentar ao leitor os caminhos percorridos até elas. De modo geral, desde o primeiro capítulo, até ao final do trabalho, será o conjunto total dessa dissertação o que determina sua coerência.

## 5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Tal como apresentado no capítulo ‘**ASPECTOS METODOLÓGICOS**’, os sujeitos entrevistados são ouvidores estaduais do SUS, cada qual atuante em estado federativo de distinta região geográfica no território nacional. Esta foi a estratégia logística, na metodologia da pesquisa, para alcançar representatividade, uma opção voltada para a amplitude e diversidade de expressões discursivas sobre as categorias desenvolvidas.

Com essa configuração, e pela técnica da entrevista aberta, os ouvidores ofereceram os materiais discursivos evocados conforme as categorias investigadas, como também estiveram ‘livres’ para manifestar, em seus discursos, associações desprendidas, que resultaram na identificação das categorias empíricas desenvolvidas na análise e interpretação do material.

A interpretação das expressões discursivas dos ouvidores alinha-se à estratégia da pesquisa qualitativa, que investe em recursos de consistência argumentativa para validar sua legitimidade.

Às ouvidorias estaduais do SUS, como às demais ouvidorias do SUS em cada ente federativo, compete, como define a Portaria 2.416/2014 (BRASIL, 2014d) em seu artigo 5º:

- I - analisar, de forma permanente, as necessidades e os interesses dos usuários do SUS, recebidos por meio de sugestões, denúncias, elogios e reclamações relativas às ações e serviços de saúde prestados pelo SUS;
- II - detectar, mediante procedimentos de ouvidoria, as reclamações, sugestões, elogios e denúncias, para subsidiar a avaliação das ações e serviços de saúde pelos órgãos competentes;
- III - encaminhar as denúncias aos órgãos e unidades da Secretaria de Saúde ou congêneres para as providências necessárias;
- IV - realizar a mediação administrativa junto às unidades administrativas do órgão com vistas à correta, objetiva e ágil instrução das demandas apresentadas pelos cidadãos, bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta ao demandante;
- V - informar, sensibilizar e orientar o cidadão para a participação e o controle social dos serviços públicos de saúde;
- VI - informar os direitos e deveres dos usuários do SUS; e
- VII - elaborar relatórios contendo subsídios que contribuam para os gestores do SUS solucionarem, minimizarem e equacionarem as deficiências do SUS identificadas e apontadas pelo cidadão.

Em seu artigo 2º, a portaria atribui tais competências junto aos objetivos que prevê para as ouvidorias do SUS:

Art. 2º Os serviços de ouvidoria do SUS têm como objetivo aprimorar o acesso, pelos cidadãos, às informações sobre o direito à saúde e ao seu exercício e possibilitar a avaliação permanente dos serviços de saúde, com vistas ao aprimoramento da gestão do SUS.

A faixa etária dos sujeitos encontra-se no intervalo de 30 a 60 anos. A maior parte dos entrevistados atua na função de ouvidor estadual do SUS há mais de 5 anos. Seus vínculos profissionais com as Secretarias Estaduais de Saúde são variados. Há sujeitos cujo acesso para atuação na SES ocorre exclusivamente por meio da função ou cargo de confiança enquanto há aquele(a)s que pertencem ao quadro funcional da Secretaria e passaram a ocupar a função de ouvidor(a) a partir de dado momento.

Todo(a)s o(a)s entrevistados têm formação superior. Em sua maioria, os sujeitos concluíram estudos de pós-graduação. Nestes casos, o tema 'saúde' fez parte desses currículos, em alguma medida.

Algumas considerações adicionais serão úteis à caracterização dos sujeitos.

Embora as competências da Portaria (BRASIL, 2014d) não discriminem e, tampouco a Constituição Federal defina, conforma-se, na maioria dos estados, uma atividade habitual aos ouvidores estaduais do SUS, - o apoio aos municípios de seu estado na implantação e implementação de ouvidorias de saúde. Essa atividade é muitas vezes, requerida e absorvida pelos ouvidores prontamente, como também incentivada pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Incentivo federal recente para esse apoio aos municípios, por meio do Estado, foi a edição da Portaria 1.975/2018, que

Estabelece incentivo financeiro destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS - ParticipaSUS, com foco na implantação, descentralização e qualificação das Ouvidorias do SUS. (BRASIL, 2018c).

Em relação ao SNAIOS, todos os estados e diversos municípios participaram de atividades relacionadas à divulgação, elaboração ou experimentação das bases, metodologias e instrumentos do SNAIOS, por meio de seus ouvidores de saúde. De forma a considerar-se que a esses atores, em diferentes graus de frequência, aproximação e profundidade, o projeto de acreditação das ouvidorias do SUS foi exposto ao longo dos anos 2016, 2017 e 2018.

Neste capítulo, os entrevistados são referenciados E1, E2, E3, E4 e E5.

## 5.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

### 5.2.1 Avaliação: conceito estimado, práticas dispersas

O que apresentam as entrevistas a respeito da avaliação em saúde leva a reconhecer as diferentes aplicações que a disciplina assume ao longo de seu desenvolvimento e na experiência dos ouvidores sem, no entanto, apropriarem-se eles, na maioria dos casos, de fundamentações teórico-metodológicas definidas. Há uma grande variação em relação à aproximação de práticas

avaliativas, desde a ausência completa de experiências até algum grau de institucionalização e prática habitual.

[...] eu acho que todo...todo projeto, tudo que você faz em saúde, como em qualquer outra área, tem que ser avaliado e monitorado. Porque você tem que saber se tá dando resultado, se tá dando certo, onde é que você pode melhorar, o que que você pode fazer. Então, eu acho, se você não faz uma avaliação daquilo que você tá fazendo, cê não vai ter como saber.(E2).

Parece haver unanimidade quanto à valorização da avaliação para operar melhorias nos serviços de saúde, seja pela declaração explícita de seu valor, seja pela exposição de experiências práticas que produzem resultados capazes de promover ações propositivas para o aperfeiçoamento de serviços. Tal é o caso relatado em que, por meio do levantamento de percepção de gestores e trabalhadores acerca da ouvidoria, foi possível identificar que ela não era compreendida como ‘instrumento de gestão’ ou que poderia ser acessada pelos trabalhadores da instituição. Estes conhecimentos orientariam intervenções mais ‘cirúrgicas’ na comunicação sobre a ouvidoria.

A avaliação enquanto mecanismo de *accountability* surge nas entrevistas de forma menos expressiva, mas foi relatada entre as experiências como consequência do aperfeiçoamento de indicadores para avaliação de intervenções, vinculando repasse de recursos financeiros do Estado aos resultados alcançados.

Característica explícita nos discursos sobre a categoria é a predominância de significados voltados às funções de aferição de desempenho e resultados. Isso ocorre tanto nos discursos que não citam prática efetiva, mas vislumbres do que seria e a que se propõe a avaliação, como também nas práticas declaradas. Entretanto, entre os sujeitos para os quais experiências de avaliação não se apresentam em seu percurso profissional, aquelas mesmas funções mostraram-se mais circunscritas. Já aqueles que, de alguma forma, pontual ou regularmente, relataram envolvimento com atividades avaliativas, adicionam conteúdos mais complexos e subjetivos à prática. Entre as experiências efetivas, ainda, os relatos trazem alguma medida de envolvimento institucional da SES e de atores externos, como instituições de pesquisa e de avaliação.

Este panorama aproxima-se da concepção ampla de Contandriopoulos et al.(2000), *apud* Contandriopoulos, 2006, p. 706), sobre a avaliação em saúde, embora não haja elementos suficientes para afirmar que há, nas experiências, o conjunto dos requisitos que este autor inclui em sua definição, na qual a ela consiste:

[...] fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas - avaliação normativa - ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico - pesquisa avaliativa.

A definição de Minayo (2006) sobre a avaliação por triangulação de métodos mostra-se deveras sofisticada para ser sintonizada aos relatos dos entrevistados, muito embora, em termos de conteúdos teóricos, alguma aproximação pode ser demonstrada, como a compreensão de que há aspectos subjetivos e objetivos envolvidos nas avaliações em saúde. Por outro lado, a prática da autoavaliação como atividade integrada aos procedimentos e a equalização dos achados quantitativos e qualitativos integra a sofisticação dessa modalidade de avaliação, ausente nos relatos, assim como a interdisciplinaridade requerida entre os avaliadores ou as etapas de definições coletivas.

Algumas experiências demonstram graus de sofisticação, sistematização e institucionalização mais decantados, especialmente entre profissionais mais experientes na área da saúde e na ouvidoria do SUS. Entre essas experiências, há espaço para a menção à discussão de processos e presença de atores mais variados no andamento da avaliação, cujas manifestações são incorporadas, de alguma forma, às estratégias de sua execução. De forma que é possível supor a presença de um amadurecimento de práticas e tendências avaliativas no conjunto das experiências, se considerada a proposta de Guba e Lincoln (1989) sobre a geração das avaliações. Uma variante seria a experiência profissional, mas também a cultura institucional e o posicionamento dos ouvidores diante dos usos das avaliações, como por exemplo, em alguns casos, a defesa de sua prática como *accountability*.

Em geral, o reconhecimento ou a valorização da avaliação, como procedimento necessário e bem-vindo, apresenta uma densidade de sua ideia no interior do serviço público, sem, no entanto, concebê-la por meio de um conceito explícito.

Em alguns casos ela será identificada junto à atividade de planejamento, um de seus sentidos associados, mas não regularmente enfatizado em todos os discursos. A maioria dos exemplos e relatos conduz à prática da avaliação como busca de informações relacionadas a resultados, desempenho e oportunidade de empreender melhorias nas ações e serviços de saúde.

O conceito em si, que no conjunto das entrevistas, apresentou-se mais estimado que definido, parece demonstrar que a avaliação em saúde, enquanto um campo específico do conhecimento, é inserido nas experiências dos entrevistados muito mais como práticas



dispersas, com variados graus de incorporação, do que como uma disciplina em si. E, no entanto, tais práticas sinalizam uma inserção efetiva de experiências com avaliação, associada às burocracias e estratégias estatais. Demonstrem, positivamente, a presença das atividades de avaliação, mais rotineiras para alguns, valorizadas no conjunto. Permite um vislumbre da incorporação da disciplina em meio às funções de governo, eventualmente capaz de se apresentar entre os números crescentes apresentados por Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011) e Furtado et. al. (2018) sobre o reflexo da valorização de pesquisas avaliativas pela gestão, na esfera pública. Indicam, de qualquer forma, que a incorporação da prática, sua institucionalização, permanece em andamento.

### 5.2.2 Parâmetros para a qualidade

A perspectiva de qualidade nos serviços de saúde, especialmente entre os sujeitos que relataram envolvimento com atividades de avaliação, pôde ser estendida e expressa de forma mais relativa, contextual, dependente de parâmetros e dimensões:

Uma questão de percepção individual. O que é bom para um, pode não ser bom para você. Por exemplo, ao se falar de infraestrutura, não há muita variedade. Se um lugar está limpo ou sujo, se está bem localizado ou não, isso é objetivo... Existe o campo da subjetividade que já não é tão simples. A opinião sobre um atendimento realizado pode variar de uma pessoa para outra.[...] O usuário do SUS, muitas vezes, concebe a assistência que recebe como um favor, e não um direito. Isso faz diferença na hora de avaliar. Quem tem uma concepção de direito tende a ser mais exigente. Quem tem uma concepção de favor tende a ser menos exigente.(E3).

Além do aspecto subjetivo destacado, o discurso aborda questão sensível à solidez das políticas de saúde pública no Brasil, tratando de aduzir à cultura do clientelismo que influencia diversas representações de objetos sociais. Neste caso, a própria referência de qualidade apresenta-se condicionada à concepção de direitos (ou favores) compreendida por usuários de serviços de saúde em geral, e do SUS, em particular. Embora não detalhe os critérios que se associariam à perspectiva ‘exigente’ de quem conhece direitos, resta evidente a percepção de que é nesse caso que há uma possibilidade mais expressiva de avaliação do usuário. No caso da assistência concebida como favor, entendemos que tende a refletir direto efeito de derivações da herança clientelista no contexto político do SUS. Como escreve Delgado, “[...] *uma tradição incólume de prestadores de favores é o que possibilita ao Estado, capturado pela gramática da tradição, tornar a política um território inalcançável pela cidadania*[...]” (NUNES, 2010, p. 13-14).

Ao usuário que ‘introjeta’ a assistência pública de saúde como favor, os parâmetros para qualidade dos serviços não geram polêmicas ou discussões sobre o tipo de referência(s)

utilizada(s), pois ela pode se resumir ao atendimento de suas necessidades, sem evocar a abstração do usuário.

É algo significativo na medida em que o SUS, porquanto represente um avanço social significativo, destoando das tendências neoliberais que dominaram o governo brasileiro na década de 90, ainda apresenta grandes problemas relacionados à qualidade de seus serviços. A percepção de seus usuários sobre a oferta de seus serviços é informação sensível para estudos e proposição de melhorias e defesa do SUS. O levantamento de suas percepções e o percurso previsto para a divulgação dos resultados desses estudos, integraria prática avaliativa legítima, potencialmente promotora de mudanças necessárias.

A alusão ao cumprimento de aspectos contratuais da oferta de serviços mantém, de qualquer forma, um condicionante subjetivo à definição de qualidade:

[...]Eu acho que a qualidade ela tem muito a ver com isso, no que é combinado e é executado, e é feito, na percepção que a pessoa tem, que é o lado de quem tá usando, né... e nos resultados que a... que a gestão...nas ações que a...que quem é de responsabilidade tem que tomar para aquilo realmente ser feito, né. Então eu acho que é um pouco diverso aí. Não dá pra fechar o que é qualidade. (E4).

A menção direta às responsabilidades da gestão de saúde relacionada à qualidade remete tanto à legitimidade desse papel como, principalmente, no discurso, à confiança pública que sua responsabilidade corresponde. Em qualquer esfera federada, e mesmo nas instituições setorizadas, como hospitais, o gestor é legalmente imbuído de atribuições gerais e específicas, quando em face do direito dos usuários. A estrutura das organizações e as estratégias institucionais, por sua vez, delegam poderes e atribuições que, em alguma medida, ‘descentralizam’ as ações e as responsabilidades entre cargos, funções e papéis especializados.

### 5.2.3 Oriente da gestão

Um grande desafio para a instituição de saúde encontra-se em gerenciar toda este aparato de uma forma que alcance o atendimento adequado das demandas diversas dos setores encarregados pela administração das ações e serviços de saúde em sua própria organização e escopo. Do lugar do usuário, no entanto, é visível, principalmente, o atendimento de suas necessidades. A reputação da gestão, por conseguinte, sofre alta influência da opinião desse ator, mesmo porque, no final das contas, essas necessidades encontram-se com direitos, o que encarga incontestável legitimidade ao cumprimento de seus deveres.

A complexidade envolvida nas tarefas de gestão atravessa incontáveis contextos, desde o gerenciamento das macropolíticas de âmbito nacional, com suas formas de pactuações e divisão ou concorrência de responsabilidades entre os entes federativos, os limites de

financiamento, os entraves burocráticos possíveis, até as consequências da política de descentralização do SUS conjuminada à Reforma do Estado “[...]de caráter liberal hegemônica nos anos 90, que colide com os princípios da Reforma Sanitária brasileira, de universalidade, integralidade, igualdade e equidade[...]” (MACHADO; LIMA; BATISTA., 2007, p. 160).

A complexidade e especialidade envolvidas na administração da saúde pública tornou esse campo uma modalidade específica de formação, baseada em conhecimentos da Administração, Ciência Política e Sociologia.

É possível identificar no discurso um sentido factual para abordar a qualidade a partir da responsabilidade assumida perante o usuário e considerar a complexidade que essa instância incorpora. A qualidade, como consequência, estaria relacionada à medida da assunção dos deveres do gestor e sua sintonia com os direitos dos usuários. De um modo mais amplo, seria a própria qualidade do sistema de saúde, em seu aspecto contratual com a população, a abordagem do discurso. Há um critério de conformidade enfatizado nele, que pode ser resumido no cumprimento das obrigações da gestão, para o qual o indicador seria o atendimento dos direitos dos usuários. No entanto, o aspecto subjetivo da percepção do usuário inquieta a simplicidade da correspondência. É o que se relaciona com a conclusão de que ‘*Não dá pra fechar o que é qualidade*’.

O que seria, afinal, um gestor no SUS? Como expõem Machado, Lima e Batista (2007):

[...]Mais do que um administrador, o gestor do SUS é a autoridade sanitária em cada esfera de governo, cuja ação política e técnica deve estar pautada pelos princípios da reforma sanitária brasileira[...] (p. 147).

A Reforma Sanitária no Brasil enfatiza, justamente, elevando ao *status* de direito universal, a saúde dos cidadãos. Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde que a célebre máxima ‘Saúde como direito’ ocupou tema central do evento, resultando na reformulação do sistema de saúde nacional. Com isso, as deliberações incluíram-se na Constituição Federal, em seu artigo 196, onde acrescenta-se que, além de um direito de todos, é dever do Estado a sua promoção, proteção e recuperação.

De modo que, mesmo que sejam identificáveis as agruras pelas quais podem transitar os gestores, nas tarefas de compatibilizar demandas técnicas, políticas, entre outras, o aspecto contratual do direito à saúde remete a este lugar institucional, Ainda que o aspecto subjetivo, na avaliação do usuário, possa fazer difusa a compreensão sobre a qualidade, há regularizações objetivas que, tanto ao ouvidor como ao gestor, necessitam estar evidentes para que seus posicionamentos diante das questões de direito estejam consonantes com as funções

institucionais. Não por acaso, a ouvidoria comporta entre suas rotinas, atividades de orientação aos usuários apoiadas nos regramentos de funcionamento do sistema de saúde.

O SNAIOS aborda em seu R.Q. a gestão como um dos componentes que integram a trajetória do processo avaliativo das ouvidorias do SUS, pois é em sua agenda que ele se insere, ocasionando impactos de mão dupla, “[...] *mediante o desenvolvimento de ações de qualidade*[...]” (MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO, 2018, p. 11) na atuação das ouvidorias do SUS.

Já o aspecto subjetivo da qualidade, pode-se dizer que é a ‘alma’ do SNAIOS, com a apresentação do seu ‘caminho da qualidade’ norteado pelo dispositivo da autoavaliação e por padrões referenciais que demandam técnicas de verificação normativa inseridas em uma metodologia tipicamente qualitativa. Esta é a qualidade que envolve ‘negociação’, capacidades negociais de atores diversos que decidirão os caminhos para a atuação qualificada da ouvidoria. Não é a mesma qualidade que deve pautar o compromisso da gestão com o direito à saúde. Este é um postulado do SUS, a partir da Reforma Sanitária, por princípio, inegociável.

#### 5.2.4 Acesso e conformidades

De outra forma, a qualidade foi também descrita por meio de parâmetros mais objetivos, expandindo sua perspectiva para subdimensões de acesso aos serviços de saúde:

[...]qualidade nos serviços de saúde tem como refletir tantas coisas. [...]o tempo para ser atendido[...] disponibilidade de equipamento, de material[...]Num sei, a qualidade, pra mim, de serviço de saúde acho que seria aquela que o cidadão proc... pudesse procurar e pudesse ter as suas demandas atendidas...sabe[...]Então, qualidade de atendimento acho que...é todo um conjunto de situações, é o treinamento, é a capacitação dos profissionais que atendem[...] é o cidadão tá satisfeito com o atendimento que recebe. Mas pra ele estar satisfeito, ele tem que ser atendido. Ele não pode ficar oito meses numa fila para fazer uma cirurgia ortopédica. Ele não pode ficar...quarenta dias, seis meses, esperando uma ressonância magnética[...]; (E1).

Entende-se haver nesse discurso representação intuitiva e tradicional da percepção sobre qualidade. É possível encontrar uma direção estruturante de concepção donabediana, na medida em que cita subdimensões de qualidade em uma dimensão de acesso, sugerindo critérios mensuráveis. A descrição da ambiência remete às situações de assistência à saúde, na perspectiva do entrevistado e, na perspectiva de usuário, como avatar na experiência de acesso.

Esta compreensão alinha-se às práticas preponderantes de procedimentos avaliativos e, especialmente, ao referir-se ao ambiente da assistência, encontra amplo respaldo de estruturação normativa na abordagem da qualidade, com correspondência em práticas e reproduções pedagógicas das formulações e metodologias tradicionais.

A compreensão da qualidade dimensionada por subdimensões de acesso comporta divisões estruturais comumente elencadas na tríade estrutura, processos e resultados, assim

como nos pilares de qualidade propostos por Donabedian (1990), os quais podem ser visualizados, em parte, no excerto do discurso. Os indicadores traçados para mensuração da qualidade são definidos para atender a modalidade de avaliação normativa, representando o grau de conformidade aos critérios previamente definidos. A mensuração procura integrar os resultados das subdimensões ao compreender que elas operam em conjunto, por meio de uma perspectiva integrada das ações de uma intervenção.

O conceito de qualidade utilizado pelo SNAIOS centra-se no grau de compatibilidade de um plano de ação traçado a partir de padrões referenciais de qualidade para as ouvidorias do SUS. Há, portanto, em relação a perspectiva donabediana, um deslocamento de ênfase e de metodologia. Guarda correspondência, de qualquer modo, com a compreensão de integralidade das ações da intervenção e compartilha instrumentos de origem positivista ao disponibilizar referenciais de qualidade organizados em padrões. A tríade estrutura, processos e resultados é reproduzida de forma adaptada à compreensão dos atores que elaboraram o SNAIOS, mantendo em comum o recurso de subdimensões, nesse caso também adaptadas às características do programa, as ouvidorias do SUS.

A mensuração é um recurso de procedimento do SNAIOS, entre outros, de maior complexidade, que exigem a tarefa de equalização dos achados da avaliação, integrando os aspectos quantitativos (objetivos), dimensões subjetivas e perspectivas interdisciplinares.

#### **5.2.5 Diga-se de passagem**

Outra forma de abordar a qualidade, algo que se repetiu sobremaneira entre os entrevistados, foi sua compreensão como algo dependente da efetiva atenção às informações oriundas das manifestações de usuários. Neste caso, exemplificada pela qualidade de interlocução da ouvidoria do SUS, a partir de sua capacidade de influenciar a gestão por meio de informações que induzam a mudanças de práticas, o que traz implícito o subsídio a procedimentos avaliativos. No contexto institucional, para além da ouvidoria do SUS, remete-se à própria prática de apropriação de informações sensíveis às necessidades de saúde e à medida de sua utilização.

Outro aspecto da qualidade da ouvidoria diz respeito à sua interlocução com a gestão, em que a qualidade é a mudança de práticas da gestão diante daquilo que os cidadãos demandam através da ouvidoria. [...] se a ouvidoria não muda a atitude da gestão em relação ao problema, ela é só um instrumento de comunicação. (E3).

Se a gestão é a responsável angular pelas mudanças que as manifestações dos usuários demandam, a ouvidoria é representada aqui como instância capaz de oferecer ensejo e informações para essas mudanças a partir de sua influência. A ‘interlocução’ com a gestão remete a uma ideia de capacidade negocial. As divisões internas da instituição de saúde comportam a ouvidoria entre tantas outras repartições que lhe exigem atenção.

No entanto, enquanto reprodutoras ideológicas do regime democrático, às instituições de saúde pública é impresso o funcionamento promotor de ações correlatas ao regime, as quais, na Constituição Federal, se expressam para além dos lugares de representação (MACEDO, 2008). Dessa forma, ao gestor é instada a lida com instâncias de controle, participação popular e demais meios para a efetivação de uma democracia participativa. A ouvidoria ocupa entre esses lugares de participação, funções correspondentes e complementares. Entre elas, instrumento de gestão, capaz de contribuir para apresentar aos gestores avaliações de usuários sobre a oferta de saúde na esfera pública e não ‘só um instrumento de comunicação’. Esta função é respaldada nas leis orgânicas da saúde, mas, antes, já na Constituição Federal, em seu artigo 37. De modo que, ao contribuir com a gestão na prática de avaliações sobre os serviços de saúde, o faz pela participação dos usuários e em sintonia com pressupostos de democracia participativa (DAHL, 1997), assumindo função que promove a visibilidade do Estado (BRASIL, 2010a), enquanto estado democrático.

É certo que não basta o amparo em normativas, leis ou a própria constituição para que tal função seja de imediato exercida, haja vista as considerações que o institucionalismo histórico traz para a compreensão das instituições e das políticas públicas, tanto quanto a herança cultural e política brasileira que, ao reproduzirem as ‘gramáticas políticas’ identificadas por Nunes (2010), repercute no funcionamento das instituições e nas relações do estado com a sociedade, influenciando normativas mas também driblando-as. A cultura e a política são manifestações osmóticas. Por isso, o recurso de negociação entre os diversos setores institucionais deve buscar a presença da ouvidoria e o comprometimento da gestão para com seus produtos capazes de oportunizar avaliações. A negociação implica em compromissos com direitos e conhecimentos produzidos, permitindo o empreendimento de mudanças alinhadas à uma gestão participativa.

A concepção de qualidade que enfatizamos aqui, é relacionada ao alcance das capacidades negociais dos atores diretamente envolvidos com o desempenho ampliado da intervenção em análise, significando, entre outros, mas principalmente, a perspectiva de fortalecimento de sua institucionalidade nos níveis locais, repercutindo positivamente na

qualidade da assistência. Com isso, a gestão, em sua relevância, assume posições mais próximas da intervenção em si, ampliando sua autonomia e recursos negociais.

A atenção aos processos de trabalho da intervenção representa outra faceta que se inclui no âmbito da qualidade, pois permite identificar, no dinamismo de sua ocorrência, as oportunidades para seu aperfeiçoamento, constituindo-se em um processo formativo e participativo, na medida em que envolve os sujeitos de sua execução.

Embora não incorporem como referência basilar as concepções paramétricas, tal como os pilares donabedianos para a avaliação da qualidade, entendemos que as melhorias alcançadas por meio de uma atenção permanente ao significado social da intervenção tendem a promover, substantivamente, otimização de seus indicadores de desempenho e resultados. Razão pela qual eles devem ser agregados às iniciativas de avaliação.

Este conjunto de referências requer, para sua materialização mais consistente, o desenvolvimento de uma cultura institucional voltada ao aprendizado no trabalho.

#### 5.2.6 Avaliação e planejamento

No mais, a experiência com avaliação tal qual explicitamente associada ao planejamento de ações de saúde também foi abordada, embora menos corrente no conjunto das entrevistas:

[...]Avaliação no sentido de diagnóstico de saúde, né...de ah, construção dos condicionantes determinantes da saúde. [...]eu vejo essa parte de planejamento e de avaliação em saúde como transversal em todos os setores, em todas as áreas. Acho que a parte quando a gente consegue atingir mais crescimento é quando a gente consegue avaliar o que está fazendo, tanto aquilo que tá dando certo, o que não tá. As, as possibilidades. Avaliar o contexto que a gente tá inserido, né, o cenário que a gente tá inserido, se ele é favorável ou não, de uma forma mais ampla, pra poder planejar ações e execuções que possam ter mais impacto na, na saúde da população[...] (E5).

A avaliação que ocorre em etapas de planejamento constitui a modalidade *ex-ante* de avaliação. O termo ‘diagnóstico de saúde’ denota diretamente a “[...]‘*identificação e caracterização de um problema que demandaria intervenção do Estado*’” (IPEA, 2018, p. 12). Embora entenda-se que ‘*é necessário que sejam estabelecidos objetivos claros para a ação governamental*’, nem por isso ação dessa modalidade é alheia a “[...] *avaliações subjetivas de valor, pelos tomadores de decisão (governantes) e/ou pelo público-alvo, quando consultado.*” (MAIA, 2018, p. 37).

À parte as correspondências teóricas, o discurso remete ao valor de ações de avaliação e planejamento como contribuintes para o ‘crescimento’, de uma intervenção ou instituição, e são indicados métodos com os quais esses procedimentos ocorrem, que seriam a avaliação

do contexto, para que o planejamento seja coerente com as possibilidades de alcançar maior impacto na saúde da população.

Tal compreensão apresenta, de imediato, superação do antagonismo entre planejamento e avaliação apresentado por Furtado et al. (2018), na medida em que, ao considerar a relevância do cenário da intervenção, afasta a ideia de avaliação como ‘avatar do gerencialismo’ e traz ao planejamento a função rebuscada de voltar a atenção ao ambiente político em que ocorre a intervenção, como, por exemplo, ‘*se ele é favorável ou não*’.

Em outra referência, observa-se semelhança devida com a prática de avaliação proposta pelo SNAIOS, tanto pela atenção ao contexto da intervenção quanto pelo desenho previsto para a elaboração do plano de ação da ouvidoria em acreditação, que, enquanto tenha como referencial os padrões apresentados pelo SNAIOS, simultaneamente deve atentar às possibilidades particulares de elaboração e consecução do planejamento que se configura o caminho da qualidade para a ouvidoria.

### 5.3 OUVIDORIAS DO SUS

#### 5.3.1 Ouvidoria, Instrumentos e Gestão

A ouvidoria do SUS, como poderia se esperar, é a categoria que apresenta maior compacidade na trabalhosa tentativa de precisá-la. Se a avaliação como disciplina, na maioria dos discursos, mostrou-se um tema de compreensão menos contumaz e de práticas dispersas entre as demandas institucionais, a ouvidoria, por sua vez, abunda em significados consistentes e implicações enfáticas. Como exemplo, seu valor enquanto instrumento de gestão, denotando potencialidades no campo da avaliação e do planejamento, apresentou-se como um dos sentidos definidores dessa instância:

[...]a ouvidoria do SUS tudo gira em torno do instrumento de gestão, eu acho que é mais importante.[...] é utilizar aquelas informações para poder organizar a saúde, para organizar os dados, organizar os procedimentos que devem ser adotados pra direcionar a aplicação de recursos [...] (E1).

Ferramentas voltadas a sistematizar as informações, especialmente da área da informática, alcançam incontestável impulso com o desenvolvimento tecnológico. Tal é o caso do Sistema OuvidorSUS que, dentre as suas funções:

[...]subsídia a geração de relatórios estatísticos, com o propósito de nortear e respaldar novas ações em saúde, possibilitando à ouvidoria o desempenho de um importante papel de instrumento de gestão.[...] (BRASIL, 2014c, p. 77-78).

É visível a compreensão de diversos outros conceitos que a evolução tecnológica abrange junto à atuação possível das ouvidorias, como inovações que contribuem para o



compartilhamento e disponibilização de informações. A internet é uma ferramenta associada à promoção de mudanças no comportamento social. Afirma-se que, com ela, “[...] *houve um alargamento das possibilidades no que se refere às áreas de comunicação, informação e educação.*” (BRASIL, 2010a, p. 30).

O incremento que recebem, com isso, as ouvidorias do SUS, amplia as oportunidades de as instituições responderem à sociedade em termos de *accountability* e publicidade, a partir das manifestações dos usuários, que constituem-se em avaliações sobre os serviços de saúde. Associa-se, potencialmente, a essa capacidade crescente, a característica de responsividade que Dahl <sup>55</sup> atribui ao Estado em regimes democráticos, ao ampliar os limites da democracia representativa clássica para a participação extensiva das diversas representações sociais.

Para operacionalizar essas ‘virtudes’ do Estado democrático em aplicações práticas, a ouvidoria deve alcançar a instituição onde se insere a partir das manifestações dos usuários que lhes fornecem os dados para que apresente à gestão informações ou conhecimentos sobre as condições da saúde em seu território.

Sistemas informatizados constituem-se em ferramentas para a organização dos dados colhidos e também ferramenta para avaliação, uma vez que a ouvidoria atribui aos dados relevância capaz de indicar necessidades de aperfeiçoamento ou mudanças, ao resultarem em informações para a gestão. A trajetória efetiva da avaliação, no entanto, ocorre na medida em que são empreendidas as mudanças necessárias. Para tanto, algumas recomendações são propositivas para que se conforme esse roteiro, como a institucionalidade da ouvidoria, seu posicionamento na estrutura organizacional, o perfil desejado para o ouvidor e seu acesso à gestão da saúde.

Este roteiro e estas recomendações auxiliam a visualização da ouvidoria como instrumento de gestão, tanto por potencializar suas capacidades avaliativas como por sua contribuição ao planejamento das ações de saúde.

É peculiar a sofisticação da avaliação que, com a ouvidoria, pode-se proceder. Inicia-se a avaliação dos serviços a partir da participação popular. A ouvidoria, com seus recursos de informática e capacidades humanas organiza as informações, quantitativa e qualitativamente, podendo, junto à instituição, empreender avaliações situacionais ou para gestão.

Ainda que, em caso de avaliação para a gestão, haja um caráter eminentemente interno e instrumental, as fontes de informações invariavelmente comportariam manifestações de usuários sobre as condições de saúde. Fato esse que, de pronto, potencializa a natureza participativa da avaliação empreendida. Mantém correspondência com abordagens presentes

no Manual das Ouvidorias do SUS (BRASIL, 2014c) e no Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS (BRASIL, 2014b):

O processo de escuta do cidadão dá-se individualmente, porém, a Ouvidoria tem como atribuição sistematizar as demandas que recebe, de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da Saúde. (BRASIL, 2014b, p. 9).

É, de fato, uma compreensão consoante aos balizadores fundantes da política que veio sendo empreendida com as ouvidorias do SUS, visto que o conceito de gestão participativa atravessa as ações previstas para essas instâncias (BRASIL, 2014c):

O conceito ampliado de gestão participativa está estreitamente relacionado ao uso de métodos e mecanismos de escuta permanente das opiniões e das manifestações da população, valorizadas nas decisões e nos encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema representados pelas Ouvidorias do SUS; os mecanismos participativos de monitoramento e avaliação da gestão, das ações e dos serviços de saúde; e as ações de auditoria que desencadeiam medidas para o aprimoramento da gestão do SUS, de forma eficaz e efetiva, nas três esferas de governo.(p. 11).

Entende-se que é salutar retomar o contexto ampliado das decisões na esfera da saúde para que a ouvidoria tenha oportunidade de contribuir com mais efetividade para o aprimoramento dos serviços e ofertas de saúde. Nesse sentido, ao inserir-se na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (BRASIL, 2007b), faz presente a ação estratégica que assume junto aos componentes dessa política, - instituições, atores e segmentos sociais envolvidos. Aqui inserem-se os conselhos e conferências de saúde, tanto como as instâncias de pactuação intergestores (CIBs), entre outros.

A perspectiva de transversalidade das ações de avaliação e planejamento e a identificação do corpo institucional envolvido no alcance de mudanças nas práticas de saúde pode ser exemplificada pelo alerta de Gehres e Cesaro sobre a atuação efetiva da ouvidoria do SUS:

[...]Ações desarticuladas de Ouvidoria, sem a intersecção com o controle social e os gestores, não propiciam mudanças nas práticas de saúde. A utilização de dados da Ouvidoria em Conselhos de Saúde e CIR, Comissão Intergestores Regional, é necessária para maiores resultados e efetivação da Ouvidoria como ferramenta de gestão.[...] (GEHRES; CESARO., 2017, p. 162).

### 5.3.2 Lugar ao SUS

Recorrentes nas entrevistas foram as designações que tratam da inclusão do usuário na gestão da saúde. Nelas, a ouvidoria tanto ocuparia um papel de representação efetiva do cidadão de direitos, que reivindica ativamente o atendimento de suas necessidades, como também a absorção de suas manifestações, porquanto produtoras de informações relevantes para balizar a adequação das ações de saúde empreendidas, pois a ouvidoria assume a importante função de

trazer a ‘voz do usuário para dentro da gestão’ e, com isso, auxilia-a a empreender ações mais responsivas.

Muitíssimo recorrente e enfatizadas foram as implicações para a ouvidoria que o tipo de relação mantida com a gestão das instituições onde se encontram ocasionam, para que venha a cumprir suas funções. Estas implicações, no entanto, variaram ao abordar as funções da ouvidoria, na medida de seu reconhecimento pela instituição de saúde. Discursos reivindicatórios assinalaram desde a maior valorização da ouvidoria, “[...] *na verdade a ouvidoria precisaria de mais reconhecimento da gestão*[...]” (E1), até a complexidade que envolve o adequado atendimento de manifestações, a partir da integração das áreas envolvidas, o que aponta para variáveis incidentes na capacidade de a ouvidoria cumprir com seus papéis. E, conseqüentemente, na qualidade de suas ações:

[...] é difícil você manter uma qualidade do serviço de ouvidoria se você não tem uma gestão comprometida com isso. Então a sua qualidade vai cair porque você não tem respostas que possam dar conta de determinadas expectativas ou de explicações plausíveis para aquele cidadão. [...]. (E4).

Porque assim, quando a gestão reconhece, cê fica de portas abertas né, aos diretores, aos coordenadores de todas as unidades, da própria secretaria, então eles já te olham com outros olhos, eles já têm mais boa vontade em responder tua demanda, tua manifestação. (E2).

O comprometimento da gestão com a atuação das ouvidorias estimularia o comprometimento das áreas responsáveis pelo atendimento das manifestações pois, neste caso, a integração em rede funcionaria melhor. Esse objetivo de enredamento é auxiliado por sistemas informatizados, como no caso do sistema OuvidorSUS. Na percepção da maioria dos entrevistados, algo que fará diferença para o adequado funcionamento da ouvidoria é o reconhecimento efetivo da gestão. Este reconhecimento pode ser visualizado em recomendações que faz o Manual das Ouvidorias do SUS (BRASIL, 2014c) sobre a contribuição que elas podem oferecer para a compreensão do desempenho institucional:

Para exercer o seu papel de apoio estratégico ao gestor, é fundamental que o ouvidor tenha trânsito livre e acesso ao gestor, sendo chamado a participar das reuniões de planejamento estratégico e de deliberação superior do órgão ou entidade e contribuir para a definição dos objetivos e metas institucionais, além de apoiar estrategicamente o gestor sempre que necessário nos assuntos relacionados com as atividades da ouvidoria. (p. 89-90).

Assim também, compreende-se que a potência das ouvidorias, como prevê seus papéis e funções, demanda um reconhecimento efetivo da gestão com a qual deve atuar pois, no Brasil, ao inserir essas instâncias no interior das instituições cujos serviços serão objeto de manifestações, a administração pública pode, por um lado, acrescentar proximidade das

questões e interesses do público usuário dos serviços que representa, contribuindo para o fortalecimento de seu significado social, seu ‘lugar ao SUS’. Por outro lado, aumenta os riscos de sua cooptação por forças e interesses mantenedores de estruturas de poder instituídas, amiúde alheias à natureza participativa, avaliativa, fiscalizadora e reivindicatória que sua idealização comporta. Como lembra Foucault, “[...] *não é o consenso que faz surgir o corpo social, mas a materialidade do poder se exercendo sobre o próprio corpo dos indivíduos*”. (FOUCAULT, 1992, p. 146). Assim, não basta a presença de uma ouvidoria para que se garanta a efetividade de suas funções. O recurso poderia ser utilizado na lógica própria de configurações institucionais protecionistas e corporativistas. De instâncias com a finalidade de propiciar a participação dos usuários na gestão e oportunizar a garantia de direitos, podem também se mostrar inertes ou operar um poder disciplinar oblíquo às reivindicações democráticas que as conceberam, normatizando as relações com os usuários no interesse das instituições.

Recomendações para a proximidade da ouvidoria do SUS com a gestão da saúde foram reiteradamente afirmadas em diversos materiais orientadores e propositivos publicados pelo DOGES, tanto como compõe a atenção do Referencial de Qualidade do SNAIOS em níveis normativos e estruturais, - qualificativos das ouvidorias, e basais, ao recorrer aos fundamentos da educação permanente para balizar o processo de qualificação dessas instâncias, na medida em que considera a inseparabilidade das dimensões de formação, assistência e gestão.

Nesse sentido, a proximidade com a gestão é uma entre outras condições que balizariam a atuação qualificada da ouvidoria. Entretanto, por se tratar de tema recorrente entre ouvidores e produções textuais, apresenta-se como uma narrativa contumaz.

### 5.3.3 Um gestor requisitado

A qualidade das ouvidorias ainda é compreendida, em ampla medida, como decorrência de uma atuação mais presente do órgão coordenador e propositivo de uma política nacional para as ouvidorias do SUS. O papel do DOGES nesta empreita, que fortaleceria as ouvidorias do SUS, vem a ser destacado como uma prioridade entre as funções desse ator:

[...] O DOGES apoiando e orientando mais, no sentido de atuações nacionais voltadas para um sistema e não atuar como ouvidoria em si. O DOGES deveria se aproximar mais dos municípios e gestores estimulando a atuação das ouvidorias.[...] (E3).

Não resta dúvida que o DOGES é um gestor requisitado, entre vários ouvidores, para atuar pelo fortalecimento das ouvidorias do SUS. De fato, entre seus papéis está a proposição de uma política nacional relativa a elas. Quando E3 reclama a atuação sistemática e próxima do Departamento, pode remontar a uma série de atribuições que foram se estabelecendo entre as

normativas e prospectos que se apresentaram desde a instituição da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, até àquelas que tratam especificamente das ouvidorias do SUS e das competências daquele ator (BRASIL, 2003; 2007b; 2009; 2010a; 2014b; 2014d).

#### 5.3.4 Federalismo

Embora possa ser feita referência ao que se denominou Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS (SNO), e veremos que esta não se configura uma realidade satisfatória para os ouvidores, entrevê-se no discurso a retomada das dificuldades que o arranjo federativo impõe à organização das políticas de saúde. Especificamente, a reivindicação de atuação mais contundente do gestor federal como coordenador.

A Constituição de 1988 adota, para diversas políticas, incluindo as de Saúde, um modelo de delegação de competências e autonomia aos entes federados, embora mantenha a coordenação delas afeita ao ente federal. O SUS, em particular, insere-se nesse arranjo por meio de um desenho sofisticado, que visa compatibilizar a transigência de seus atores e instituições definidos por meio dos princípios da Reforma Sanitária, que zelou pela proeminência da condução democrática e participativa para as deliberações do Sistema.

Esse modelo pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de: a) gestores do sistema em cada esfera de governo; b) instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas, a Comissão Intergestores Tripartite (no âmbito nacional) e as Comissões Intergestores Bipartites (uma por estado); c) conselhos de representação dos secretários de saúde no âmbito nacional (Conass e Conasems) e estadual (Cosems); d) conselhos de saúde de caráter participativo no âmbito nacional, estadual e municipal.[...] (MACHADO; LIMA; BATISTA., 2007, p.146).

Esta organização, em favor de uma democracia participativa, é sensível à assunção do controle social das políticas de saúde, tal como prescreve os princípios e diretrizes do SUS. De modo que, ainda que entre as competências do DOGES não se exclua seu apoio versátil aos entes subnacionais, há outras instâncias autênticas instituídas para a condução e apoio às políticas de saúde, onde se inserem as ouvidorias do SUS, que têm sua implementação descentralizada.

Veremos, contudo, que a menção a estas instâncias (com exceção dos gestores locais), entre os discursos é, basicamente, ausente. O que levou a refletir e desenvolver outros recortes sobre a relação entre os entes subnacionais e o gestor federal. A reflexão parece indicar, na maioria dos discursos, menor expectativa em relação à desconcentração de poder e maior expectativa em relação à atuação do gestor federal.

Há exceções e moderações. Entretanto, de algum modo, por uns e outros apontamentos, este ator foi reincidentemente evocado para posicionar-se em relação aos dilemas que os

entrevistados identificam na condução e condição das ouvidorias do SUS. Não seria despropositado discutir (sem perspectiva de conclusão) que, em alguma medida, isto tenha sido potencializado pela própria representação do entrevistador, - um trabalhador do DOGES. Mas sustenta-se que indica, especialmente, determinado sentimento de fragilidade na conformação e atuação das ouvidorias contraposto à relevância que os entrevistados reconhecem haver nelas.

Esta relevância faz saber sobre a série de características, requisitos e perspectivas que envolvem conformações gerais para essas, instâncias, desde a forma com que se organiza o serviço, as características de seus trabalhadores, o tratamento das manifestações, entre outros critérios de qualidade.

### 5.3.5 Requisitos, parâmetros e influências

O tratamento das manifestações não se resume apenas ao seu atendimento. A posição mediadora da ouvidoria faz saber que ela representa também à instituição e ao contexto político em que se insere. Esse *status* acrescenta diligência adicional às respostas que apresenta aos manifestantes e complexidade à sua atuação. Por isso, para uma atuação qualificada, entende-se que há necessidade de profissionalização e instrumentalização da equipe, assim como zelo para com a escolha do ouvidor:

[...]Que tipo de pessoa você coloca no lugar do Ouvidor? Enquanto ouvidor. Não pode ser qualquer pessoa.[...]A pessoa tem que entender de planejamento, a pessoa tem que entender, né, de algumas coisas especificamente da área dela, por ex, na saúde ela tem que entender do SUS, muito. Não pode ser qualquer ouvidor que entre [...] Então eu acho que falta profissionalização dentro do serviço. E quando se fala do SUS você fala de várias áreas, eu acho que, aí, a ouvidoria precisa de uma equipe multidisciplinar mesmo ali dentro que entenda diversas coisas...[...] (E4).

Além de habilidades profissionais que agregam qualidade à atuação da ouvidoria, houve destaque para a disposição da equipe da ouvidoria e seu comprometimento com o trabalho, assim como para os aspectos dinâmicos e situacionais em que a ouvidoria atua:

[...] O que pode agregar qualidade pra uma ouvidoria é difícil definir uma coisa, porque primeiro cê precisa saber que cenário ela tá vivenciando, o quê que realmente ela tá...é uma avaliação que a própria ouvidoria pode te dizer, pode fazer de si mesma, né[...]. Eu acho que a qualidade é sempre um, é um, é sempre um caminho. A gente nunca chega lá. Por isso que eu falei que tantas coisas passam pela qualidade, porque algumas coisas a gente alcança, outras a gente não alcança. Algumas a gente alcança hoje e perde depois pra alcançar outras. Então a gente tá sempre num processo que é muito dinâmico[...]o SUS é dinâmico[...]. Mas o que eu destaco mais, se eu tivesse que escolher uma coisa pra destacar que realmente faz diferença no trabalho da ouvidoria é pessoas. Pessoas comprometidas e envolvidas com o que fazem, que gostam de trabalhar com ouvidoria. Eu acho que esse é o ponto de partida [...] (E5).

Além de uma composição suficiente de trabalhadores, capazes de lidar com aspectos operacionais em uma ouvidoria, como técnicos, suporte administrativo, tele atendentes e o(a)

próprio(a) ouvidor(a), o Manual das Ouvidorias do SUS (BRASIL, 2014c) lista uma série de características recomendadas para esses profissionais. Por exemplo,

[...]Conhecimentos específicos sobre a política de saúde e os serviços prestados pelo SUS: conhecer sistematicamente a política de Ouvidorias do SUS, além das políticas que compõem o universo do Sistema Único de Saúde. (p. 29).

É cuidadosa e extensa a abordagem do Manual ao apresentar recomendações a respeito desses profissionais e das formas adequadas para a condução do trabalho de uma ouvidoria. Repetem-se as menções ao SUS enquanto uma referência sistêmica e ampla para a racionalidade do comprometimento profissional com o trabalho da ouvidoria, além de outras características pessoais, como a capacidade de relacionar-se bem com as pessoas, aptidão para a comunicação necessária aos procedimentos de ‘sondagem’ das manifestações junto aos usuários, entre outras. O Manual (BRASIL, 2014c) recomenda, dentre essas características, atitudes e perfis desejados, a automotivação, definindo-a como

[...]capacidade de manter o entusiasmo e o comprometimento pessoal com as finalidades da Ouvidoria do SUS e as atividades por ela desempenhadas. É desejável que o ouvidor e os servidores da ouvidoria sejam capazes de se motivarem de “dentro para fora”, demonstrando comprometimento com sua profissão.(p. 28).

Ao tratar especificamente do ouvidor, a ênfase do documento desloca-se das atitudes, que compõem boa parte das recomendações para a equipe, para os conhecimentos do profissional que ocupa esta função. Ao observar essas recomendações, temos que muito do que se requer do ouvidor do SUS, em termos de conhecimentos, coincide com aqueles requeridos também para o gestor de saúde. Como escrevem Machado, Lima e Batista (2007):

A atuação técnica do gestor do SUS, permanentemente permeada por variáveis políticas, se consubstancia por meio do exercício das funções gestoras na saúde, cujo desempenho depende de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde. Tais funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a condução de políticas na área da saúde. (p. 148).

Não ao acaso, boa parte das recomendações sobre o cargo de ouvidor insiste em sua ligação próxima e fluida com a pessoa e com o lugar da gestão. Esta proximidade e fluidez recomendadas habitualmente é pauta de discussão entre ouvidores do SUS, quando oportunamente há eventos que os reúnem, tais como aqueles promovidos pelo DOGES. Em 2017, a validação do Referencial de Qualidade do SNAIOS foi ocasião para reunirem-se ouvidores e demais atores envolvidos com as ouvidorias do SUS (elencados no livreto que apresenta os documentos de base do Sistema – vide ANEXO C). Entre as ressalvas e alterações propostas pelos ouvidores, reiterou-se a necessidade de enfatizar as referências à qualidade alinhada aos princípios e diretrizes do SUS, assim como o papel da gestão local no compromisso com o processo de acreditação anunciado.

Em outras referências sobre a qualificação do trabalho das ouvidorias, o reconhecimento e proximidade da gestão é evocado pelos sujeitos, ao mesmo tempo que diversas orientações sobre a atividade das ouvidorias públicas reiteram essa recomendação, inclusive as derivações normativas da Lei 13460/2017. Vimos, no exemplo do discurso sobre a função de instrumento de gestão que procura definir a ouvidoria, a dependência de uma valorização efetiva da gestão para o cumprimento de seus propósitos. Seria possível considerar ainda outros modelos de organização para a autonomia e independência do ouvidor de saúde, que, no Brasil, não se manifesta como tradição. Seria um exemplo o *ombudsman* do *Health Service*, na Inglaterra, cujo ingresso nessa função é eletivo, processado pelo parlamento e mantém autonomia em relação ao governo executivo.

Outro exemplo, também assentado na tradição europeia de designação e atuação do *ombudsman*, embora não vinculado estritamente às políticas de saúde, a função do Provedor de Justiça, em Portugal, que concentra sua representação em uma pessoa, eleita pela Assembleia da República. “[...] *Por ter um amplo conhecimento dos problemas suscitados pela sociedade portuguesa, o Provedor tem assento permanente no Conselho de Estado, órgão máximo de consulta política do Presidente da República*”. (PROVEDOR DE JUSTIÇA, 2019).

É distinta a conformação que assume, em geral, a ouvidoria pública no Brasil. Sua vinculação institucional é, mormente, vinculada à gestão, a despeito das influências que haja recebido. Como explica Camargo e Gomes,

Ainda que reconhecida a influência do instituto do *ombudsman* no processo de institucionalização das ouvidorias públicas brasileiras e mesmo considerando a presença de algumas características comuns entre os diversos modelos em funcionamento no Brasil, não há uma filiação que aprisione a experiência nacional ao mesmo regime jurídico das experiências estrangeiras. (CAMARGO E GOMES, 2016, p. 38).

Uma produção atual e inovadora, quando comparado ao Manual das Ouvidorias do SUS, o Referencial de Qualidade do SNAIOS ao tratar, na dimensão Infraestrutura, da qualificação do pessoal e da estrutura jurídica que referencia a qualidade para as ouvidorias do SUS nessas subdimensões, reproduz, amiúde, as recomendações daquele Manual. Centra-se na qualificação e adequação do pessoal, acrescentando a conveniência de uma preparação prévia para a atuação na ouvidoria. Nos aspectos jurídicos, referencia a qualidade a partir da instituição de normas que balizem a sua atuação (MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO., 2018):



[...]O pessoal da ouvidoria do SUS deve compreender as especificidades das demandas dos usuários que recorrem à entidade. Para tanto, exige-se que tenham conhecimentos sobre ouvidoria, SUS e administração pública a partir de um processo de formação prévia.[...] (p. 17).

[...]Para o adequado funcionamento da ouvidoria, é necessário que haja suporte legal com normas explícitas para a realização de suas funções, além de orçamento definido. O organograma da instituição deve explicitar as várias atribuições previstas em seu regimento interno[...] (p. 18).

É inespecífico, entretanto, às formas de ingresso nesta função, que poderiam, por exemplo, considerar a oportunidade de assunção a este cargo por processos especializados para a entrada no serviço público, como concursos de provas e títulos, ou ainda processos eletivos. Ambas as modalidades de ingresso parecem destoar da maneira como vêm sendo instituída a função de ouvidores do SUS, embora haja algumas experiências pontuais.

De qualquer forma, conhecimentos específicos sobre o SUS e administração pública e a formação prévia para a atuação na ouvidoria do SUS, além de um arcabouço variado de atitudes, competências e perfis, parecem abranger a crítica que o discurso imprime à atuação do ouvidor e sua equipe.

Quanto à motivação, ou automotivação, que se destaca como qualificativo para a ouvidoria do SUS no discurso de E5, compreende-se que é característica mais complexa que as recomendações objetivas para qualificação de pessoal. Mas, nem por isso, intangível. As condições e significado do trabalho desenvolvido devem ressoar como resultado da atuação humana dentro das ouvidorias. Nesse sentido, é necessário que o clima organizacional oportunize, por um lado, as condições estruturantes para relações saudáveis de interação. E, igualmente, o significado do trabalho deve harmonizar-se com as perspectivas individuais para o exercício que a atividade requer. Aos trabalhadores e ao ouvidor é desejável que haja sentido em fazer o que fazem. Para além da troca de sua força de trabalho, o sentido do trabalho pode comportar paixões e valores que representem, com maior integridade, o significado de sua dedicação. Em se tratando de um serviço atinente à saúde, o trabalho humanizado com o qual a ouvidoria do SUS é orientada a atuar, poderia refletir também a inserção humanizada de seus trabalhadores.

A atenção ao perfil, conhecimentos, habilidades, atitudes e toda a série de aptidões às quais se recorre para a seleção de pessoal pode contribuir para identificar a correspondência entre o indivíduo e a sua atividade. Outra forma, como revela o discurso, é notar tais condições a partir da própria rotina de trabalho, pela avaliação de um ator interno, o ouvidor, ao discursar sobre a qualidade no trabalho da ouvidoria. Uma terceira via, que não adentra aos aspectos psicológicos afetos à prática de avaliações e testes vocacionais, mas sim à integração dos

trabalhadores com o sentido social de suas ações, é a sua inserção nos enredos e significados ampliados de sua atividade. Este é um objetivo adjacente à perspectiva da educação permanente em saúde, que encontra na autoavaliação, tal qual proposta pelo SNAIOS, uma oportunidade de manifestar seus princípios. Ainda e, especialmente, no argumento que baliza as referências de qualidade para o trabalho e educação na ouvidoria:

A gestão da ouvidoria deve reconhecer o trabalho como expressão da atividade humana, potencializado por processos educativos, adotando a gestão coletiva. Deve considerar que a formação, a alocação, a qualificação, a valorização, a formalidade do vínculo empregatício e a democratização dos espaços de trabalho são fundamentais para a qualidade dos seus serviços. A humanização e o enfrentamento das dificuldades institucionais devem constituir, igualmente, responsabilidades da gestão do trabalho e da educação. (MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO., 2018, p.18).

Entre os discursos há, ainda, uma certa divergência quanto à requisitos de qualidade que se materializam no tratamento das manifestações. Em alguns discursos, é privilegiada a agilidade das respostas que a ouvidoria deve fornecer. Outros, porém, relativizaram a agilidade em prol de uma resposta mais consistente oferecida ao usuário, o que faria do tempo de resposta um requisito componente, mas não terminante para a identificação da qualidade.

O Manual das Ouvidorias do SUS (BRASIL, 2014c), conforme diretriz da Comissão Intergestores Tripartite, apresenta o entendimento de que:

As Ouvidorias do SUS viabilizam a comunicação entre os(as) cidadãos(ãs) e as estruturas do SUS para apresentação, encaminhamento e resposta a demandas. Elas são responsáveis por realizar a mediação administrativa com as unidades administrativas dos órgãos e entidades do SUS com vistas à correta, objetiva e ágil instrução das demandas apresentadas pelos(as) cidadãos(ãs), bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta ao demandante. (p. 10).

O prazo estabelecido, no entanto, surge no manual como sugestão, conforme prioridades que a classificação e o conteúdo das manifestações apresentam. No Guia para a implantação de ouvidorias do SUS, a definição de prazos é tratada como um assunto pertinente ao instrumento normativo que institucionaliza a ouvidoria, sua existência de direito, quando então, uma vez mais, materializa-se por meio de processos participativos, ao entender que a definição de prazo(s) envolve a consulta dos atores responsáveis pelo tratamento das manifestações:

[...]algumas ouvidorias estabelecem os prazos para a resposta de demandas nesses instrumentos normativos. Para isso, recomenda-se que os prazos sejam previamente acordados entre as partes envolvidas no processo de tratamento das manifestações e ratificados pelo gestor. (BRASIL, 2014b, p. 21)

Já a lei 13.460/2017 generaliza o prazo para as ouvidorias públicas apresentarem resposta final ao manifestante, independente do conteúdo da demanda ou das capacidades locais dos atores. “[...]Art. 16. A ouvidoria encaminhará a decisão administrativa final ao usuário,

*observado o prazo de trinta dias, prorrogável de forma justificada uma única vez, por igual período.” (BRASIL, 2017c)*

No SNAIOS, o prazo para respostas das manifestações é abordado em dimensões variadas da atuação de qualidade das ouvidorias do SUS. Enquanto prevê, semelhantemente ao Guia <sup>71</sup>, a incorporação de prazos na estrutura jurídica que institucionaliza a ouvidoria, também relaciona, nos processos de trabalho da ouvidoria, os prazos praticados às necessidades do usuário manifestante, procurando equalizar a atenção ao cumprimento de normas com as necessidades reais de cada demanda manifesta. Por isso, apresenta como padrões referenciais um conjunto de norteadores que abordam a questão dos prazos de forma complexa, na tentativa de abranger aspectos de complementaridade:

PR 3.4.1: O prazo para a resposta da área técnica deve ser definido e monitorado.

PR 3.4.2: O prazo estipulado para a resolução do problema deve estar de acordo com o regimento interno (marco regulatório local).

PR 3.4.3: A ouvidoria pode flexibilizar o cumprimento de prazos na hipótese de haver circunstâncias específicas e explicitadas.

PR 3.4.4: O usuário deve ser informado sobre eventual atraso na resposta de sua manifestação. (MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO., 2018, p. 20-21).

Visto que a lei 13.460 generaliza prazos, temos com ela uma perspectiva que independe das particularidades que podem envolver o trabalho das ouvidorias do SUS, muito embora o propósito de uniformizar traga consigo, no amparo de uma normativa formalmente robusta, apoio à expectativa que os usuários venham a sustentar quando demandam soluções às instituições públicas.

Nesse sentido, a lei procura, por uma proposta parametrizadora, manter o direito de resposta do usuário dentro de regras com as quais ele possa contar. É uma forma de conferir credibilidade às instituições na medida em que cumpram procedimentos universais a partir de determinações de lei.

No entanto, considerando a extravagante variedade de arranjos institucionais das instituições públicas, parece pouco possível o atendimento uníssono dessa perspectiva. Não é preciso limitar-se às ouvidorias do SUS apenas, para constatar essa disparidade de desempenhos quanto ao cumprimento dos prazos da lei. Ao apresentar os indicadores das ouvidorias públicas pela perspectiva da lei 13.460, o ‘Painel Resolveu?’ (BRASIL, 2018b), da Controladoria-Geral da União, expõe resultados que demonstram essa disparidade e acrescentam força ao entendimento de que os arranjos locais da administração pública diferenciam os resultados alcançados pelas ouvidorias, assim como, pode-se supor, o desempenho das instituições que elas representam.

Mantém-se plausível, em qualquer das abordagens, a centralidade do usuário como beneficiário maior da atuação das ouvidorias. Assim também se apresenta a percepção da maioria dos ouvidores entrevistados, e a nossa compreensão. A qualidade, nesse sentido, aponta tanto para uma perspectiva de usuário como sujeito de direitos, o que legitima normativas que assegurem sua resposta dentro de intervalo de tempo, quanto para a compreensão que a influência do conteúdo da manifestação, da singularidade do usuário e dos requisitos para uma resposta qualificada imprime à sua consecução. A capacidade de as ouvidorias cumprirem esse conjunto de requisitos, porém, permanece como variante indissociável de sua execução efetiva, dadas as particularidades dos contextos em que se inserem.

### 5.3.6 Personalidade

Características peculiares da ouvidoria, relacionadas ao seu contexto histórico de associação com o SUS, e enquanto recurso implantado para promover a participação e a proximidade da gestão com os cidadãos-usuários do Sistema, foram apontadas como qualitativos da ‘personalidade’ dessas instâncias, assim como dos valores sociais subjacentes.

[...]Então eu acho que o SUS ele traz uma coisa muito forte, e foi quando as ouvidorias do SUS foram implantadas, e dentro do tipo né, de leitura progressista de governo [...], que a Ouvidoria do SUS começa em 2003, ainda no primeiro mandato do Governo Lula, a SGEP, enfim, toda essa lógica de aproximação com o usuário, eu acho que a Ouvidoria do SUS tem esse caráter, - de disseminar informação, de participação, né, de uma coisa mais transversal. E que eu acho que é uma particularidade das Ouvidorias do SUS e que dá personalidade pra ela, né[...] (E4).

Outras ênfases que se estenderam à ‘personalidade’ da ouvidoria do SUS associaram-na à tradição de atuar e ser implantada de forma descentralizada. Característica essa que imprimiria proximidade na relação com o cidadão, inclusive proximidade física, o que seria algo incomum entre as demais ouvidorias.

Tal característica de proximidade com o usuário foi ainda detalhada de forma mais dramática, relacionando-a a um contato visceral (com o paciente), diretamente responsável por informações precisas sobre os serviços de saúde, quando da ausência ou lapsos de outras fontes de informação também legítimas:

Ah eu acho assim, que ela é de total importância, né, dentro do Sistema Único de Saúde[...] na ajuda com o paciente, eu acho assim, que para o paciente, o paciente ele não consegue chegar ao médico, ele não consegue chegar a um gestor, ele não consegue chegar a um diretor pra resolver qualquer problema, né, então ele chega à ouvidoria. [...] a gente tem um problema de falta de informação ou informação incorreta. Então, assim, às vezes eles rodam, rodam, e não dão uma informação correta. Então, assim, a ouvidoria é muito importante pra eles, tanto que eles voltam, porque lá eles já sabem que vão ter a informação correta, porque se a gente não sabe, a gente busca a informação na hora, a gente liga, a gente vai atrás, porque a gente não sabe tudo né. (E2).

### 5.3.7 Atualidade

Ao definirem a ouvidoria do SUS e procurar acrescentar-lhe ‘personalidade’ os discursos desdobram-se ainda em alguns outros aspectos, que destacamos, - a transversalidade e ‘transcendência’ da ação da ouvidoria e a expectativa sobre a configuração que venha a assumir diante das influências recentes de normativas e instituições paralelas ao SUS, notadamente orientações normativas e órgãos de controle.

Ao relatar o desenvolvimento e tendências mais recentes incidentes na esfera da ouvidoria do SUS, é mencionada alguma influência de órgãos de outras esferas:

A partir de 2014, iniciou-se um período de menor progresso da ouvidoria em si, junto à uma crescente influência de órgãos de Ouvidoria-Geral e outras coordenações, como corregedorias e auditorias no escopo das ouvidorias do SUS (E3).

Tratando de considerar o progresso desse cenário na atualidade, quando já vigente a lei 13.460/2017, um aparte é solicitado ao definir a ouvidoria do SUS:

É, eu acho que, é...só acrescentar uma coisa que a gente traz enquanto ouvidoria do SUS que é a questão da participação. E que eu, eu percebo, com esse novo movimento de ouvidoria, né, muito potencializado pela Ouvidoria-Geral da União...a gente pode perder um pouco o que é que é a questão do controle interno, né, que eu acho que é esse um pouco o caráter que tá sendo dado[...]. (E4).

### 5.3.8 Conflito?

Por conta dessa tendência, que potencialmente fragilizaria as ouvidorias do SUS em sua ‘personalidade’ e importância, assim também como por uma reivindicação reiterada entre diversos ouvidores, eleva-se a crítica em relação ao papel do DOGES, como responsável por essa mediação institucional.

[...] Como é que fica essa nossa discussão? Como é que a gente se posiciona em relação a isso? E eu acho que o DOGES, agora eu vou ser, vou fazer a minha crítica, vem sendo muito falho nesse sentido, - no sentido de a gente discutir conceito, né, a coisa tá passando muito ao largo. A gente discute muita coisa e não discute nosso conceito. A gente não consegue discutir, né, eu acho que o DOGES não consegue discutir, né, junto à Ouvidoria-Geral da União[...] A gente tem um conceito, a gente tem uma lógica dentro de uma política pública que tem todo um viés constitucional ali, que é diferente de outras questões. E isso é importante. (E4).

O DOGES perdeu um pouco de seu papel, sua autonomia, a partir da crescente influência de ouvidorias-gerais. A própria [lei] 13460 não define o papel da ouvidoria do SUS. Criou-se uma lei geral que, na minha opinião, deveria ter havido mais diálogo, possibilitando distinguir as questões específicas das ouvidorias. A ouvidoria do SUS perdeu autonomia com isso. Há o risco de se estimular ‘ouvidorias burocráticas’, que cumprem prazos mas não necessariamente são efetivas na defesa de direitos. A ouvidoria do SUS tem um papel específico na representação do usuário com a gestão. Por mais que se fale mais em ouvidoria, hoje em dia está mais burocrático. Inclusive pelo período que estamos vivendo de perda de direitos, de incerteza. O próprio MS não sabe o que espera de uma ouvidoria.(E3).

Seleciona-se um detalhe, para iniciar e fomentar essa discussão, que surge entre as normatizações da lei 13.460 e a prática possível da Ouvidoria do SUS, considerando as orientações editadas pelo DOGES. Trata-se da identificação do manifestante. A lei 13.460 define que:

Art. 10. A manifestação será dirigida à ouvidoria do órgão ou entidade responsável e conterá a identificação do requerente.

§ 1º A identificação do requerente não conterá exigências que inviabilizem sua manifestação.[...]

§ 7º A identificação do requerente é informação pessoal protegida com restrição de acesso nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. (BRASIL, 2017c).

Em apresentação que ocorreu na Controladoria-Geral da União, ao longo do ano de 2017, o então Ouvidor-Geral da União exemplificou que a identificação do requerente demandaria, ao menos, um registro de procedência, ainda que apenas um *e-mail* criado para o propósito da manifestação.

Segundo o Manual das Ouvidorias do SUS (BRASIL, 2014c), já em 2008, circulava orientações da Ouvidoria-Geral da União relativas ao recebimento de manifestações anônimas, endereçadas ao DOGES, como igualmente às unidades de Ouvidoria do Poder Executivo Federal, das quais se depreende uma série de observações para o tratamento dessas manifestações, delimitando a conduta com a qual deveriam ser abordadas e os procedimentos recomendados.

A definição sobre a adequação do acatamento de manifestações anônimas é um aspecto, entre outros, que aponta para as influências de órgãos de controle e diretrizes normativas que afetam ao DOGES enquanto órgão proponente de políticas para as ouvidorias do SUS, além de seu papel de ouvidoria pública federal, no âmbito da saúde. Neste caso do anonimato, encontrava-se alguma diferença entre uma conduta que viabiliza a manifestação sem qualquer registro de procedência e permite o acompanhamento da manifestação apenas com um número de protocolo de acesso (fornecido ao manifestante) e o baseamento que traz a OGU sobre a necessidade de, ao menos, registro de procedência. E, ainda conforme a OGU, no caso de atenção à manifestação anônima, esta não deveria resultar em abertura de processo ou procedimento cabível, mas sim a adoção de ‘medida sumária informal de verificação da ocorrência dos fatos alegados’.

As posições que ambas as posturas apresentam leva a considerar o usuário sob pontos de vista ligeiramente diferentes e sugere alguma distinção entre o estímulo à participação e ao controle. São mantidas funções precípuas da ouvidoria como mediadora de sua comunicação com a gestão dos serviços públicos, visando a defesa de direitos e avaliação de serviços. Mas a

exigência de identificação ou procedência traz consigo um potencial de controle mais incisivo sobre o usuário, eventualmente desencorajador, enquanto a possibilidade de livre manifestação anônima faz destaque para a facilitação do papel fiscalizador do cidadão e à credibilidade do usuário, eventualmente aumentando o incentivo à sua participação.

Necessário acrescentar que a eventual inibição que o registro de procedência pode causar encontra respaldo no cuidado para que sejam evitadas manifestações caluniosas, maliciosas, jocosas, linguagem chula ou difamação e injúria contra agente público. E encontra também amparo no art. 5º, IV da CF que trata da vedação do anonimato.

Sobre esse argumento constitucional, em atenção às orientações da OGU e ao fato de que diversas secretarias de saúde negavam tratamento de manifestações anônimas, O DOGES posicionou-se, em 2008, propondo a discussão do assunto:

[...]o Doges entende desproporcional rejeitar uma denúncia anônima se ela traz em seu bojo fatos alegadamente lesivos à coletividade. O razoável, portanto, seria adequar a vedação constitucional ao anonimato à obrigação ético-jurídica do Estado em investigar ações ou omissões que ofendam o interesse público. (BRASILc, 2014, p. 175).

Tratava-se de argumentar que o dever do Estado deveria abranger o interesse em qualquer informação que pudesse indicar irregularidades em seu funcionamento. Nesse momento, esta foi a tônica em defesa de sua posição.

Alguns anos depois, o DOGES compartilhava compreensão que preservava o valor do acolhimento de manifestações anônimas. A tônica, então, passa ao direito do cidadão à uma resposta do órgão, quando possível. O argumento ressalta, para tanto, o recurso do sistema informatizado de que dispõem as ouvidorias do SUS. E traz implícita a compreensão da responsividade como função de estado (democrático).

O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS admite o acolhimento de manifestações anônimas. Ainda que o cidadão não se identifique, é possível à ouvidoria a comunicação via Sistema OuvidorSUS. Se há a possibilidade, há o dever de fazê-lo. Além disso, esse Departamento acredita que mesmo o cidadão que não se identifica tem direito a uma resposta do órgão quando isso é possível, ainda que, por qualquer razão, não queira ou não possa revelar sua identidade.” (BRASIL, 2010a, p. 63-64).

O DOGES orienta as ouvidorias do SUS em suas atuações, visto ser o coordenador da política para elas. Assim, a questão do anonimato pode receber sua influência, por meio dos textos que produz, sejam materiais orientadores ou normativas com diversos graus de determinação, mas não, como até hoje, uma lei específica ou a definição contundente de uma política para as ouvidorias do SUS.

Por outro lado, a lei 13.460 aplica-se a todas as ouvidorias da administração pública e trouxe, em princípio, a questão do anonimato com um alcance mais alinhado ao amparo

constitucional que lhe veta. No entanto, o Decreto nº 9.492, de 5 de setembro de 2018, que regulamenta a referida lei, apresenta em seu artigo 23, o equivalente a uma síntese da discussão sobre a condição do anonimato, que determina a atuação das ‘unidades que compõem o Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo federal’:

Art. 23. As unidades que compõem o Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo federal poderão coletar informações junto aos usuários de serviços públicos com a finalidade de avaliar a prestação desses serviços e de auxiliar na detecção e na correção de irregularidades.

§ 1º As informações a que se refere o caput, quando não contiverem a identificação do usuário, não configurarão manifestações nos termos do disposto neste Decreto e não obrigarão resposta conclusiva.

§ 2º As informações que constituírem comunicações de irregularidade, ainda que de origem anônima, serão enviadas ao órgão ou à entidade da administração pública federal competente para a sua apuração, observada a existência de indícios mínimos de relevância, autoria e materialidade. (BRASIL, 2018a).

Temos então, com isso, que o anonimato alcança alguma adequação ‘à obrigação ético-jurídica do Estado em investigar ações ou omissões que ofendam o interesse público’, como propunha o DOGES em 2008, mas, nesse caso, não obriga resposta conclusiva ao manifestante. A apuração, no caso de informações anônimas, fica condicionada ‘a existência de indícios mínimos de relevância, autoria e materialidade’.

Observa-se que as determinações do artigo são endereçadas às ouvidorias do Poder Executivo Federal. Porém, a ressonância da atuação federal nas ouvidorias locais não é inócua. O próprio DOGES, enquanto ouvidoria federal, experimenta essa sintonia, por ser o órgão coordenador da política de ouvidorias do SUS e por atuar, ele mesmo, como uma, incentivando a utilização do mesmo sistema que utiliza, o OuvidorSUS. Além disso, a reivindicação dos ouvidores estaduais por uma atuação mais robusta daquele departamento na determinação de uma política específica, traz consigo, em alguns casos, expectativas de uniformização para a atuação das ouvidorias, para além da utilização de um mesmo sistema informatizado.

### 5.3.9 Textos e contextos

Isto considerado, é possível supor que a atuação das ouvidorias do Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo federal exercerá determinada influência no funcionamento das demais, além daquela que já é definida pela lei 13.460. Corroborando tal ideia, o decreto 9.492 também institui a Rede Nacional de Ouvidorias (Incluído pelo Decreto nº 9.723, de 2019), “[...]com a finalidade de integrar as ações de simplificação desenvolvidas pelas unidades de ouvidoria dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”.

A adesão a esta rede é voluntária. Os incentivos técnicos apresentam-se atrativos, uma vez que garantem ‘uso gratuito de sistema informatizado e integrado’, o E-Ouv e ‘capacitação



para agentes públicos em matéria de ouvidoria e simplificação de serviços’, alinhando necessidades normalmente frequentes entre os entes federativos e que abarcam, além das funções mais tradicionais de ouvidoria, a administração da iniciativa chamada ‘Simplifique’, que trata da desburocratização para acesso a serviços públicos, o que compõe, ao menos tangencialmente, a abordagem da lei 13.460.

O sistema informatizado oferecido pela iniciativa da OGU é o E-Ouv, também disponível a municípios e unidades vinculadas em sua versão ‘E-Ouv municípios’ (BRASIL, 2017b). O termo de adesão a este sistema e a todo o Programa Federal de Fortalecimento das Ouvidorias (PROFORT) vincula a entidade aderente às orientações da Ouvidoria-Geral da União quanto aos procedimentos referentes à utilização do Sistema.

O sistema OuvidorSUS, em sua especialidade, disponibiliza recursos gerenciais específicos para administrar as informações relacionadas a subtemas da saúde, as tipificações, além de disseminar informações por meio do Banco de Informações Técnicas em Saúde (BITS) e permitir o cadastramento de sub-redes da ouvidoria do SUS. O recurso contratual que utiliza, diferente do ‘Termo de Adesão’ do E-Ouv, é um “Termo de Cooperação Técnica”, outra diferença no contexto da produção dos textos que aponta para vínculos de aderência a orientações, por um lado, e parceria cooperativa, por outro.

Outro campo contraposto entre as ouvidorias do SUS e a instituição de uma rede nacional de ouvidorias é a vertente normatizadora que esta última apresenta com mais ênfase, desde suas bases na lei 13.460, decretos que apresentam as regulamentações da normativa até o Programa PROFORT (O PROFORT oferece produtos para o cumprimento da Portaria Interministerial nº 424/2016, que torna obrigatória a criação de canais de recebimento de manifestações de ouvidoria para órgãos e entidades que recebam recursos federais por meio de transferências voluntárias).

Então, vê-se um movimento promotor de padronização de recursos e procedimentos para ouvidorias da administração pública geral dos entes diante da especialização da ouvidoria de saúde; O E-Ouv, capaz de administrar as manifestações em temas amplos e o OuvidorSUS, com disseminação de informações, tipificação especializada, organizado em uma rede nacional capaz de comunicar-se e enviar manifestações a outras localidades que o adotam.

Há ainda, além do contexto dos textos políticos e recursos tecnológicos, outras diferenças entre as políticas de ouvidorias que auxiliam a circunscrever a ‘personalidade’ das ouvidorias do SUS. As iniciativas de avaliação que se desenvolvem no âmbito das instituições coordenadoras das políticas para ouvidorias apresentam metodologias teoricamente próximas, pois afirmam a adoção de critérios de avaliação quantitativa e qualitativa. Mas apresentam,

conforme os textos disponíveis, ao menos uma distinção sutil, que faz conhecer, em comparação com o SNAIOS, a inclinação mais quantitativa do Programa de Melhoria Continuada das Unidades de Ouvidoria do Poder Executivo Federal (PROMOUV), que é instituído junto à disposição sobre o Modelo de Maturidade de Ouvidorias Públicas (MMOuP) (BRASIL, 2018d). A ideia de maturidade traz entrevista a possibilidade de ranqueamento, tal qual as idades que definem os seres ‘maduros’ ou ‘imatuross’.

Tal programa é apresentado com alguns qualificativos sobre a avaliação que propõe para as ouvidorias do poder executivo federal. A instrução normativa que o institui apresenta os detalhes e indica também sua incipiência, ao apresentá-lo em um momento de definição de instrumentos, mas já anuncia seu objetivo de “[...]estabelecer modelos de medição de desempenho e processos de apoio à melhoria da gestão das unidades do Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo federal[...]” (BRASIL, 2018d).

Aqui, salienta-se dois elementos que indicam distinção e contraponto com o SNAIOS. O ‘Modelo de Maturidade de Ouvidorias’ e a natureza da referência para a melhoria contínua dessas instâncias. A ideia de maturidade supõe um percurso ‘natural’ em direção a uma condição esperada, sugerindo uma espécie de ‘evolução’ em direção, justamente, a um ‘modelo’. A melhoria contínua, por sua vez, auxiliaria a alcançar esse modelo de maturidade. O SNAIOS, por sua vez, considera a melhoria contínua como uma consequência da prática de autoavaliação e compromisso com o caminho de qualidade definido por meio de uma avaliação situacional. A ideia de ‘maturidade’ não pode ser considerada no SNAIOS, pelo fato de a intervenção ser compreendida em contextos específicos, local e temporalmente. Os contextos condicionam a expectativa possível para a qualificação das ouvidorias do SUS. Ou seja, não é possível contar com a ascensão a parâmetros estabelecidos em um percurso de tempo ininterrupto, pois as alterações que ocorrem, por exemplo, com a mudança de governos, podem facilmente influir no serviço de ouvidoria do SUS, como em qualquer outro serviço público local. Seria, como propõe E5, ao referir-se à qualidade no trabalho das ouvidorias:

[...]cê precisa saber que cenário ela tá vivenciando, o quê que realmente ela tá...é uma avaliação que a própria ouvidoria pode te dizer, pode fazer de si mesma, né[...]. Eu acho que a qualidade é sempre um, é um, é sempre um caminho. A gente nunca chega lá. Por isso que eu falei que tantas coisas passam pela qualidade, porque algumas coisas a gente alcança, outras a gente não alcança. Algumas a gente alcança hoje e perde depois pra alcançar outras. Então a gente tá sempre num processo que é muito dinâmico[...]o SUS é dinâmico[...].

Embora o SNAIOS adote a expressão ‘melhoria contínua’ em seu referencial de qualidade, sua estratégia de qualificação das ouvidorias do SUS é focada na promoção da educação permanente, que propõe a integração de dimensões de assistência, gestão e formação.

É possível aventar, com essas diferenciações sutis, também as perspectivas de educação que pretendem balizar essas iniciativas governamentais de avaliação. No SNAIOS, a educação permanente. No PROMOUV, com seu modelo de maturidade e a constante disponibilização de cursos à distância, assim como presenciais, propostos pelo Programa de Formação Continuada em Ouvidoria (PROFOCO), a educação continuada.

Por meio da abordagem dessas iniciativas de avaliação das ouvidorias, pode-se ainda citar a diferença entre a avaliação pretendida pelo PROMOUV, como um ator associado às políticas induzidas pela OGU, e a perspectiva de avaliação externa a partir de uma agência independente, como pretende o SNAIOS. Um, um programa instituído e vinculado ao tradicional órgão de controle do Governo Federal. Outro, um sistema que anuncia sua operação por meio de agência independente.

Os sistemas informatizados considerados podem ser visualizados como vertentes distintas do trabalho de uma ouvidoria. O OuvidorSUS apresenta-se instrumentalizado para um processamento de manifestações que inclui tipificações aprimoradas, em consonância com sua especificidade, assim como capaz de promover um enredamento mais expansivo dentro das unidades de assistência e gestão da saúde, em forma de subredes (ou pontos de resposta, como atualmente vem sendo nominado esse recurso, no desenvolvimento de uma nova versão atualizada do sistema. Versão esta que deve comportar, entre suas funcionalidades, a possibilidade de comunicar-se com o E-Ouv).

O E-Ouv volta-se ao atendimento das determinações da lei 13.460, seus prazos e regras de procedimento para o processamento das manifestações, à perspectiva generalista de tratamento e ao investimento na simplificação desses processos. Não disponibiliza recursos de ramificação da ouvidoria entre as repartições das instituições, em forma de pontos de respostas, tal como o OuvidorSUS.

Os textos que subsidiam tais políticas da OGU e CGU, em forma de decretos, instruções normativas e publicações em páginas de internet indicam processos de acomodação à influência normatizadora da lei, de maneira que, devido à sua precocidade, temos ainda por vir as repercussões práticas dessa iniciativa, as formas que ela efetivamente assumirá entre os entes federados e todos os atores que os integram.

De qualquer forma, tem-se já algumas manifestações visíveis dessas repercussões, em forma de divulgações que transparecem a avaliação quantitativa do desempenho das ouvidorias públicas que aderiram ao sistema informatizado E-Ouv ou E-Ouv municípios. O ‘Painel Resolveu?’, criado pelo então Ministério da Transparência e Controladoria, apresenta-se como uma ferramenta que

[...]reúne informações sobre manifestações de ouvidoria (denúncias, sugestões, solicitações, reclamações, elogios e pedidos de simplificação) que a Administração Pública recebe diariamente pelo sistema e-Ouv. A aplicação permite pesquisar, examinar e comparar indicadores de forma rápida, dinâmica e interativa. [...] o painel visa dar transparência e fornecer dados que auxiliem gestores e cidadãos no exercício do controle por meio da participação social.[...].(BRASIL, 2018b).

As atribuições da ouvidoria, como previstas na lei 13.460 (BRASIL, 2017c) mantêm correspondência com a Ideia-Força definida por Fernandes, Moreira e Ribeiro (2016), na medida em que se fixa nos contornos técnicos dessa instância. Os procedimentos que determina para o tratamento das manifestações, especialmente a ‘decisão administrativa final’, entendida como *‘ato administrativo por meio do qual o órgão ou a entidade da administração pública federal se posiciona sobre a manifestação, com apresentação de solução ou comunicação quanto à sua impossibilidade’* (BRASIL, 2018a), ao visar a defesa de direitos e o aperfeiçoamento da administração pública, remetem as ações da ouvidoria à atividade de arbitragem, tanto em sua acepção popular de julgamento quanto na medida em que esta não se restringe a ela, mas amplia-se pela ação de ‘destinar’, ‘deliberar’ a partir do evento da manifestação.

A discussão sobre a influência de órgãos de controle, como a OGU, na atuação das ouvidorias do SUS, parece confluir com a própria intersecção de atribuições constitucionais a que ambas remontam, o artigo 37 da CF. E, no entanto, a reivindicação de uma diretriz própria, específica às últimas, pode ser interpretada como legítima ao recorrer também à constituição, em seu artigo 198 e, ainda, à história de desenvolvimento dessas instâncias, pautadas reiteradamente nas Conferências Nacionais de Saúde (SANTOS; NEVES; SANNA, 2014) ao longo de duas décadas, assim como em todo o aparato participativo, tecnológico e institucional que lhes vem assistindo.

Nesse sentido, justifica-se o entendimento de que

[...] A gente tem um conceito, a gente tem uma lógica dentro de uma política pública que tem todo um viés constitucional ali, que é diferente de outras questões. E isso é importante. (E4).

Entende-se que há determinada densidade na existência e desenvolvimento das ouvidorias do SUS que autoriza as reivindicações para a manutenção de sua especialidade. É uma reivindicação que, em outras palavras, remete à consideração do contexto específico dessa política. A dimensão política das ouvidorias do SUS abrangida pela definição do SNAIOS parece incorporar essa compreensão:

[...]Ouvidoria como espaço humanizado, institucionalizado e múltiplo. Nesse espaço, de forma individual ou coletiva, os cidadãos exercem seu direito constitucional de participar do SUS. Com isso, passam a influir na gestão do SUS (políticas, ações, serviços e práticas em saúde), contribuindo para um Estado mais democrático e mais próximo de suas necessidades. (MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO, 2018, p. 10).

Concomitante às justificativas técnicas, históricas e legais para a defesa pela especialização das ouvidorias do SUS, entende-se haver nos discursos, assim como se manifesta em grande parte das reivindicações políticas e sociais, uma busca por empoderamento, que tenderia a se manifestar, na defesa das ouvidorias do SUS, em estratégia que recorda, ainda que remotamente, o insulamento burocrático, como apresenta Nunes (2010).

Assim, as críticas endereçadas ao DOGES estariam denunciando a falta daquele Departamento em fomentar, robustamente, os respaldos burocráticos capazes de diferenciar e proteger a especialidade das ouvidorias do SUS, por meio de uma política própria. Nesse mesmo sentido, pode-se acrescentar a expectativa por melhorias no desempenho do sistema informatizado OuvidorSUS. Ainda que ele já se apresente como uma ferramenta especializada para o tratamento de manifestações relativas à saúde pública, são recorrentes as indagações sobre a incorporação de novas funcionalidades, algumas das quais o sistema E-Ouv apresenta em seu nascedouro. Por exemplo, a possibilidade de anexação de arquivo de mídia quando do registro de uma manifestação via *web*.

### 5.3.10 Gramáticas

Para harmonizar-se ao conceito de ‘insulamento burocrático’, mais ainda, para o sucesso da defesa estratégia que remontaria a essa ‘gramática’, haveria que se conceber as ouvidorias do SUS como uma política prioritária. E, no entanto, as reivindicações dos ouvidores sugerem, ao contrário, a ameaça de seu preterimento quando em face das influências normativas dos órgãos de controle ou do apoio intempestivo do gestor federal. Além de que, por definição, o insulamento burocrático comportaria, de pronto, a blindagem da política em relação a pressões populares, - um paradoxo incompatível com a função social das ouvidorias.

A iniciativa da OGU/CGU, com sua oferta de parametrização para a atuação das ouvidorias públicas, estaria, por sua vez, adotando o universalismo de procedimentos para alcançar a proteção da política que ora implementa com a Lei 13.460 e seus desdobramentos normativos. Nesse sentido, alinha-se à perspectiva de um relacionamento entre Estado e Sociedade baseado em um capitalismo racional, como define Max Weber, em que as relações no domínio público estariam amparadas em critérios de individualidade e não pessoalidade.

De modo que, contrapostas as perspectivas de usuário a que as políticas para as ouvidorias públicas se remetem, temos uma, ‘universal’, que concebe sua relação com ele (o usuário de serviços públicos) sob o ponto de vista de um contrato. Outra, a do SUS, pela manutenção de um sentido e interação históricos.

Ambas estratégias, de qualquer modo, conquanto venham a representar objetivos ‘nobres’ na efetivação de uma democracia participativa e asseguramento de direitos, apostariam, conforme essa nossa conjectura, em uma separação estanque entre política e burocracia. Contudo, insinua-se pouco provável a viabilidade dessa separação. De modo que a proteção e promoção das políticas em discussão tenderia a demandar, como habitualmente, uma constante participação dos atores interessados em sua defesa e busca de estratégias de negociação, sempre renovadas, nas arenas políticas, burocráticas, de implementação efetiva, qualificação da intervenção e apoio institucional. Ou, como escreve Camargo e Gomes (2016):

[...]a vontade política, como elemento subjetivo da ação, sofre a pressão conformadora dos elementos estruturais, o que implica reconhecer a importância de elementos como a localização institucional, a autonomia, o objeto de atuação ou sua sujeição ativa. Em outras palavras, não basta a vontade de converter uma ouvidoria em mais ou menos eficiente ou mais ou menos democrática. São necessários arranjos institucionais que viabilizem a realização de tais aspirações.(p. 37).

### 5.3.11 Descentralização

No mais, há uma aparente contradição relativa à reivindicação de uma política específica para as ouvidorias do SUS. Se elas ascendem aos entes federados e instituições de saúde pública por forte influência do princípio da descentralização (PEREIRA, 2002), a autonomia e iniciativa locais para sua implantação e atuação poderiam sofrer limitações de uma política central? Ou seja, qual seria a medida para investir em diretrizes gerais no tocante à política para as ouvidorias do SUS e preservar, ao mesmo tempo, a autonomia dos entes federados e outras instituições gestoras de saúde que as implementam?

Tal contradição traz à discussão o tema da descentralização, tal como apresentado por Arretche já em 1996, apontando-a como benefício assentido, a princípio, entre diversos governos que recorriam às suas modalidades, mas que demonstrou maior complexidade, na prática, frente à sua idealização como promotora da “[...]*superação de problemas identificados no Estado e nos sistemas políticos nacionais*”. (ARRETCHÉ, 1996, p. 44).

Arretche (2004) problematiza a relação que se estabelece entre os entes federativos na condução das políticas públicas. A autora afirma que “[...]a *concentração da autoridade política varia entre as políticas particulares, de acordo com as relações intergovernamentais*[...]” (ARRETCHÉ, 2004, p. 17). Essas relações atravessam as questões

tributária e fiscal, configurando disparidades na capacidade de gastos entre os entes federados, ainda que os sistemas constitucionais de redistribuição constituam-se em tentativas de modulação das receitas. Também os arranjos político-partidários demonstrariam, por outro lado, insuficiência para determinar o sucesso da coordenação de políticas sociais em nível federal, a despeito das estratégias de coalizão que o sistema federativo e multipartidário oportuniza.

Ao observar que a Constituição de 1988 estabeleceu um formato de competências concorrentes para a implementação de políticas sociais, também se constata que a descentralização desse poder executor não estabelece incumbências definidas. A descentralização se dá no nível fiscal, mas, pouco, no nível de atribuições de competências. E, a despeito das tentativas para equalizar as capacidades de gasto que o sistema de transferências vem induzir, as disparidades nessas capacidades permanecem notáveis. Assim, a autora entende que a distribuição de competências, no sistema de governo federativo, tende a reproduzir, nas políticas públicas, um conjunto de efeitos esperados, como “[...] *superposição de ações; desigualdades territoriais na provisão de serviços; e mínimos denominadores comuns nas políticas nacionais*[...]” (ARRETCHE, 2004, p. 22).

Por isso, “[...] *a coordenação federal dos programas sociais se justifica tanto por razões relacionadas à coordenação das decisões dos governos locais quanto para corrigir desigualdades na capacidade de gasto entre Estados e municípios.*” (ARRETCHE, 2004, p. 20). Exemplifica-se, nesse sentido, a vinculação de repasses federais que habitualmente estimula ou condiciona a adesão e implantação de políticas específicas, apresentadas pelo Ministério da Saúde em forma de portarias e demais normativas.

O entendimento de Arretche acrescenta, assim, material pertinente à compreensão das reivindicações dos ouvidores pela coordenação federal das políticas relacionadas às ouvidorias do SUS. A aparente contradição relativa aos poderes conferidos pela descentralização político-administrativa dissolve-se na configuração imprecisa que a constituição federal determina ao estabelecer competências concorrentes, à disparidade da capacidade de gastos e à insuficiência dos arranjos político-partidários. A coordenação federal seria uma medida promotora e protetiva para essa política, entre as estratégias disponíveis. Entende-se, ainda, que os mais de quinze anos de institucionalização do DOGES, “[...] *dentro do tipo né, de leitura progressista de governo* [...]”(E4), com a prática de construção coletiva dos conceitos, orientações, instrumentos e referências em que participaram e vieram se balizando as ouvidorias estaduais e municipais do SUS, auxilia a identificar legitimidade na atuação desse ator institucional e, por isso mesmo, as expectativas quanto ao seu posicionamento diante de uma eventual ameaça

que as ouvidorias do SUS venham sofrer em sua ‘personalidade’ poderiam ser compreendidas com relativa naturalidade.

Há ainda, por fim, outros dois aspectos apontados pela autora, que influenciam a posição do ente federal na condução de uma ou outra política pública. De um modo geral, a herança que o regime militar oferecia à organização institucional para a gestão das políticas sociais foi incorporada pelo regime democrático. E, especificamente, a política de saúde, com essa herança, manteve determinada concentração de atribuições ao ente federal. Discriminadamente, através do Ministério da Saúde, é exercida a

[...]autoridade para tomar as decisões mais importantes nesta política setorial. Neste caso, as políticas implementadas pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências federais e das regras definidas pelo Ministério da Saúde. Em outras palavras, o governo federal dispõe de recursos institucionais para influenciar as escolhas dos governos locais, afetando sua agenda de governo. (ARRETCHE, 2004, p. 22).

Assim, é possível visualizar a amplitude de influências que os contextos político-institucionais, constitucionais, históricos e textuais imprimem à eventual implementação de uma política específica para as ouvidorias do SUS e auxiliam a compreender as manifestações dos ouvidores estaduais na definição e defesa dessas instâncias.

Cabe ainda mencionar que o SNAIOS é diretamente fundamentado nas condições díspares de implantação de políticas sociais e, portanto, na configuração local que assumem as ouvidorias do SUS. Seus argumentos e padrões para referenciar a qualidade nessas instâncias priorizam especialmente as capacidades locais, de modo que, embora o SNAIOS seja financiado, apoiado e tenha sido ‘encomendado’ pelo ente federal, é ele um projeto de política que se apoia e investe na configuração político-administrativa descentralizada do SUS para abordar as ouvidorias, com o intuito de fortalecer suas capacidades institucionais.

### 5.3.12 Lugar ao SUS II

De outra forma, em definição primacial, a ouvidoria pôde ainda ser destacada pelo seu papel de incluir o usuário nos espaços da gestão, em um mesmo movimento que procura dar-lhe personalidade e que recorre à sua associação com o SUS:

[...]Mas eu acho que o principal papel é, é fazer a voz do, do cidadão ser ativa dentro da gestão. Provocar mudanças, provocar melhorias dentro da, da gestão do SUS, visando um acesso maior, um acesso com maior qualidade dentro dos princípios do, do Sistema, garantindo os princípios do Sistema de Saúde, né, do Sistema Único[...] (E5).



A ouvidoria é elevada ao seu papel de proporcionar ao cidadão participação nos espaços de gestão da política de saúde, retomando sua função inclusiva e de proximidade com o usuário. Isso se dá conforme uma política específica, o SUS, que traz em sua implantação elementos de democracia participativa.

O objetivo dessa participação, além de seu valor intrínseco, é também balizado por objetivos avaliativos, que, no discurso, são associados à parâmetros de qualidade e à capacidade de provocar mudanças.

Seja o acesso um parâmetro para aferir qualidade, como habitualmente é identificado na disciplina da avaliação em saúde, seja ele associado aos princípios do SUS, ressaltado no discurso, o usuário é participante de uma avaliação que se dá, aqui, por meio da ouvidoria. O referencial para a qualidade, para além de uma subdimensão donabediana baseada em indicadores de conformidade, é apresentado por '*princípios do Sistema de Saúde[...]do Sistema Único*', pelos quais a 'voz do cidadão' é feita ativa, com o objetivo de provocar mudanças e melhorias em direção à qualidade.

Tem-se com isso, nessa descrição sumária, a ênfase que a ouvidoria assume enquanto uma instância de inclusão e participação, mas, também, um viés personalístico proporcionado por um sistema de referência específico, o SUS, e, ainda, um instrumento avaliativo para subsídio à gestão, à gestão participativa. É possível observar com isso, ainda, uma aproximação bastante sintônica à exposição que faz a Portaria 2.416/2014 quanto aos objetivos da Ouvidoria do SUS (BRASIL, 2014d):

Art. 2º Os serviços de ouvidoria do SUS têm como objetivo aprimorar o acesso, pelos cidadãos, às informações sobre o direito à saúde e ao seu exercício e possibilitar a avaliação permanente dos serviços de saúde, com vistas ao aprimoramento da gestão do SUS.

### 5.3.13 Ressonância e transcendência institucional

Para além dessa sua relevância imediata, entretanto, as ações da ouvidoria ultrapassam a vocalização dos usuários, de forma que escapa ao seu alcance as repercussões que o tratamento que dá às manifestações atinge. Tal condição acrescenta complexidade ao trabalho da ouvidoria:

[...] Eu acho que o trabalho da ouvidoria ele é bastante complexo. Algumas pessoas, às vezes não, não tem essa dimensão, né, [...]. Às vezes a gente mesmo dentro da ouvidoria não tem essa dimensão mesmo de, de todas as áreas que a gente pode tá influenciando, que pode tá provocando algum tipo de mudança, porque a gente nem sempre tem retorno daquilo que, dos desdobramentos que uma demanda tem. A gente vai ter a resposta da demanda, e não o retorno do desdobramento. Então às vezes a área técnica te dá uma resposta pra cumprir um prazo, mas ela segue refletindo em cima daquilo ali e tomando decisões, a par..., provocado por aquela demanda e esse retorno nem volta pra ouvidoria. Então a gente não tem noção da onde a gente consegue chegar com as demandas da ouvidoria[...] (E5).

A complexidade que caracteriza a sociedade capitalista e contemporânea envolve a especialidade de funções que também se materializa nas instituições públicas, sobretudo quanto mais emaranhadas elas são. A imbricação de departamentos, repartições, coordenações e demais unidades funcionais que se manifesta nas grandes organizações não comporta necessariamente uma comunicação fluida entre elas. De modo que, vinculados às suas unidades, os trabalhadores frequentemente encontram-se envolvidos e conhecedores dos âmbitos específicos de suas atividades rotineiras, facilmente desvinculados dos objetivos gerais das instituições.

Tal realidade proporciona as condições exemplares para a experiência de alienamento, simplificada aqui utilizada como uma desvinculação entre o esforço empreendido pelo trabalhador e o sentido do trabalho. No limite, mas frequentemente, essa condição é associada à atomização das atividades laborais humanas que se configura em um retrato típico da modernidade (ou pós-modernidade, a depender das referências adotadas).

As proporções que a peculiaridade da ouvidoria do SUS apresenta, ao resultar do envolvimento de outras áreas para a execução de seu trabalho, ocasiona algumas repercussões práticas - razão pela qual a instrumentalização a elas disponibilizada pelo DOGES, em forma do tradicional sistema informatizado, prevê a instauração de pontos de resposta (ou sub-redes) em uma rede de compartilhamento de informações. Esta característica é uma entre mais que envolve recomendações e orientações para a implantação de ouvidorias, podendo ser citadas, igualmente, a sensibilização desses interlocutores, que responderão as manifestações conforme as áreas competentes, a mobilização da gestão para incorporar o serviço de ouvidoria e sua divulgação (BRASIL, 2014b). São esforços que envolvem a preocupação em integrar o serviço de ouvidorias às demais repartições das instituições, para o reconhecimento de sua relevância e papel na organização e no Sistema Único de Saúde.

E, entretanto, na prática, as repercussões que as ações empreendidas por ocasião das manifestações da ouvidoria, ao espriarem-se para além da repartição onde ela se insere, depõem a favor da integração efetiva que a ouvidoria exige para seu adequado funcionamento. Se a ouvidoria é um espaço institucionalizado e múltiplo, essa condição solicita algo além da tendência a ser reproduzido, nas instituições contemporâneas, o funcionamento atômico e solipsista associado à atuação utilitária das repartições, departamentos ou coordenações.

*Folder* publicado pela SGEP, em maio de 2016, auxilia a identificar esse aspecto integrador que a ação da ouvidoria do SUS proporciona:

A Ouvidoria do SUS possui um papel fundamental de integrar as áreas técnicas dos órgãos de saúde, de modo a qualificar as respostas às manifestações. Ao instituir uma cultura de diálogo dentro da gestão, promove, de forma coletiva, a melhoria dos processos de trabalho da administração pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O sentido do discurso demonstra justamente a consciência da repercussão, da transcendência que a ouvidoria incorpora para além do cumprimento de funções utilitárias, ao constatar que, mesmo com as tendências de gerenciamento compartimentalizado reproduzidas nas instituições, pois - *‘a gente nem sempre tem retorno [...] dos desdobramentos que uma demanda tem’*, a ação da ouvidoria ultrapassa o seu departamento. Por isso, ao adjetivo ‘complexo’ com que o sujeito designa o trabalho da ouvidoria poderia ser auferida a tradução: ‘transcendente’, ainda que nem sempre haja o *feedback* mais exato do alcance de suas repercussões, o que demonstraria seu funcionamento necessariamente integrado: “[...] *a gente mesmo dentro da ouvidoria não tem essa dimensão mesmo de, de todas as áreas que a gente pode tá influenciando, que pode tá provocando algum tipo de mudança[...]’*”.

De fato, ‘dentro da ouvidoria’, enquanto repartição unitária, é o lugar provavelmente limitado para acessar seu alcance, sua repercussão. Sua ação, na hipótese da adequação de sua função, repercute em alguns caminhos prováveis, como o cumprimento da legislação do SUS, em algum(ns) de seu(s) princípio(s), diretriz(es) e especificações, seja incluindo o usuário na gestão da saúde, na defesa de direitos, no cômputo, análise e interpretação de informações sensíveis à avaliação dos serviços e no auxílio ao planejamento de saúde. E, ainda, cabe destacar que as ações das ouvidorias do SUS justificadamente atingem também outras organizações, poderes e instituições que, de alguma forma, concorrem com o SUS para o cumprimento de funções de Estado.

## 5.4 ACREDITAÇÃO

### 5.4.1 Acreditação: origens e concepções

Semelhante ao tema da avaliação em Saúde, a acreditação é assunto de conhecimento aproximado entre os sujeitos entrevistados. Ao observar o conjunto dos discursos, o que há de unísono entre eles é a absorção da proposta de acreditação que tem sido desenvolvida para as ouvidorias do SUS, por meio do SNAIOS. Mas suas experiências e entendimentos pregressos variam do desconhecimento, passando pelo ‘ouvir falar’, até experiências pessoais ao longo do percurso profissional. A despeito das dispersões, a maioria dos ouvidores relata os pontos mais

correntes que envolvem procedimentos de acreditação. E sobre o SNAIOS, muitos aspectos específicos são trazidos ao diálogo.

A percepção dos entrevistados sobre o assunto abrange, inicialmente, as referências de creditações que ocorrem nos hospitais:

[...] muito mais na área da saúde a gente vai ter uma cred, uma acreditação, ãnh, mais dura, né, que é mais da área hospitalar, que visa certificar as instituições, dizendo que elas tem lá um, um ISO de qualidade[...]. (E5).

A esse modelo de acreditação são acrescentados alguns qualificativos e há algum detalhamento a respeito do espectro que ele assume, assim como de méritos e metodologias predominantes. Seria, por um lado,

[...]mais uma padronização e normatização de procedimentos e serviços, podendo promover facilidades ou burocracias. É muito mais voltado para a organização das instituições do que para a qualidade dos serviços prestados.(E3).

Como também, de outra forma, apresentaria potencial para incidir em mudanças positivas nas instituições, independente de seu caráter mais ‘duro’, relacionado também ao controle de custos dos procedimentos hospitalares. Pois, de qualquer forma, estaria a acreditação voltada para a melhoria da qualidade dos serviços e da segurança do paciente:

[...]Quando uma instituição resolve buscar um processo de certificação, de acreditação, é porque ele realmente tá buscando fazer um serviço melhor. Seja qual for o, o caminho que ele tá seguindo pra isso, ele tá buscando se qualificar, tá buscando se certificar, tá buscando prestar um serviço com uma qualidade maior. Algumas a, creditações, às vezes, vão ter um jeito um pouco mais duro, mas eu acredito que elas sejam sempre muito detalhistas[...] normalmente são coisas extremamente técnicas, baseadas em evidências, né, que agregam uma qualidade maior, que agregam, ãnh...novas tecnologias pras instituições. Eu acho que quem busca acreditação também tá buscando novas tecnologias, uso de novas, de novas metodologias de trabalho. Tão buscando processos de trabalho que no final gera qualidade pro usuário, né[...]Então, se pensa numa instituição hospitalar, a gente, em uma instituição que tá buscando um processo de acreditação, ela tá buscando uma qualidade e uma segurança maior pro paciente. Eu acho que passa por esse tema de segurança do paciente, segurança é, do, do usuário. (E5)

Mais precisamente, seria assertivo notar que a organização do discurso faz crer que o precursor das melhorias possíveis pela acreditação é a instituição que ‘*resolve buscar um processo de certificação, que ‘tá buscando se qualificar, tá buscando se certificar, tá buscando prestar um serviço com uma qualidade maior’*. Com esse olhar, a metodologia utilizada para tanto, de fato, assume um protagonismo relativo, ‘*Seja qual for o, o caminho que ele tá seguindo pra isso*’. É uma referência intuitiva à prerrogativa de adesão voluntária ao processo de acreditação.

Como apresentam Fortes, Mattos e Batista (2011), assim como Scrivens (1997), a formatação que a acreditação assume em diferentes países pode manifestar-se associada a

mecanismos de *accountability* ou operar com a perspectiva primacial de orientar-se para uma qualificação idealizada por padrões ‘sublimes’, ainda que eventualmente desnecessários à suficiência de uma prestação de contas. Sua distinção, no caso em que a qualidade se apresenta como um percurso idealizado e permanente, está mais alinhado à acomodação que a prática encontrou no Brasil, onde a adesão ao processo é voluntária, o que supõe o compromisso mas, antes, o interesse da instituição proponente. A predileção por esta nuance metodológica de acreditação é compartilhada por Ellie Scrivens e também foi a instrução de Humberto de Moraes Novaes, ao desenvolver e conduzir o Programa Brasileiro de Acreditação.

O SNAIOS reproduz este modelo, no que diz respeito à voluntariedade da adesão e, como Scrivens (1997) e Novaes (2015), a concepção de uma entidade acreditadora independente para a realização do processo. De maneira que a perspectiva de adesão voluntária apresentada no discurso, ao deixar entrevista a função qualificante na iniciativa de ‘*buscar um processo de certificação, de acreditação*’, e deduzir que ‘*é porque ele realmente tá buscando fazer um serviço melhor*’(E5), encontra respaldo na metodologia adotada no Brasil, tanto para a acreditação de hospitais, acreditação pedagógica e no SNAIOS. É um ponto de sintonia entre as metodologias que atuam no país.

No tocante às referências tradicionais de acreditação hospitalar, percebe-se a incidência das construções donabedianas que estabelece padronizações para a avaliação no âmbito da tríade estrutura, processos e resultados, assim como o foco em desempenho e resultados como medidas para ascendência no desenredo da avaliação. Essa metodologia é valorizada, no discurso (E5), ao associá-la a ‘evidências’ e outras concepções de acurácia, resultando, assim, em benefícios para o paciente. Ao passo que os aspectos gerenciais do hospital são destacados como objeto da acreditação em E3 e E5, tanto pela ‘padronização de procedimentos e serviços’ como pela busca de ‘novas tecnologias’ e ‘metodologias de trabalho’, o que indica também a potencialidade para avaliações de processo que auxiliariam o alcance de resultados e desempenhos mais aprimorados. É um retrato bastante próximo da forma com que Novaes(2015) nomeia a acreditação, -‘*educação permanente da gerência hospitalar*’. Enquanto E3 sumariza no que poderia ser entendido como um gerencialismo a acreditação de hospitais, relativizando sua potencialidade para melhorias dos serviços, E5 procura resgatar seu valor, a despeito da metodologia ‘mais dura’ com que se apresenta.

#### 5.4.2 Metodologias possíveis

Bases metodológicas, finalidades e, tangencialmente, a forma de adesão voluntária da acreditação hospitalar são aventadas. Um tanto mais direto, o entendimento sobre metodologias utilizadas em procedimentos de abordagem da qualidade foi tratado por meio de referências aos parâmetros utilizados, - aos padrões, no caso das acreditações, aos critérios de pontuação, no caso dos ‘Prêmios de Qualidade’, ‘ISO’. Consoante a essa lógica de parâmetros, o SNAIOS é incluído entre tais categorias, distinguindo-se, metodologicamente, pelo fato de suas referências pautarem-se no *status* da própria ouvidoria em acreditação. Seria mantido, de qualquer forma, a primazia da ideia de ‘medição’ a partir de parâmetros. Assim também como o sentido que envolve melhorias contínuas.

[...]Então você revê os seus processos de trabalho e você tenta melhorar o processo de trabalho. Acho que a acreditação é um pouco nesse sentido, né. De você ver o seu processo de trabalho, ver como ele tá. Se ele tá adequado, se ele não tá, corrigir as falhas, dar andamento naquilo, né. Eu acho que é um pouco esse, essa lógica, né. Tanto no processo de qualidade, melhoria pra qualidade, da excelência da qualidade, como num processo de acreditação. Só muda mesmo as nomenclaturas, mas você tá no mesmo jeito. Ou de você se avaliar[...]dentro do seu percurso, né, ou de você se comparar com outros [...] Ou você se compara com você mesmo, ou você se compara com critérios internacionais. Acho que tudo...todas são medições, mesmo que, na lógica da acreditação institucional (refere-se ao SNAIOS) você não...você não leva a lógica da medição[...]você tem que ter uma base, que é você mesmo, né.[...] Aí a acreditação eu entendo nesse sentido né. De um, de uma melhoria contínua[...](E4).

O recurso a medições e o alcance quantitativo da avaliação proposta pelo SNAIOS volta-se, primeiramente, para a viabilização de um plano de ação que a ouvidoria deve traçar a partir da adesão ao processo de acreditação. O valor desse recurso metodológico, de origem positivista, incorpora-se como um agregado de conhecimentos científicos basilares das avaliações em seu percurso geracional, como apresentado por Guba e Lincoln (1989). Porém, os recursos de quantificação estão entre os instrumentos operacionais utilizados no processo avaliativo. A interpretação dos achados da avaliação, aqui compreendida como pesquisa qualitativa, aborda os aspectos descritivo e de mensuração como um material pertinente, mas que compõem um conjunto mais amplo de fenômenos e informações relevantes.

A melhoria contínua é buscada, é objetivo da oferta do SNAIOS, que compreende a qualidade como o caminho percorrido nessa busca, de fato:

[...]Em seus fundamentos, a referência à qualidade do desempenho de ações pelas ouvidorias do SUS constrói-se mediante a melhoria contínua de práticas de acolhimento de manifestações dos cidadãos e usuários do Sistema Único de Saúde. (MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO, 2018, p. 7).

E, no entanto, as medições aplicáveis, enquanto recursos componentes da investigação avaliativa da ouvidoria, assumem função diferenciada de uma função objetivante, como prevê

o positivismo *per si*. Não é despropositada a caracterização da avaliação proposta pelo SNAIOS como uma avaliação quanti-qualitativa, por esses motivos explicitados, que permitem a abordagem de determinados padrões por meio de uma análise quantitativa ou normatizante, assim como os componentes subjetivos e contextuais que requerem análise qualitativa.

Na concepção do SNAIOS, a abordagem de aspectos quantitativos ou normativos é compreendida pela sua característica de conformidade a regras ou padrões cujo acesso é fixado e objetivamente verificável. Outra modalidade de olhar, que se volta à verificação da compacidade do plano de ação traçado por meio da autoavaliação da ouvidoria, é o seu aspecto de consistência, que se propõe como medida de estabilidade de seu planejamento de melhorias, baseando-se nos padrões referenciais de qualidade.

Ao discorrer sobre o processo de acreditação das ouvidorias do SUS, o facilitador Fernando Bessa, em fórum de discussão do Curso de Qualificação em Avaliação Externa de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS, sugere uma metáfora para compreender os conceitos de conformidade e consistência:

O caminho de qualidade de cada ouvidoria está expresso nos documentos enviados, no plano de ação e no relatório de avaliação, assim como expresso, também, no que foi observado *in loco* por ocasião das visitas de avaliação externa. Sendo assim, vamos usar os conceitos "consistência" e "conformidade" para avaliar o caminho de qualidade proposto pelas ouvidorias para si próprias. Consistência e conformidade, portanto, são como lentes usadas tanto para vermos o que está acontecendo quanto para vermos o que elas propõem que passe a acontecer. E o que dá o "grau" dessas lentes são[...]os padrões de qualidade. (FERNANDES, 2018).

É o conjunto dos dados levantados (documentos, relatórios de avaliação externa e de autoavaliação, plano de ação e observações *in loco*) na perspectiva da triangulação de métodos, que resultará na avaliação da ouvidoria. As extensas considerações de Minayo (2005, 2006) sobre o conceito dessa avaliação apontam para uma metodologia capaz de superar a dicotomia entre quantitativo e qualitativo, recorrendo a perspectivas interdisciplinares para a compreensão das informações que da avaliação resultam. Porém, vai mais além dessa integração de metodologias e perspectivas, procurando acessar compreensões mais aprofundadas sobre a intervenção avaliada:

[...]Ela se fundamenta também na teorização do contexto e do conteúdo do programa a ser avaliado e usa os instrumentos operacionais para analisar a produtividade, os efeitos e o rendimento da intervenção. Mas acrescenta aos outros elementos, a observação e a análise da dinâmica visível e subjacente dos atores sociais envolvidos no processo e suas representações, tanto em relação à ação sob julgamento como no interior do próprio processo de avaliação[...] (MINAYO, 2005, p. 28).

Os traços distintivos da avaliação por triangulação de métodos autorizam sua circunscrição como uma atividade específica e, ao mesmo tempo, híbrida. Utiliza-se de métodos quantitativos, o que a diferencia da pesquisa avaliativa. Prerroga a análise da autoavaliação

como componente do processo e, ainda assim, não se restringe a ele, o que poderia generalizá-la como uma avaliação participativa ou para a decisão (situacional).

E, ainda, acrescenta ao seu roteiro a ação do avaliador externo, ator associado à dimensão da objetividade na tradicional avaliação positivista. Aqui, entretanto, esse ator é requisitado a trabalhar com a dimensão subjetiva de sua experiência no processo de avaliação, de modo que seu relatório, seu parecer, comportará também uma dimensão transacional, dada a sua implicação com a ouvidoria em acreditação e o seu trabalho interdisciplinar com os demais avaliadores. No SNAIOS, com a avaliação externa,

[...]busca-se maior segurança naquilo que se faz, na medida em que se colocam, em perspectivas diferentes, leituras feitas na realização das ações de melhorias e nos relatórios de autoavaliação (MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO, 2018, p. 14).

Devido a essas diferenciações, que resultam no entendimento de que as medições são recursos componentes do processo de acreditação, mas não seu método essencial, considera-se que a forma com que é apresentada no discurso a compreensão do processo proposto pelas creditações, incluindo o SNAIOS, traz algum paralelo com a ideia de ‘maturidade’ proposta por outra metodologia aqui discutida, - o Modelo de Maturidade de Ouvidorias Públicas (MMOuP) (BRASIL, 2018c), o que permite entrever a primazia de indicadores quantitativos que indicariam a ‘evolução’ da ouvidoria em direção a algum ‘modelo’.

A ‘melhoria contínua’ mencionada no desfecho do discurso permanece um ponto de intersecção e objetivo compartilhado pelas avaliações que se apresentam às ouvidorias públicas e às do SUS. Porém, o entendimento de que ‘todas seriam medições’ pode se apresentar temerário, mesmo na hipótese de que ‘*você se compara com você mesmo*’, pois essa hipótese traz consigo uma ideia implícita de continuidade, quando a medida mais apropriada para se contrapor a ela, na concepção do SNAIOS, seria a de periodicidade e permanente deferência aos sentidos da atuação da ouvidoria.

O objeto de avaliação e de acreditação constitui-se em uma ‘gravitação’ que não tem prerrogativa de anterioridade *a priori*, mas manifesta-se em contexto local e temporal incomparáveis, por definição. A acreditação aqui, não resulta em *ranking* nem *rating*. Assim, sempre é necessária sua abordagem a partir do ambiente, da manifestação da intervenção *in loco*, quando, com a variedade de métodos utilizados pelo SNAIOS, pretende-se alcançar uma compreensão da ouvidoria em sua profundidade.



### 5.4.3 Viabilidade

Além do parâmetro alternativo com o qual o SNAIOS é percebido, ou seja, a auto-referência com que a ouvidoria se avaliaria, ele é também assinalado por outras diferenças. Entre elas, a autoavaliação, que, em algumas percepções, parece se apresentar como um dispositivo adequado para a avaliação das ouvidorias do SUS:

[...]eu, por trabalhar em ouvidoria e não nesse tipo de instituição, eu vejo a acreditação muito mais como um processo de autoavaliação, um processo onde as pessoas possam, ãnh, repensar o que elas fazem, né [...] Entender o que que é que elas, como pessoas, como trabalhadores, podem mudar, e aquilo que não é delas, que é do meio, que é do serviço onde elas tão inseridas, né, as coisas que a gente tem gerência para mudar e as coisas que a gente não tem gerência e o que que a gente faz com cada uma delas. Eu vejo a acreditação como um, um, um desencadeador de mudanças positivas dentro do órgão onde ela tá vinculada, assim, um, um espaço de grandes possibilidades, né, de, de provocar mudanças, de provocar as pessoas pra pensar sobre o que elas tão fazendo, pra rever os seus processos de trabalho, ver aonde elas tem potencial de falhas e aonde elas tem potencial de melhoria, né. De valorizar as potencialidades, né, e de pensar estratégias mais claras pra trabalhar com aquilo que a gente vê que é frágil dentro da instituição. (E5).

Pode ser intuitivo observar, nessa mudança de foco, do hospital para a ouvidoria, e do paciente do hospital para os trabalhadores da ouvidoria, as implicações que tal mudança venha a imprimir na metodologia da acreditação. A segurança do paciente supõe providências para asseguramento de disposições prévias conhecidas, pois o paciente vive a condição de assujeitamento às rotinas e práticas do hospital, enquanto para o trabalhador é mais viável a perspectiva de atividade no processo, visto que diferencia-se da condição de dependência estrita.

Neste mesmo caminho que considera a autoavaliação como dispositivo viável à acreditação de ouvidorias, temos a percepção de que ela permite um envolvimento maior de outras repartições da instituição de saúde e, com isso, robustece a atuação da ouvidoria e contempla sua utilidade para a gestão, ressaltado o objetivo de que toda a atividade volta-se ao cidadão de direitos:

[...]No caso do SNAIOS, a gente é que cria o formato, construindo coletivamente. Existem os padrões, mas a gente tem uma certa liberdade. A consistência estará na forma de fazer o trabalho e na atuação. É a introdução de uma cultura de autoavaliação que pode ser permanente. E como envolve os setores, pode ser uma forma de a ouvidoria empoderar-se e de a gestão poder fazer uso dessa ferramenta[...]Empoderar os cidadãos com seus direitos, este é o foco. A gente não pode só pensar no lado burocrático. (E3).

A viabilidade da proposta do SNAIOS é ainda discutida por conta da peculiaridade das ouvidorias do SUS, suas configurações locais e a ausência de uma ‘normatização’ que as suportem. Tais entendimentos, são expressos juntamente com perspectivas gerais de

viabilidade do sistema e de componentes que seriam necessários para proceder à acreditação de ouvidorias do SUS:

Primeiro, ter um corpo técnico qualificado para atuar; Segundo, ter clareza naquilo que se está querendo; Terceiro, avaliar de modo contextualizado uma ouvidoria do SUS, visto que essas ouvidorias não são normatizadas. Tem municípios sem condições financeiras ou sem condições técnicas. É importante que haja as propostas de gestão coletiva, do jeito que é o SNAIOS, já que as coisas são como são [sem normatização] [...]. (E3).

Ao ‘modo contextualizado’ recorrem outros discursos. Destacam aspectos adicionais aos contextos que influenciam, muitas vezes, diferentes condições técnicas e financeiras das ouvidorias. Apresentam também indícios que faz da relatividade das condições algo dependente de configurações político-institucionais.

[...]a partir da realidade de cada localidade e do tempo que cada local tá vivendo, de cada, né, instituição tá vivenciando ali. Eu acho que a, a gente tem muitas fases nesse processo de implantação de ouvidoria em que horas a gente avança, horas a gente retrocede. E acho que pensar um Sistema de Acreditação tem que levar em consideração isso. Levar em consideração o porte populacional, né, qual é a, a abrangência daquela ouvidoria, se é de um município pequeno, é um município grande, é um estado...E pensar formas de promover essa acreditação que consiga abranger todas essas ouvidorias. Porque não é porque ela tem uma população menor que ela tem uma importância menor. Né. Todos têm a mesma, ãh, hierarquia dentro do SUS.[...] (E5).

#### 5.4.4 Elogios e Sugestões

A viabilidade do SNAIOS para a qualificação das ouvidorias do SUS mostrou-se opinião predominante entre os sujeitos entrevistados. As críticas e proposições, entretanto, apontam para alguns aspectos variados que os sujeitos destacam. Há apontamentos que demonstram preferência por uma maior parametrização dos procedimentos e requisitos para a acreditação operar:

[...] se ela avalia também qualidade das ouvidorias, que eu acho que é uma das coisas que tá...implícita...eu acho que ela tinha que ser mais objetiva[...] Então, assim, eu acho que a acreditação ela deveria ser mais rigorosa e mais, e ter critérios mais objetivos pra gente poder alcançar. Eu acho que é importantíssimo essa avaliação das ouvidorias[...]Eu acho que deveriam ter questões mais objetivas, avaliações mais objetivas. Cumpriu determinada meta, você passou nesse teste, nessa etapa. Então nós vamos na segunda etapa[...] (E1).

Outra forma de abordar a objetividade relaciona-se, não aos procedimentos do SNAIOS, mas ao hiato entre sua apresentação e operação efetivas e às condições institucionais que o ouvidor vivencia:

[...]eu acho que a acreditação ela entrou pra gente, como ouvidores estaduais, ãnh, de uma forma, às vezes, lenta, e se eu sair do nosso lugar, que trabalha com execução, que precisa ter falas muito objetivas, cê não, não é ouvido pelo gestor.[...] tem que ser muito incisivo em algumas coisas. Prático, rápido, ágil, né.[...] (E5).

A preponderância de um sistema ou rede de ouvidorias do SUS mais organizada, fortalecida e administrada por diretrizes e legislação mais eficazes é reiterada entre os sujeitos como condição desejável, reivindicada e pujante para a integração do SNAIOS ao contexto pragmático das ouvidorias do SUS junto aos espaços de gestão.

Há ainda, entre os discursos, alguma análise a respeito do conteúdo do Referencial de Qualidade do SNAIOS, sugerindo que novos padrões poderiam enriquecê-lo, ao abordar alguns aspectos do trabalho das ouvidorias do SUS que não teriam sido contemplados, seja pela ausência, seja pela abordagem generalizada. Além disso, a preocupação com as melhorias efetivas que a acreditação pode trazer às ouvidorias fez surgir sugestões sobre a integração mais contundente de atores institucionais ao processo, haja vista a estreita dependência entre resultados efetivos da ouvidoria e a cooperação desses atores.

Considerando que o Referencial de Qualidade apresenta-se, atualmente, como um suporte básico, adequado para promover a avaliação de ouvidorias no estágio incipiente das experiências do SNAIOS, uma medida específica é sugerida para incrementar as referências de qualidade que ele traz, - um olhar mais dedicado ao clima organizacional nas ouvidorias do SUS e as condições relacionadas ao bem-estar de seus trabalhadores, uma vez que é mencionado haver, com frequência, significativo desgaste emocional entre eles. A qualidade da atuação da ouvidoria seria influenciada por estas condições e o Referencial de Qualidade não lhes dispensa, atualmente, atenção específica entre seus referenciais. Assim, é sugerido que a avaliação venha dispensar atenção a esse nível de cuidados, ao modo como a gestão das ouvidorias atua nesse sentido.

As diversas formas de aproximação com os ouvidores, que vêm sendo empreendidas por meio da divulgação, atividades conjuntas, produções (vide Documentos de Base), experimentos, etc... , relacionados aos SNAIOS, ao longo de sua criação, aparentemente, aumenta a oportunidade de recorrer à boa parte da linguagem utilizada pela metodologia proposta, e muitas das percepções transitam por essa linguagem, acrescentando suas contribuições, críticas, complementos. No nível operacional do sistema, pode-se encontrar exemplos de sua apreensão, ressaltando, novamente, a prática da autoavaliação. E, mais especificamente, parte do fluxo operacional do sistema:

Eu acho interessante esse feedback né...não é só dar os padrões, avaliar e pronto. Eu acho interessante a autoavaliação porque assim, enquanto a gente faz uma autoavaliação a gente repensa o nosso processo. Faz a gente pensar...no que que a gente tá fazendo, no que que a gente precisa fazer pra melhorar. Então eu acho superinteressante esse feedback. O relatório vai, o relatório volta, eles vão lá, eles te dão o retorno disso, eu acho isso totalmente...eu acho isso estimulador inclusive.”  
(E2).

## 5.5 DESAFIOS E PERSPECTIVAS

### 5.5.1 Metodologia

De um modo geral, a disposição das dimensões que o Referencial de Qualidade traz, ou seja, Infraestrutura, Gestão, Processos de Trabalho e Resultados não gera muitas discussões. Especificamente a respeito dessa eleição e organização de dimensões, as entrevistas todas parecem demonstrar um acordo tácito sobre sua adequação. Já em relação aos referenciais de qualidade, que seguem das subdimensões aos argumentos e padrões, foi possível conhecer novas sugestões para abordagem da qualidade, como a inclusão de referenciais adicionais e a sofisticação de alguns existentes. Já foi abordada a proposta de incluir, na dimensão da gestão, atenção ao clima organizacional e à saúde mental dos trabalhadores da ouvidoria. É possível acrescentar ainda a ênfase atribuída à profissionalização do trabalhador da ouvidoria e do ouvidor, assim como sugestão de revisão dos componentes que tratam da gestão da informação, a fim de refinar o seu alcance.

Tais sugestões direcionam-se a considerar, desde já, a possibilidade de avanços incrementais a partir da revisão do Referencial de Qualidade.

De outra forma, outras sugestões apresentaram-se mais voltadas aos procedimentos que o SNAIOS apresenta para a execução da acreditação institucional.

Embora não seja tão convergente ou, ao menos, não se apresente com tanta ênfase na maioria das entrevistas, identifica-se uma expectativa de que seria propositivo para o SNAIOS a adoção de critérios mais definidos e exigentes para a adesão ao processo de acreditação.

Essa evocação de requisitos mais rígidos para que as ouvidorias venham a aderir à acreditação, para que possam inscrever-se neste compromisso, caminha junto a uma preocupação de que poderia haver um descompasso entre o dispêndio necessário para operar um processo de acreditação e a frágil expressividade de determinadas ouvidorias em relação às suas estruturações e capacidades. Seria uma espécie de desequilíbrio entre custos e benefícios. Além disso, ao conceber a avaliação da qualidade como algo atrelado a uma normatização mínima, remeteria à necessidade de alguma padronização da rede de ouvidorias do SUS. Ao DOGES e à Fiocruz, no lugar de ‘administradores’ do SNAIOS, caberia, pela definição de critérios mais objetivos, ao mesmo tempo induzir maior padronização e identificar os possíveis proponentes à acreditação, a partir de requisitos mínimos e objetivos.

Tais perspectivas resvalam para a condição assimétrica que caracteriza as ouvidorias do SUS e às disposições gerais para a atuação dessas instâncias. Por um lado, aponta algumas preferências metodológicas mais ‘reconhecíveis’ para a atuação do SNAIOS. Por outro lado,

expressa um reclame pelo enredamento insuficiente de formatações mais padronizadas para ouvidorias do SUS, remetendo ao curto alcance de diretrizes gerais para a implantação e funcionamento dessas instâncias.

Esta metodologia mais ‘reconhecível’ pode se apresentar, de fato, como uma referência que adiciona desafio à apreensão e implementação do SNAIOS, visto que a avaliação que ele procura estimular segue na direção de privilegiar uma abordagem situacional, ou ‘avaliação para decisão’, na definição de Novaes (NOVAES, H.M.D., 2000). Esta modalidade de avaliação relativiza a primazia absoluta de diretrizes gerais do programa ou intervenção para fazer possível uma abordagem localizada da ouvidoria do SUS, em sintonia com a metodologia que utiliza. A assimetria na formatação das ouvidorias não se configuraria, absolutamente, deletéria para os procedimentos do SNAIOS. No entanto, é possível que se constitua, junto a outras, como uma das condições desafiadoras para a implementação do SNAIOS, uma vez que sintoniza-se, por um lado, às tendências predominantes de avaliação e, de outra forma, pode associar-se com outras reivindicações sobre um maior protagonismo de diretrizes universais.

As tendências predominantes em avaliação, de fato, trazem às experiências de atores institucionais, representações de qualidade baseadas em padrões mais objetivos, assim como um conjunto de práticas que definem procedimentos de investigação e certificação de mérito.

Outros desafios são percebidos e associados, em parte, a esta mesma concepção predominante e, em teoria, possivelmente derivados de um mesmo conjunto de representações abrangentes sobre os modelos de avaliação e concepção de qualidade:

Primeiro é a compreensão dele. As pessoas estão acostumadas a esse modelo de formatação; Segundo, a autoavaliação, que poderia minimizar ou relativizar um problema, ao invés de uma franqueza com o que se observa. Ou seja, é possível ter viés; Terceiro, a capacidade de interlocução com os diversos atores dentro da instituição. A dificuldade em se alcançar essa interlocução pode comprometer o alcance das metas e do plano. A possibilidade de os setores permanecerem fechados e não abertos à proposta[...] (E3).

A autoavaliação não se encontra entre as práticas mais habituais de avaliação. Ela assume maior destaque nas avaliações de 4ª geração, como nomeiam Guba e Lincoln (1989, 2006), em que justamente as prerrogativas de objetividade deixam de ocupar posição destacada entre os critérios epistemológicos de investigação. São enfatizados, de outro modo, aspectos subjetivos transacionais, e as descobertas locais a respeito de representações de qualidade legítimas para o contexto da intervenção.

Se a questão da objetividade emerge ao abordar a metodologia, ela também é evocada como um ponto de equilíbrio necessário à incorporação do SNAIOS nas rotinas institucionais das ouvidorias:

[...]A gente tem uma parte que é essa, que tem que promover um pensamento, que tem que, né, levar as pessoas pra reflexão, mas a gente também tem que fazer o contraponto de onde essas pessoas estão, e de que capacidade, de que tempo elas vão despender pra fazer esse processo de reflexão. Então, às vezes, a gente tem que colocar isso na, na balança[...]Embora a ouvidoria não seja tão objetiva assim, embora a gente lide o tempo todo com esse pensamento, mas a gente tem uma, uma, ãnh...necessita de uma agilidade um pouco maior[...] (E5).

A insegurança quanto à devida adesão dos setores da instituição ao processo de acreditação das ouvidorias é um aspecto compartilhado, visto que há sugestões para induzir tal adesão, sugerindo até mesmo eventual ampliação das bases operacionais do SNAIOS:

[...]quando o pessoal da acreditação fosse conversar com a ouvidoria, eu acho que deveria conversar também com os departamentos. Mas com os departamentos superintendentes, não representantes. Superintendentes, diretores, explicar como é que funciona o serviço e que o serviço depende de todo mundo. Ter o comprometimento de toda, todos os profissionais de saúde ligado(s) àquela ouvidoria pra que eles também fossem acreditados, passassem pelo processo de acreditação[...] (E1).

A implicação de ampliar a operação do SNAIOS remeteria, de certa maneira, à uma reconfiguração dos objetivos do projeto. Nestes termos aventados, poderia se converter à acreditação da própria instituição de saúde. Algo improvável com os recursos técnicos e financeiros disponíveis para o desenvolvimento do SNAIOS, mas coerente enquanto necessidade identificada pelo entrevistado a respeito da própria instituição de saúde, que poderia beneficiar-se com conhecimentos produzidos a partir de processos avaliativos. Metodologicamente, não haveria óbice, mas a extrapolação das capacidades atuais que subsidiam a proposta do SNAIOS levaria tal meta a se vincular a outros departamentos e iniciativas do Ministério da Saúde. A ouvidoria poderia perder a centralidade da dedicação.

Aquilo que o discurso traz, com esta sugestão, todavia, implica, uma vez mais, uma preocupação com a suficiência da ‘repartição’ ouvidoria em alcançar resultados significativos em uma avaliação quando em face das tessituras de poder que efetivamente são capazes de empreender mudanças nas instituições. Pode-se reconhecer e recorrer à relevância da gestão para compreender tal sugestão. Temos que, no Referencial de Qualidade do SNAIOS, o recurso da negociação, delegado à ouvidoria em acreditação, procura alcançar a modificação necessária à implicação de outros atores da instituição para a melhoria contínua do trabalho da ouvidoria:

[...] este documento tem por objetivo específico a acreditação de ouvidorias do SUS. Em suas bases, parte da ideia de que a qualidade deve ser vista como prática de aprendizagem no trabalho. Para tanto, adota outras formas de ação e modifica estruturas instituídas como práticas correntes, segundo a cultura, os pactos e as necessidades locais. Ao adotar o modelo educativo de qualidade pela experiência e negociação, é possível observar e executar localmente ações com vista à melhoria contínua do trabalho realizado pelas ouvidorias, segundo os princípios do SUS, em defesa dos direitos dos cidadãos. (MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO, 2018, p. 10).

De forma que a sugestão, no discurso, refere-se basicamente à uma competência cometida mesmo à ouvidoria que adere à acreditação, - agregar atores com capacidade deliberativa ao processo.

Todavia, a partir da experiência das creditações-piloto, ocorridas em 2018, e também de acordo com os procedimentos da avaliação por triangulação de métodos, pode-se observar que os contatos iniciais da equipe de avaliadores com a intervenção avaliada, comportam orientações para que atores-chave participem e se comprometam com o processo. Entretanto, identificar tais atores e inclui-los no processo, já é uma etapa e um atributo da autoavaliação. A hipótese de remeter esse compromisso à agência de acreditação poderia implicar, além disso, uma delegação de saberes que caracterizaria uma avaliação sumamente verticalizada, distinta da proposta do SNAIOS.

### 5.5.2 Sistema Nacional, Política Nacional

Além dos desafios de cunho metodológico, vem ao debate possíveis dificuldades relacionadas ao Sistema de Ouvidorias do SUS (SNO) como um todo. A dificuldade estaria relacionada à ausência de uma configuração operacional que atue como ‘rede’ efetiva de ouvidorias do SUS.

[...] E dentro dum, do Sistema Único de Saúde, o que existe é o que tá legitimado como sistema. Cê tem várias ouvidorias só que cê não tem um sistema. Então pra mim é termo de nomenclatura, primeiro, né. Você não pode dizer um ‘sistema nacional de ouvidorias’[refere-se ao SNAIOS] se você não tem um sistema nacional de ouvidorias. Você tem ouvidorias...que a partir do momento que cê tem um sistema nacional de ouvidorias, você vai ter ouvidorias que se falam, que se interconectam, né, que trabalham regionalmente, que... Isso não tem. Todo mundo trabalha da sua forma isolada [...](E4).

Este mesmo sentido reivindicatório de uma organização mais consistente amparando o sistema de ouvidorias, surge entre os discursos com argumentos variados para a sua necessidade. Há discursos nos quais essa robustez representaria oportunidade de oferecer parametrização para as ouvidorias do SUS, outros em que o exercício de ação centralizadora mais ‘sistemática’ poderia apoiar o funcionamento adequado dessas instâncias, a partir de critérios ou conceito compartilhados para as Ouvidoria do SUS. Outros ainda que demarcam a fragilidade da legislação que ampara a Ouvidoria do SUS.

[...] como a gente fala muito em Sistema de Acreditação de Ouvidorias do SUS, então acho que a definição clara do que é uma ouvidoria do SUS, né, então, como essa rede funciona, quem faz parte da rede, quem dentro da rede pode ou não ser acreditado, ãnh, é um ponto de partida importante e é um desafio ainda. A gente ainda tem algumas coisas, a gente ainda tá sem a política definida, né, a política de ouvidorias do SUS. A gente tem uma legislação frágil dizendo, ãnh, garantindo a existência dessas ouvidorias nas, nas, nos órgãos, nas secretarias de saúde principalmente, né[...] (E5).

[...]eu não consigo muito ver essa organicidade de um sistema nacional de ouvidorias do SUS [refere-se ao SNAIOS] se não existe um sistema nacional de ouvidorias[...] (E4).

Também há sintonia entre alguns sujeitos a respeito da adequação de se utilizar um único sistema informatizado entre as ouvidorias, o que faria parte de medidas sistematizadoras que auxiliaria as ouvidorias em si e também a implementação do SNAIOS.

Por outro lado, enquanto para alguns sujeitos a necessidade de fortalecer a organização sistêmica das ouvidorias seria uma condição para a implantação do SNAIOS, há também a perspectiva de que a implantação do SNAIOS auxiliaria a aplicar um conceito específico de ouvidorias do SUS, voltado para o empoderamento do usuário e a defesa de direitos.

### 5.5.3 Por quê não?

Ainda que com algumas divergências entre as expectativas para um sistema de ouvidorias do SUS mais robusto, a percepção de sua relevância é, de outro modo, uníssona. Este reclame materializa-se de forma criativa e contundente pela sugestão de que o próprio sistema de ouvidorias do SUS deveria ser acreditado. A princípio inusitada, essa sugestão traz consigo possibilidade real, na medida em que o órgão que concentra tal discussão é o DOGES, ele mesmo uma ouvidoria do SUS, em aspectos operacionais, e criado ‘com objetivos de propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS’.

A eventualidade de acreditação do DOGES, de acordo com a metodologia do SNAIOS, levaria o departamento a manifestar-se sobre a forma com que atua em relação a esta sua atribuição, - a implementação da política. Assim também, poderia ser expresso em que medida ela é abordada em suas atividades e como ele planeja fazê-lo. A depender do grau de relevância e prioridade que tal política assume, o processo de acreditação poderia levar a conhecer, na autoavaliação, que o ‘quando’ ocorre essa implementação torna-se uma questão pertinente. E deveria ser acrescentado ao seu plano de ação para melhorias, requisito para a eventual acreditação do DOGES.



Nesta suposição, uma medida protetiva para as ouvidorias do SUS, como a implementação de sua política, deveria pautar a agenda do DOGES e suas estratégias de negociação institucional com Ministério da Saúde, alcançando os ritos coletivos e decisórios que poderiam culminar no apoio decisivo para o sucesso da implementação.

Nessa hipótese, a instituição de uma agência independente para ofertar acreditação de ouvidorias do SUS seria também o alcance de outro objetivo do DOGES, enquanto responsável por subsidiar a formulação de políticas de gestão do SUS, correspondendo, nesse caso, à proposição do Termo de Execução Descentralizada nº 19/2017:

Criar Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS visando a qualidade do trabalho de defesa de direitos de cidadania e incentivo à melhorias administrativas, de gestão, de atenção, de controle social e, de formação.(BRASIL, 2017. fl. 19)

A definição de uma entidade independente para tal proposição repousa, como já exposto, na escolha do tipo de acreditação que se projeta, - orientada pelo modelo francês de acreditação pedagógica, privilegiando processos de aprendizagem no trabalho, orientando-se por padrões referenciais de qualidade, visando a incorporação de uma cultura de autoavaliação pela prática da educação permanente em saúde.

Nem por isso deixa de ser questionada, entre os discursos, a conveniência de tal escolha para que se efetive o alcance desses objetivos. Condições políticas e econômicas atuais de restrição financeira são aspectos elencados. E, invocando determinada lógica pragmática, a potencial suficiência dos recursos disponíveis desde já.

#### 5.5.4 Agência independente

Aí eu te pergunto: “Se a gente pode fazer a autoavaliação por si só, por quê a gente precisa de uma agência? Por quê o DOGES não poderia se associar com a ENSP e fazer esse papel?(E3).

A autoavaliação, de fato, deve ser estimulada ao ponto de uma independência e autonomia locais da ouvidoria em identificar e praticar estratégias para as melhorias necessárias à permanente qualificação de sua atuação. Tanto assim o é, que o R.Q. apresenta a avaliação externa como:

[...]uma opção **voluntária** por parte da ouvidoria que adere ao sistema de acreditação. Com ela, busca-se maior segurança naquilo que se faz, na medida em que se colocam, em perspectivas diferentes, leituras feitas na realização das ações de melhorias e nos relatórios de autoavaliação. (MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO, 2018, p. 14).

Pode-se reiterar que a autoavaliação é mesmo a ‘alma’ do projeto SNAIOS. Por outro lado, integra-se, como dispositivo da acreditação, a avaliação externa, que, nas configurações as mais variadas daquela prática, permanece fundamentando o processo de acreditação. Além de que, a avaliação externa pressupõe a independência institucional da equipe de avaliação.

Este é um ponto de intersecção tanto entre as práticas de acreditação quanto com a avaliação por triangulação de métodos. A autoavaliação, por sua vez, é um traço distintivo que não caracteriza toda modalidade de avaliação ou acreditação.

A opção por uma entidade independente ampara-se na busca pela institucionalidade do processo de acreditação das ouvidorias. O DOGES e a ENSP, ainda que essas instituições da administração pública comunguem o reconhecimento da necessidade de um sistema para monitorar e avaliar a qualidade do trabalho das ouvidorias de saúde no Brasil, posicionam-se, nesse projeto, como atores parceiros para a consecução de um sistema especializado no atendimento dessa necessidade.

No projeto do SNAIOS, consoante à compreensão de acreditação adotada,

A agência acreditadora é uma entidade independente da administração pública, ligada à sociedade civil, zela pelo bom funcionamento do sistema de acreditação institucional, cujas ouvidorias compõem o Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS.[...] (MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO, 2018, p. 33).

Pode-se afirmar que a agência acreditadora assume funções que poderiam ser absorvidas pelas instituições da administração pública, uma vez que DOGES e ENSP agregam, entre suas atribuições, competências gerais capazes de os autorizar aos procedimentos de avaliações em saúde. Mas, nessa hipótese, descaracterizaria a proposta então consolidada pela aprovação do TED 19/2017 (BRASIL, 2017), comprometendo as bases metodológicas adotadas para a acreditação.

Considera-se ainda que a acreditação, por meio de uma agência independente, configura oportunidade de nivelar as disputas a que se referem Furtado e Vieira-da-Silva (2014):

A peculiar proximidade entre os espaços de gestão e academia na avaliação em saúde faz emergir uma das disputas presentes no espaço em relação às fronteiras entre pesquisa, avaliação e gestão. A importância da avaliação para agentes do campo burocrático os leva a disputar com agentes do campo científico a definição do que é e de como se desenvolvem processos avaliativos. (p. 2653).

A instituição de uma agência independente para operar a acreditação induz à vitalidade do processo planejado para tanto, ao incluir a sociedade civil na tarefa de zelar ‘*pelo bom funcionamento do sistema de acreditação institucional*’, observando a metodologia e os fundamentos para uma avaliação participativa. A prerrogativa de institucionalização dessa entidade sintoniza-se, ainda, com estratégia de fortalecimento da política vigente para

ouvidorias do SUS, ainda que ela seja definida por uma ‘*legislação frágil*’ (E5). Os reclames para a defesa da política que sugerem, em princípio, remontar à estratégia do insulamento burocrático, alcançaria conformação condizente com a vocação participativa que define aquelas instâncias, e não a redução da capacidade de influência da sociedade.

O esforço para que a institucionalização do SNAIOS se dê nessas bases democráticas de participação e compromisso, poderia justificar, em certa medida, a dificuldade para alcançar os critérios de objetividade demoradamente reivindicados nos discursos. O exercício democrático, especialmente quando transcende a regular democracia representativa, imprime à essa iniciativa dificuldades típicas para a objetivação dos aparatos de governança.

Ainda assim, entende-se razoável o empreendimento de um esforço para objetivação de alguns aspectos comunicacionais do SNAIOS. A linguagem rebuscada que caracteriza a complexidade dos temas abordados poderia deslindar em instrumentos mais objetivos e sumários. Eventualmente, com o acúmulo de produções teóricas e instrumentos operacionais até então desenvolvidos, a linguagem para apresentação do SNAIOS alcance atributos que se equalizem às necessidades práticas que demandam ouvidores, gestores e trabalhadores. Esse empreendimento exigiria, junto à capacidade sintética aprimorada, o cuidado para que os fundamentos estruturantes da proposta não se convertam em *guidelines* ou prospectos gerencialistas.

### 5.5.5 Cenário político e perspectivas

Junto aos desafios apresentados para a implementação do SNAIOS, há percepções sobre algumas possibilidades para sua efetivação, que se inserem no universo do SNO. Remetem-se às atividades já desenvolvidas no andamento do TED 19/2017(BRASIL, 2017), que podem testemunhar a experiência das creditações-piloto:

[...]Acho que a experiência que os pilotos viveram nos últimos meses é algo que a gente pode aproveitar bastante, esse relato de experiência, como uma facilidade. Acho que quando as pessoas ouvem que foi positivo pro outro, e como foi vivenciar, isso contagia, né, e abre mais possibilidades pras pessoas quererem participar. [...] (E5).

De outra forma, a própria característica do SNO, que não institui parametrização para as ouvidorias do SUS de uma forma contundente, seria uma condição de conveniência à metodologia do SNAIOS:

[...]avaliar de modo contextualizado uma ouvidoria do SUS, visto que essas ouvidorias não são normatizadas. Tem municípios sem condições financeiras ou sem condições técnicas. É importante que haja as propostas de gestão coletiva, do jeito que é o SNAIOS, já que as coisas são como são[...] (E3).

Algo que se constitui tanto em desafio como uma perspectiva plausível, diz respeito ao apelo que a proposta é capaz de causar nos atores atuantes nas ouvidorias do SUS e nos gestores locais.

[...]Não tem nada vinculado a recurso financeiro. Então, na gestão muita coisa é troca, né.[...]. A gente não ganha nada em troca. É uma outra lógica de trabalho. Então, a gente vai ter facilidade nos lugares, nas pessoas que já tem esse entendimento, que buscam crescimento, que buscam desenvolvimento. Agora, naqueles lugares do serviço público onde esse pensamento não chegou ainda, onde as pessoas são um pouco mais acomodadas, ãnh,[...]. Como que a gente gera nessas pessoas motivação o suficiente pra querer participar.[...]Mas hoje em dia, também tem muitos secretários que a linguagem do desenvolvimento ainda é maior do que a, né, [é possível] chegar neles por esse caminho[...] (E5).

As motivações envolvidas na oferta da acreditação parecem, assim, necessitar de uma sintonia de interesses capaz de acessar os fundamentos da proposta do SNAIOS, como a voluntariedade da adesão, o exercício da educação permanente, a incorporação da autoavaliação e o objetivo último de contribuir para o desenvolvimento das melhores práticas de gestão da saúde pública:

[...] as ouvidorias do SUS passam a ter confiabilidade pública mediante o desenvolvimento de ações de qualidade. Em suas atuações, irão contribuir para a organização do processo de formulação e realização de políticas e ações em saúde pública. Como resultado, promovem a defesa dos direitos de cidadania e estimulam a melhoria de práticas de gestão na oferta de saúde pública, de modo compartilhado entre práticas de gestão, de atenção, de controle social e de formação. (MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO, 2018, p. 11).

Embora o SNAIOS seja ainda um projeto, há também a perspectiva de que o *background* que lhe sustenta, em sua condução imediata, emerge entre os discursos com uma opinião positiva. Tanto a respeito do DOGES, devido ao conhecimento que sustentaria sobre as ouvidorias do SUS, quanto à Fiocruz, devido à sua reputação. Ambos como atores que adicionariam respaldo à instituição de uma agência independente:

[...] Eu acho que você tem que ter uma agência, [...]Ter os trabalhadores...eu acho que...eles têm que ter uma boa qualificação e um bom conhecimento em ouvidoria. Por exemplo, eu acho que o pessoal do DOGES tem muito mais conhecimento em ouvidoria [...]"

[...]Isso é o que pesa, eu acho que pesa muito, - você ter o nome 'Fiocruz' atrás.

"Eu acho que a peculiaridade é ter essas instituições que já são reconhecidas por trás, tipo uma Fiocruz. (E2).

Um desafio bastante concreto, elencado entre os discursos, traz à tona novamente a valorização da atividade de avaliação, associando-a ao controle de gastos que se enfatiza diante da atual conjuntura política para o financiamento de políticas públicas.

[...]Ah, a gente tem os próximos anos agora de desafios muito grandes no SUS, né, de congelamento de recursos. [...] E aí, nesse contexto, como que a gente fala com as pessoas de acreditação de ouvidoria? Como, quê que pode ser facilitador num contexto de caos? Né, eu acho que o que facilita num contexto de caos é você conseguir alcançar objetivos com o menor recurso possível. É mostrar pras pessoas que ouvidoria e acreditação não são coisas que financeiramente gastem dentro do serviço de saúde, mas que [...]gasta, na verdade, tempo e pensamento, reflexão. E que se elas conseguirem enxergar o quanto essa reflexão ela é positiva, a longo prazo, e o quanto o Sistema precisa de processos de reflexão pra poder ser sustentável, ãnh, a gente consegue achar um caminho de facilidade pra que se, pra que as pessoas queiram participar, queiram aderir a um sistema de acreditação. Porque num, num sistema, num, no momento que a gente tá vivendo hoje no país eu não, não consigo ver uma outra forma de, de diálogo.[...] (E5).

### 5.5.6 Financiamento

Tratando apenas do financiamento federal da saúde, não bastassem os números inexpressivos de recursos destinados ao financiamento da política de saúde (de 1995 e 2015 o gasto do Ministério da Saúde manteve-se inalterado, representando 1,7% do PIB), a Emenda Constitucional 95/2016 (BRASIL, 2016b) (a famigerada medida do ‘teto dos gastos’) estabeleceu, no que tange ao financiamento da saúde, o congelamento dos gastos em despesas primárias da Seguridade Social ‘por vinte exercícios financeiros’.

Ou seja, à política que já sustentava-se na escassez, (se comparamos aos gastos com a dívida pública, o gasto com juros da dívida representou, em média, 7,1% do PIB naquele mesmo período de 20 anos), foi impingida uma severa restrição para os próximos 20 anos, a partir da vigência da EC. Esta situação faz com que Mendes, Carnut e Guerra (2018) afirmem que “[...] *o subfinanciamento do SUS certamente passará para um desfinanciamento* [...]”(p. 225). E que tal medida parece ser “[...] *a forte expressão do Estado em consonância com a lógica do capitalismo contemporâneo sob a dominância do capital financeiro, especialmente porque não estabeleceu limites para os juros e outras despesas financeiras* [...]”(p. 225). Algo sem precedentes entre as medidas de austeridades conhecidas no mundo. Este prognóstico sintoniza-se com a perspectiva de um ‘contexto de caos’, como expresso no discurso. E, portanto, faz indagar sobre as possibilidades de administração do problema.

Considerando que as ouvidorias do SUS, para as quais se volta a política do SNAIOS, localizam-se e competem aos entes subnacionais sua gestão, teríamos que possíveis investimentos federais destinados a elas não ficariam isentos da severa restrição. Ainda assim, o gestor federal, a despeito da EC, destinou recursos no montante de R\$ 17.200.000,00 no ano

de 2018, ao estabelecer, com a Portaria nº 1.975, de 29 de junho de 2018 (BRASIL, 2018c), incentivo financeiro para a qualificação das ouvidorias do SUS.

Por outro lado, os orçamentos estaduais e municipais de saúde não demonstram, necessariamente, uma condição orçamentária adequada às necessidades de saúde de suas populações. É o que avalia, por exemplo Carlos Vital, presidente do Conselho Federal de Medicina, a partir de levantamento realizado pela autarquia, que revela gasto per capita da União, Estados e Municípios com ações e serviços de saúde, entre 2008 e 2017:

[...] embora o número absoluto tenha aumentado ao longo dos últimos dez anos, período avaliado pela autarquia, o valor continua abaixo de parâmetros internacionais e tem sido insuficiente para responder às demandas crescentes da população, impulsionadas por mudanças nos perfis socioeconômico e epidemiológico. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

O documento orientador de apoio aos debates da 16ª conferência nacional de saúde (CNS, 2018) apresenta críticas contundentes sobre o agravamento do subfinanciamento do SUS a partir da EC, informando que o Conselho Nacional de Saúde providenciou um abaixo-assinado com o objetivo de ‘impedir a execução ilegal a Emenda Constitucional 95/2016, para ser enviado ao Supremo Tribunal Federal (STF).

Nesta contextualização muito geral, que assume a ideia de um ascendente subfinanciamento da saúde, *‘como que a gente fala com as pessoas de acreditação de ouvidoria?’* O R.Q. do SNAIOS contempla a qualificação das ouvidorias por meio de recursos de planejamento na atividade de autoavaliação, quando, no processo de elaboração do plano de ação para melhorias, propõe os clássicos atributos de conformidade para a abordagem da intervenção:

O sistema de gestão da qualidade na acreditação das ouvidorias do SUS destina-se a melhoria contínua da eficiência, eficácia e efetividade do processo de gestão e dos serviços prestados pelas ouvidorias, visando a qualidade do SUS. (MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO, 2018, p. 36).

De modo que a perspectiva acerca de benefícios que atividades reflexivas sobre os processos envolvidos no trabalho das ouvidorias assume incorpora atributos normativos sensíveis à prática de *accountability*. O percurso do processo de acreditação compreende reflexões empreendidas para o aperfeiçoamento da intervenção que ultrapassam a avaliação normativa, mas não se furtam a ela. Manuseiam informações objetivas e mensuráveis capazes de contribuir para as funções precípua da intervenção, neste caso, a ouvidoria do SUS, ela mesma, entre múltiplos papéis, uma instância fiscalizadora, capaz de contribuir com a eficiência dos gastos públicos. De modo que a linguagem promocional do SNAIOS poderia se utilizar do incentivo à capacidade de otimização de recursos por meio da qualificação das ouvidorias.

[...]A ouvidoria é um grande sinalizador do não cumprimento de contrato. E isso é otimizar recurso público, porque se, se o, se a ouvidoria ouve o que que a população tá dizendo, e a gestão tá atenta a isso, ela vai conseguir remanejar o recurso daquele contrato,[...], ela não vai pagar por algo que não tá acontecendo. Que hoje no SUS se faz muito isso. A gente contratualiza, né, e muitas vezes não fiscaliza da forma adequada, e acaba gastando dinheiro à toa, porque a população não tá sendo atendida e o SUS tá pagando[...] (E5).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ouvidores estaduais do SUS compreendem, em linhas gerais, a proposta do SNAIOS. O raciocínio hipotético inicial, forjado na presunção de uma compreensão dúbia da proposta, por ocasião das divulgações do SNAIOS, parece resultar da insegurança diante da contraposição de investimentos mais voltados a uma política para as ouvidorias do SUS, fortalecidas pelo gestor federal, e as iniciativas locais para a qualificação daquelas instâncias, a partir de um processo de autoavaliação como indutor de mudanças. Ainda assim, a sofisticação metodológica em que se apoia a avaliação por triangulação de métodos parece remeter sua identificação alhures, talvez ao âmbito acadêmico. Muito embora, se assim se considera, essa sofisticação sintonizaria-se com atividades que, naquele âmbito, comumente são denominadas ‘extensão universitária’, - a articulação do conhecimento científico e da pesquisa com as necessidades das comunidades, interagindo e transformando a realidade social.

Para Cabatoff (1996), *apud* Novaes HMD, 2000:

O dilema da articulação entre a produção de conhecimento e a sua utilização, ou entre a prática científica e técnica e a prática política, e as alternativas desenvolvidas para o seu equacionamento, fazem parte da história da Avaliação de Programas como prática institucional[...]. ( p. 553).

Alguns aspectos conceituais e metodológicos pouco dominados pelos entrevistados, identificados em parte dos discursos, remetem a orientações já contidas nos documentos de base do SNAIOS, como a existência de critérios para a adesão das ouvidorias ao processo de acreditação. Um conceito importante, pouco explorado entre os discursos, é o de consistência, que tem uma aplicação específica à qualidade do plano de ação elaborado a partir da autoavaliação proposta pelo SNAIOS.

É considerável que a experiência da avaliação em saúde como uma atividade dispersa, ou seja, não sistematizada, influencia, em alguma medida, a absorção da proposta do SNAIOS em sua complexidade e inovação. Entretanto, quando se apresentam pouco sistematizadas tais experiências, os sujeitos também valorizam as iniciativas de avaliação e alguns vivenciam, rotineiramente, suas potencialidades a partir da ouvidoria do SUS, ela mesma um instrumento de avaliação em saúde.

Além disso, a valorização de avaliações destrama para o entendimento de sua necessidade em uma amplitude que ultrapassa a ouvidoria. Como, por exemplo, a sugestão de avaliar a instituição de saúde onde elas se inserem, como forma de reforçar a capacidade de o SNAIOS promover a qualificação das ouvidorias; o alerta para a necessária fiscalização de investimentos diante do cenário político de restrição financeira; a própria qualidade da relação



entre ouvidorias e gestores das instituições; e as reivindicações por uma atuação mais contundente do DOGES na implementação da política nacional para as ouvidorias do SUS.

Considera-se que ouvidores do SUS ocupam posição privilegiada para o envolvimento em atividades de avaliação em saúde. Têm os dados específicos para a consecução de uma avaliação participativa ampla, dispõem de instrumentos e recursos que contribuem para a geração de informações sensíveis aos processos de decisões e transformações nas políticas de saúde. Suas experiências e a prontidão para a avaliação são, na realidade, habituais em suas rotinas. O que torna, por outro lado, a avaliação em saúde um conceito aproximado, parece ser a pontualidade com que a culminação das avaliações em decisões e empreendimentos efetivos de mudanças ocorre, a partir da ouvidoria, mas na dependência da gestão de saúde. Assim, a disciplina 'avaliação em saúde' adquire uma conotação algo dispersa, mas não a sua potencialidade.

Possibilidades conceituais e práticas são aventadas entre os discursos, como a ouvidoria enquanto instrumento que permite a avaliação para gestão, a associação da avaliação ao planejamento de saúde, além das frequentes referências aos procedimentos de aferição de desempenho e resultados. Junto a essas menções, a compreensão de abordagens dos processos de trabalho, monitoramento, pesquisas de percepção e experiências efetivas de avaliação institucionalizada, leva a entender que há uma distribuição heterogênea da experiência e da compreensão sobre a disciplina no conjunto dos discursos, tal qual as características que assumem as avaliações nas gerações de Guba e Lincoln (1989, 2006). Em se propondo categorizar, afirmar-se-ia ser mais consistente, na maioria dos discursos, a compreensão da avaliação da 3ª geração, em que suas atividades e resultados confluem para acessar a pertinência e eficácia dos programas.

A avaliação de 4ª geração é compreendida, em geral, por uma perspectiva imagética, uma vez que a aproximação em si desta modalidade e, especialmente da avaliação por triangulação de métodos, parece ocorrer com a divulgação e primeiras experiências-piloto do projeto SNAIOS. Alguns de seus pressupostos, por sua vez, dos quais derivam a compreensão da qualidade como um atributo contextual, relativo e subjetivo, emerge nos discursos em uma posição reconhecida, especialmente entre aqueles cujas experiências comportam imersão prática em avaliações em saúde.

Os sujeitos entrevistados cuja experiência em ouvidoria é menos extensa também são menos familiarizados com a prática da avaliação institucionalizada. Talvez por isso, suas expressões intuitivas sobre avaliação e qualidade em saúde concentraram-se, respectivamente, em metodologias de aferição e medições e critérios paramétricos e normativos, já que esses são

critérios e procedimentos fartamente difundidos no imaginário social, capazes de imprimir à subjetividade representações abstratas de equivalência.

Alguns entrevistados interpretam que poderia haver certa fragilidade na condução local de um processo de avaliação e qualificação das ouvidorias, tanto devido à dependência de uma política e institucionalização fortalecidas, como pela lógica habitual de ‘trocas’ que envolve a relação com a gestão e que não constam entre as proposições do SNAIOS. Esta última razão poderia indicar a penetração limitada que a cultura da educação permanente e da autoavaliação alcançam nos espaços institucionais.

Tais atividades, no arcabouço teórico e na proposta do SNAIOS, são, em certa medida, a possível ‘moeda de troca’ com a gestão, pois é a partir delas que a acreditação conferiria ‘confiança pública’ ao trabalho da ouvidoria. Incentivos financeiros são ausentes na perspectiva de avaliação proposta. Eles estariam mais atrelados à formatação de acreditação que se associa à prática de *accountability* e, possivelmente, sujeitos às limitações apontadas por Scrivens<sup>9</sup> ao abordar suas possibilidades.

No entanto, ainda que na proposta do SNAIOS *accountability* configure-se uma função reduzida das capacidades qualificadoras da acreditação, a consideração ao cenário atual de expressiva limitação orçamentária para as políticas de saúde, faz emergir entre os discursos a requisição dessa capacidade como uma forma de promover a acreditação. O aperfeiçoamento da intervenção justificar-se-ia, nesse sentido, pela oportunidade de estimular a capacidade fiscalizadora da ouvidoria.

Sem restringir-se a tal objetivo, há a simultânea compreensão de que a autoavaliação

[...]gera um empoderamento da ouvidoria dentro da instituição. Porque as pessoas vão refletir que elas tem um papel sim, que aquilo não é do outro, é delas também. A coisa da co-participação, da co-gestão, de entenderem que elas fazem parte de algo, que não é algo de alguém[...] (E5).

De qualquer forma, a reivindicação por uma atuação mais contundente do gestor federal para o fortalecimento da política de ouvidorias do SUS, não parece depender da extensão da experiência dos ouvidores, mas sim da compreensão de que aquele ator tem um papel efetivamente importante na adoção descentralizada das políticas de saúde por ele promovidas, tanto como compreende Arretche: “[...]o governo federal dispõe de recursos institucionais para influenciar as escolhas dos governos locais, afetando sua agenda de governo.” (ARRETCHE, 2004, p. 22).

Embora os discursos não tragam à baila (positivamente) o tema, supõe-se que a institucionalização das comissões intergestores e dos conselhos de saúde não representam, entre

os ouvidores, suficiente protagonismo diante da influência que exercem as proposições do governo federal nos espaços deliberativos. Suposição que auxiliaria a compreender as reivindicações dos entrevistados pela participação mais contundente da gestão de saúde para a qualificação das ouvidorias. Do DOGES, enquanto gestor federal e dos gestores locais descentralizados, que tendem a aderir às políticas nacionais.

Uma política específica e robusta para as ouvidorias do SUS se apresenta como prioridade para a maior parte dos entrevistados, tanto para viabilizar a implementação do SNAIOS, como, principalmente, para conceituar e assegurar o território de atuação dessas instâncias. Os critérios que deveriam ser aplicados, para que tal medida fosse processada, transitam pela definição personalizada da atuação das ouvidorias, em consonância estrita com os princípios e diretrizes do SUS, incluindo aí algumas divergências sobre as configurações que assumiriam os procedimentos compartilhados. Alguns ouvidores priorizam procedimentos normativos, como o respeito aos prazos para respostas às manifestações. Outros relativizam tal normatização, em benefício da garantia de respostas mais consistentes. Considera-se haver implícita, na discussão sobre a qualificação das ouvidorias do SUS, uma tensão entre centralização e descentralização político-administrativa. Há um debate sobre federalismo quando observamos o conjunto dos discursos. Mas também, outras vezes, na extensão de um mesmo discurso.

Embora, ao ser apresentado o paralelo com a política para as ouvidorias públicas, retratada na lei 13.460/2017, isto remeta à inequívoca adoção, por esta política, de procedimentos universais, ou, mais precisamente, do universalismo de procedimentos, as estratégias protetivas que apresentam os entrevistados para as ouvidorias do SUS são heterogêneas, não se enquadrando em uma gramática específica. À aparente tendência estratégica de insulamento contrapõe-se a própria natureza social das ouvidorias, talvez mais ainda as do SUS, em que a proximidade (física, inclusive) com os usuários se mostrou um traço distintivo que não coadunaria com a capacidade reduzida de influência da sociedade, visada pelo insulamento burocrático. O universalismo de procedimentos é aventado nos discursos, especialmente entre aqueles que entendem como benéfico o funcionamento uniforme das ouvidorias do SUS, com critérios pormenorizados de operação. Quanto à adoção dessa gramática, poderiam ser arguidas, com o princípio da equidade do SUS, e pelas configurações institucionais díspares da descentralização, justificativas para procedimentos alternativos.

Já as gramáticas perante as quais tenderiam a se contrapor as primeiras elencadas, não devem, todavia, serem descartadas entre as possibilidades para a implementação de políticas. O clientelismo e o corporativismo não deixam de se constituir em mecanismos possíveis.

Tal como o clientelismo contemporâneo, o corporativismo é uma arma de engenharia política dirigida para o controle político, a intermediação de interesses e o controle do fluxo de recursos materiais disponíveis[...] (NUNES, 2010, p. 58).

Entende-se, entretanto, que o clientelismo ou o corporativismo (tanto quanto o insulamento burocrático) poderiam comprometer valores basilares do SUS que, ao seu modo, é adepto de procedimentos universais. Por isso, as recomendações quanto ao perfil do ouvidor, determinada autonomia, conhecimento e compromisso com o SUS e seu trânsito livre e próximo à gestão, tal qual descrito no Manual das Ouvidorias do SUS ou no Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS, permanecem critérios positivos para zelar por uma atuação qualificada das ouvidorias e, oportunamente, para a defesa da política, a despeito das incertezas sobre as repercussões da lei 13.460/2017.

Considera-se mais assertivo afirmar que em meio ao sincretismo das gramáticas políticas característico do Brasil, que coabitam e justapõem-se, como identifica Nunes (2010), a política para as ouvidorias do SUS não encontrou fluência suficiente para afirmar-se em contornos mais nítidos. Não diremos que seja amorfa, pois sua institucionalização vem ocorrendo há décadas, em um esforço incremental que se inicia com a redemocratização, fortalece-se com as políticas de saúde e as conferências nacionais que pautam nominalmente as ouvidorias no SUS, alcança apoio com a criação do DOGES e seus esforços para descentralizar e qualificar ouvidorias em instituições de saúde pública. Acrescente-se aos esforços federais todos os empreendimentos de gestores e ouvidores estaduais e municipais de saúde, entre outras instituições de saúde pública. Hoje estamos às voltas com oportunidade de empreender avaliações da implementação da política, em suas instâncias descentralizadas. De modo que avizinha-se determinada completude do ‘ciclo de políticas’ sem, no entanto, considerar-se concluída a definição da política.

A defesa da política remonta, majoritariamente, à ação do gestor federal para implementar a política nacional para as ouvidorias do SUS, há tempos reivindicada, por meio da competência do DOGES, em forma de deliberação institucional e atuação mais consistente junto aos entes federados. Paralelamente, no nível local, o gestor é igualmente invocado como ator indispensável para que sejam estimuladas atuações mais qualificadas das ouvidorias, em suas ampliadas funções. O sucesso da operação do SNAIOS junto às ouvidorias seria incluído e condicionado à essa mesma lógica dependente, quer seja pela provisão de agregar aos fundamentos e à operação de seu processo acreditador espaços e atores com capacidade deliberativa dentro da instituição em que se insere a ouvidoria, como pela oportunidade de

encontro com gestores interessados em sua oferta metodológica específica de avaliação, valorizando o sentido da educação permanente em saúde.

Entende-se, pelo conteúdo dos documentos de base disponíveis, ser a segunda alternativa mais plausível, entre as sugestões dos ouvidores, quando se observam as funções específicas dos participantes no processo e o seu caráter voluntário. A inclusão de atores com capacidade deliberativa dentro da instituição é uma ação desejável, mas remetida já aos primeiros movimentos locais que definem a equipe de gestão da qualidade da ouvidoria no processo de acreditação. Uma competência ‘descentralizada’.

Pode-se considerar, a partir da convergência dos discursos, ser a categoria empírica da gestão um indicativo poderoso para a qualificação das ouvidorias do SUS. As considerações teóricas alinham-se à relevância desse ator no âmbito dessas instâncias. Arretche (1996, 2004) procura demonstrar sua proeminência, no nível federal, enfatizando a conveniência de adesão dos entes subnacionais às políticas nacionais. A ênfase que os ouvidores atribuem a este aspecto da ouvidoria do SUS leva a considerar não apenas contumaz, mas consistente essa compreensão e essa tendência. Forma-se uma triangulação de indícios sobre a importância da gestão. Um termômetro e um aceno.

O lugar da acreditação enquanto mecanismo capaz de atuar pelo fortalecimento da política para ouvidorias do SUS parece ocupar um lugar paralelo, salvo a pitoresca sugestão de aplicar seus procedimentos avaliativos ao próprio DOGES para que se alcance o aprimoramento do SNO. O conceito de ouvidoria do SUS sustentado pelo SNAIOS, todavia, mostra-se capaz de absorver as definições que os ouvidores apresentaram, embora ele não apresente categoricamente sua função específica de instrumento de gestão e nem detalhamentos sobre conformações práticas e operacionais daquelas instâncias. O conjunto dos argumentos e padrões do Referencial de Qualidade, por sua vez, parece alcançar e ultrapassar essa reivindicação.

As definições que assumem as ouvidorias do SUS, nos discursos, em sua maioria, enfatizam a defesa de direitos dos usuários e sua inclusão nos espaços de gestão. Menos frequente, mas com a mesma ênfase, a ouvidoria enquanto instrumento de gestão e planejamento das ações de saúde também repercute como finalidade principal dessa instância, quando então se aproxima sobremaneira da compreensão de uma ferramenta que oportuniza a ‘avaliação para a gestão’, como apresentado por Novaes (NOVAES, H.M.D., 2000).

Considera-se oportuno indicar, entre os discursos, a variação entre a avaliação para a gestão e a avaliação para decisão (ou situacional) que comportam as definições de funções da ouvidoria do SUS. Parece que a primeira modalidade de avaliação estaria mais alinhada à prática gerencialista, ainda que orientada pelas manifestações dos usuários. Já a avaliação

situacional, no contexto da discussão sobre a personalidade das ouvidorias do SUS, apresentaria maior correspondência com o cenário previsto para a sua atuação como instrumento de uma gestão participativa institucionalizada, prevista pela Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (BRASIL, 2007b).

A ausência de uma política específica para as ouvidorias do SUS parece ser suplantada por aquela política, a qual contribui para insinuar ‘personalidade’ a essas instâncias. Em seus textos a ouvidoria do SUS é citada, geralmente, como instrumento de gestão. Porém, a perspectiva que, à época, mostrava-se promissora, foi a proposição do SNO:

A proposição de um Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, estruturado no interior da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, deve atuar de forma auxiliar e complementar, considerando as estruturas já institucionalizadas, tais como os conselhos de saúde, as comissões intergestores, as corregedorias e o Sistema Nacional de Auditoria. (BRASIL, 2007b., p. 24).

Talvez possa-se inserir nessa discussão incremental sobre a configuração das ouvidorias de saúde, os apontamentos de Camargo e Gomes (2016), ao se referir aos modelos de ouvidorias públicas em geral, no Brasil:

Do ponto de vista do funcionamento, igualmente tem-se observado tanto ouvidorias com a crescente adoção de técnicas gerenciais de gestão com predominância de critérios de eficiência quanto ouvidorias que optam pela implantação de núcleos decisórios colegiados com representação da sociedade civil, com predominância de critérios democráticos. (p. 38).

O SNO não parece representar, entre os discursos, uma realidade satisfatória. Nalguns deles, a expectativa por uma política específica para as ouvidorias coincide com o reconhecimento desse sistema. Seu anúncio previa a função da ouvidoria como instrumento auxiliar e complementar à uma estrutura institucionalizada de participação social, que remete a possibilidades de avaliações mais ampliadas sobre as condições de saúde. Por isso, não se limitaria a práticas gerencialistas, no sentido em que as criticam Souza e Cunha (2013) ou Furtado et al. (2018).

O SNO, ao contornar o papel institucional da ouvidoria do SUS, auxiliaria a identificar sua personalidade, distinguindo suas especificidades em relação à generalidade que imprime a lei 13.460 às ouvidorias públicas. O SNAIOS, por sua vez, conta com a conformação do SNO sem exigir, para tanto, a sua institucionalização cabal. É da perspectiva de conformações singulares assumidas pelas ouvidorias do SUS que o SNAIOS parte para conceber a natureza de seu sistema. Tal como apresentado por Morin (1982), *apud* Hartz (1997),

[...]um sistema quer dizer que o TODO é mais e é menos que a soma das partes que o constituem, sendo mais pelas qualidades emergentes que produzem sua organização, e menos pelos limites que impõe às partes, que não podem exprimir todas as suas potencialidades próprias[...] (HARTZ, 1997, p. 20).

Esta complexidade inicial da ideia de sistema comporta uma relação de dependência entre suas partes e o efeito que cada uma delas provoca nas outras e no todo. Um raciocínio que remete ao conceito de *rizoma*, na Biologia e na Filosofia de Gilles Deleuze e Felix Guatarri, como também à imagem da capa dos ‘Documentos de Base’ do SNAIOS (ANEXO C), que apresenta ramificações interligadas em um conjunto, mas que por si, cada núcleo interligado, seria uma unidade com determinado grau de autonomia.

O termo ‘sistema’ apresenta consequências para a compreensão do SNAIOS, visto referir-se a um conjunto de complexidades uma compreensão específica, que, na prática, podem ser aproximadas da compreensão das ouvidorias do SUS como unidades qualificáveis em seus próprios termos, a partir de sua própria perspectiva e de seu reconhecimento. Esse entendimento associa-se à perspectiva de mapeamento de boas práticas entre as ouvidorias do SUS, cujo reconhecimento é estimulado e alinhado à instituição de poderes descentralizados.

Outra característica qualificadora da ouvidoria, entre os discursos recorrente, é o seu funcionamento integrado. Enfatiza-se, por um lado, a necessidade de as demais repartições das instituições de saúde atuarem solidariamente às demandas da ouvidoria, algo que indicaria desde já um reflexo diligente da gestão, quanto sua capacidade de repercutir em ações e resultados que transcendem a posição unitária da ouvidoria na instituição, transcendendo a lógica funcional de arranjos institucionais fragmentados em direção ao asseguramento de direitos.

A objetividade é uma característica reiteradamente encontrada nos discursos como uma qualidade desejada para a melhor compreensão e viabilidade do SNAIOS, seja em seus aspectos comunicativos, seja em sua metodologia. De modo que consideramos conveniente a busca por traduções e estratégias que levem em conta estas recomendações para as etapas subsequentes de implementação do sistema. Diferente do que poderia resultar em uma simplificação reducionista e gerencialista, a objetividade da linguagem não pode se furtar de manter intactos os sentidos axiomáticos da proposta do SNAIOS, tais como a educação permanente, a autoavaliação, o contexto e responsabilidades locais, a adesão voluntária, a independência da entidade acreditadora e a observância dos princípios e diretrizes do SUS.

Todavia, considera-se, a despeito da objetividade requerida, que há um aspecto de conjuntura que concorre para a implementação do SNAIOS. Especialmente relacionado à oportunidade de encontros harmônicos entre sua proposta e gestores e ouvidores que reconheçam os valores e sentidos da acreditação apresentada.

É pertinente notar que, embora na percepção dos ouvidores, nem sempre se relacionem os objetivos do SNAIOS com os esforços empreendidas para o fortalecimento da política de ouvidorias do SUS, os conceitos que ele utiliza perpassam a linguagem dos entrevistados, insinuando um processo de subjetivação que pode trazer perspectivas inclusivas para o projeto no *métier* das ouvidorias. Paralelamente ou, de preferência, associando-se às suas recorrentes demandas.

Entre elas, está a demanda por um conceito mais aplicado de ouvidoria do SUS. A análise permitiu encontrar razoável correspondência entre as perspectivas que têm os ouvidores sobre as ouvidorias do SUS e o conceito forjado pelo SNAIOS, o qual agrega dimensões técnica e política para essas instâncias. Há exemplo, entre os discursos, da necessidade de um conceito mais uníssono. Nessa perspectiva, a acreditação é evocada como recurso propositivo para sua aplicação:

[...]a existência de um conceito (conceito bem difundido embora não necessariamente aplicado) de ouvidoria como um instrumento para empoderamento do cidadão, para subsídio da gestão, como um espaço de cidadania, um espaço democrático e único, onde um cidadão se autorrepresenta. A acreditação viria para auxiliar a aplicar esse conceito. (E3)

Lembre-se que a oportunidade para a proposição do SNAIOS foram os resultados das atividades de pesquisa, cooperação técnica e articulação direta com ouvidorias municipais e estaduais do SUS. Isto se deu, ao longo de quatro anos, desde 2014, quando pesquisadores da ENSP/Fiocruz e atores do DOGES desenvolveram o projeto ‘Análise da implementação descentralizada do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS’, que resultou na compreensão de que:

[...]o projeto, em seu passo seguinte, deveria enveredar por um processo de qualificação das ouvidorias municipais e estaduais do SUS. A adequação desse processo deveria ter por base um método construtivista, participativo, sem preocupação com rankings, efetivo e passível de ser colocado em prática a partir do ano de 2018. (MOREIRA; MOTTA; RIBEIRO, 2018, p.4)

Dessa forma, por meio do Termo de Execução Descentralizada nº 19/2017 (BRASIL, 2017), o projeto passou a operar essa etapa sucessiva, em que foram elaborados os documentos de base e empreendidas as experimentações-piloto de acreditação no ano de 2018. Seguindo a lógica das configurações singulares que assumem as ouvidorias do SUS, as ações do SNAIOS são voltadas, prioritariamente, às condições presentes em cada uma delas. Por isso, sua relação com a requisitada política nacional para ouvidorias do SUS não se conforma em uma relação direta, senão pela possibilidade de nela ser incluído enquanto um componente que se volta à avaliação e qualificação dessas instâncias.



Porquanto a devida instituição de uma política nacional para as ouvidorias do SUS se apresenta como uma medida desejada pelos ouvidores, guarda-se alguma reserva quanto à sua primazia, para além do DOGES, na agenda de instâncias de poder desconcentradas, onde as deliberações seguem, regularmente, o rito participativo e colegiado para a definição das propostas e consensos com atores institucionais decisivos, como o CONASS e o CONASEMS, para não mencionar o efeito potencialmente comutativo da lei 13.460/2017.

Antes, ainda, haveria que se alcançar consenso entre os *stakeholders* imediatos cujos interesses circundam tal projeção, - os próprios ouvidores do SUS. Há uma lacuna entre esse desejo e a definição cabal de uma narrativa que se torne proposta coesa. Para isso, os empreendimentos conjuminados entre o DOGES e ouvidores do SUS de entes e instituições descentralizados carecem de um termo. Há um enredo a ser definido e uma gramática a ser praticada fluentemente por estes atores. Entende-se que ela não se furtaria aos enredos da descentralização.

Enquanto não se concretize tal fortalecimento da institucionalização das Ouvidorias do SUS, os efeitos potencialmente comutativos da Lei 13.460/2017 poderiam compatibilizar-se com a definição ampliada de ouvidoria como aquela de Fernandes, Moreira e Ribeiro (2016), destacar atividades de arbitragem e reduzir o componente político-setorial presente na definição complementar que traz o SNAIOS.

A lei 13.460, por mais que adote uma centralidade que difunde procedimentos universais, já se depara, como demonstram os resultados do ‘Painel Resolveu?’, com o forte efeito que as repercussões da descentralização ocasionam, seus efeitos de disparidade. O que parece demonstrar limites que normativas apresentam.

Nesse mesmo sentido, é possível argumentar que, ao vigorarem por mais de duas décadas as leis orgânicas da saúde, o SUS permanece apresentando extravagantes disparidades. Uma política definida para as ouvidorias do SUS tenderia a provocar repercussões diferentes? Por isso, em um plano mais abstrato, percebe-se que se reivindica, sobretudo, ações de uma instância central e regulatória que se manifeste em um nível político concreto, com contornos definidos, auxiliando a definir e operar um conceito de ouvidoria do SUS. Como também se reivindica a presença daquele ator por meio de sua representatividade.

Em um plano teórico amplo, tais reivindicações alinham-se à perspectiva de uma organização estatal harmônica a um capitalismo racional, prevendo especializações do serviço público e, portanto, identificando na ouvidoria do SUS uma setorização legítima para representar, distintamente, a administração estatal da política de saúde. Mas isso também poderia ser demandado por uma política central que desloque o foco da política setorial para as

formas de relacionamento generalizado entre Estado e sociedade, evocando o universalismo de procedimentos para definir a justeza de uma prática democrática ‘impessoal’. Seria uma questão de ênfases e enunciados. De modo que o que mais se destaca é novamente a tensão entre centralização e descentralização.

A reivindicação por um sistema informatizado aprimorado, por sua vez, refletiria um benefício para o qual o DOGES teria uma competência mais autônoma, menos dependente de atores institucionais diversos e liturgias participativas interinstitucionais. De fato, um compromisso assumido pela gestão recente daquele departamento dedica-se ao aprimoramento do sistema OuvidorSUS, e estuda, neste empreendimento, alterar alguns fluxos de comunicação entre as ouvidorias que adotam o sistema, visando maior agilidade no tratamento das manifestações.

Neste trabalho, a nomenclatura SNO tenderia a ser redefinida para Rede Nacional de Ouvidorias (do SUS). A perspectiva de agilizar o tratamento das manifestações retesaria o trânsito atual que elas seguem no OuvidorSUS para alcançar, sem mediações, a ouvidoria da instituição responsável pela resposta, - (uma imagem radical de ‘descentralização’). A possibilidade de inclusão de arquivos de mídia, quando do registro de manifestação via *web*, também é introduzida como recurso na modernização do sistema.

São iniciativas pelas quais o DOGES atua com maior independência dos ritos participativos e das articulações estreitas entre instâncias de negociação e deliberação.

De outro modo, o rito participativo e aqueles atores foram representados na validação do Referencial de Qualidade para Acreditação de Ouvidorias do SUS, apoiando a iniciativa do projeto, conforme sua ênfase contextual e voltada para os efeitos da implantação descentralizada de ouvidorias do SUS. De modo que, o debate sobre o federalismo, nesse âmbito, parece associar-se com a compreensão, simultaneamente realística e incerta sobre como deveria ser um sistema para acreditação das ouvidorias do SUS:

[...]avaliar de modo contextualizado uma ouvidoria do SUS, visto que essas ouvidorias não são normatizadas. Tem municípios sem condições financeiras ou sem condições técnicas. É importante que haja as propostas de gestão coletiva, do jeito que é o SNAIOS, já que as coisas são como são[sem normatização]. Só não sei se os ouvidores serão capazes de manter essa ação de gestão coletiva permanentemente, como propõe o SNAIOS, e também não sei se os ouvidores serão capazes de cumprir os planos traçados no processo. (E3)

São desafios para os quais a priorização de uma política específica para as ouvidorias do SUS poderia contribuir, visto que, por mais que com ela pudesse se instaurar maior ‘normatização’ entre essas instâncias, dificilmente seria suficiente para dissipar desigualdades orçamentárias entre os entes federados, como identifica Arretche a respeito das limitações das

políticas nacionais. Assim também como outras variáveis técnicas, políticas, sociais, culturais, etc, que implicam em conformações particulares entre as ouvidorias do SUS. Por outro lado, com uma política nacional, a ouvidoria do SUS e seus ouvidores poderiam alcançar incremento em sua força política, capaz de estimular capacidades necessárias à prática e manutenção da gestão coletiva da qualidade.

Os incentivos federais, recentemente destinados aos estados para implantação e qualificação de ouvidorias do SUS em seus territórios, tem uma natureza diferente daquela demandada em forma de política nacional. Investem na descentralização político-administrativa prevista pelo SUS, uma aplicação do universalismo de procedimentos que se materializa como diretriz para a gestão da saúde pública no Brasil.

## REFERÊNCIAS

ALVES, A.D. **Responsabilidade e Governança na Moderna Gestão Hospitalar**. 2011. Dissertação (Doutorado em Ciências da Saúde). Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, Aveiro, 2011.

ALVES, P.C.; RABELO, M.C.; SOUZA, I.M. Hermenêutica-fenomenológica e compreensão nas ciências sociais. **Soc. estado.**, Brasília, v.29, n.1, p.181-198, abr. 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922014000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000100010&lng=en&nrm=iso). Acesso em 11 nov. 2019.

ARRETCHE, M.T.S. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.11, n.31, 1996. p. 44-66.

\_\_\_\_\_. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, C.; CARVALHO, M. (Orgs.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001. p. 43-56.

\_\_\_\_\_. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, 2004, vol.18, n 2, p. 17-26.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Relatório com as diretrizes aprovadas nos Grupos de Trabalho ou na Plenária Final da 15a Conferência Nacional de Saúde (15a CNS)**. Brasília, DF, Jan, 2016. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2016/01/Relat%C3%B3rio\\_Diretrizes\\_15CNS.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2016/01/Relat%C3%B3rio_Diretrizes_15CNS.pdf). Acesso em: 03 fev. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BARON, G.; MONNIER, E. Une approche pluraliste et participative: coproduire l'évaluation avec la société civil. **Informations Sociales**, n. 110, set, 2003.

BARREIRO, A.A.; PEREZ, JR.; PASSONI, E.(Orgs). **Construindo a ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas**. São Paulo: Ed. Unicamp, 2011.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. vol. 2, n 1(3), p. 68-80, jan-jul. 2005. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>. Acesso em: 09 dez. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, jun, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/D4726.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm). Acesso em: 05 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 141, n. 32, seção 1, p. 37-41, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF. 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 05 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Portaria nº 8, de 25 de maio de 2007. Regulamenta o Sistema OuvidorSUS. **Diário Oficial da União**. 28 mai. 2007a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgep/2007/prt0008\\_25\\_05\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgep/2007/prt0008_25_05_2007.html). Acesso em: 06 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS, que vislumbra a implantação de ouvidorias como uma das formas de fortalecer a gestão estratégica e participativa no SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 nov. 2007b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3027\\_26\\_11\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3027_26_11_2007.html). Acesso em: 26 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS. 2. ed., 2009. 44p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_estrategica\\_participasus\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf). Acesso em: 06 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Falando de Ouvidoria**: experiências e reflexões. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [ftp://balcao.saude.ms.gov.br/horde/ouvidoria/material\\_implantacao/compendio\\_ouvidoria\\_geral\\_sus.pdf](ftp://balcao.saude.ms.gov.br/horde/ouvidoria/material_implantacao/compendio_ouvidoria_geral_sus.pdf). Acesso em: 08 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2010b. Disponível em: [http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/diretrizes\\_e\\_dispositivos\\_da\\_pnh1.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf). Acesso em: 07 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 232 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf). Acesso em: 11 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto 8.243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 09 de jun. 2014a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm). Acesso em: 27 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. 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, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/22/guia-para-implantacao-de-ouvidorias-do-sus-2014.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Manual das Ouvidorias do SUS**. 2014. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_ouvidoria\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_ouvidoria_sus.pdf). Acesso em: 05 mar 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.416, de 07 de novembro de 2014. Estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 07 nov. 2014d. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2416\\_07\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2416_07_11_2014.html). Acesso em: 06 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Ouvidorias do SUS**. Desafios e Perspectivas. 4 razões por que a Ouvidoria qualifica os resultados da gestão do SUS. Editora MS. [Brasília, 2016].1 folder.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm). Acesso em: 21 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Fundo Nacional de Saúde. GESCON - Sistema de Gestão de Convênios. **Relatório Proposta de Projeto nº 337810550001170-12**. 26 mai, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. **Sistema de Ouvidorias do Poder Executivo Federal**. 2017b. Disponível em: <http://governoaberto.cgu.gov.br/noticias/2017/conheca-o-e-ouv-municipios>. Acesso em: 05 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Brasília, 2017c. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/L13460.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13460.htm). Acesso em: 07 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto** nº 9.492, de 5 de setembro de 2018. Regulamenta a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Brasília, 2018a. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/Decreto/D9492.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Decreto/D9492.htm). Acesso em: 17 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. **Painel Resolveu?** 2018b. Disponível em: <http://paineis.cgu.gov.br/resolveu/index.htm>. Acesso em: 20 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.975, de 29 de junho de 2018. Estabelece incentivo financeiro destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS - ParticipaSUS, com foco na implantação, descentralização e qualificação das Ouvidorias do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2 jul, 2018c. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=02/07/2018&jornal=515&pagina=87>. Acesso em: 18 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. **Instrução Normativa nº 15, de 19 de novembro de 2018**. Institui Programa de Melhoria Continuada das Unidades de Ouvidoria do Poder Executivo Federal (PROMOUV). Brasília, 2018d. Disponível em [http://ouvidorias.gov.br/ouvidorias/legislacao/in/sei\\_cgu-0927110-instrucao-normativa.pdf](http://ouvidorias.gov.br/ouvidorias/legislacao/in/sei_cgu-0927110-instrucao-normativa.pdf). Acesso em: 18 mar. 2019.

CAMARGO E GOMES, M.E.A. Modelos de ouvidorias públicas no Brasil. In CARDOSO, A.S.R.; MENEZES, R.A (Orgs.). **Ouvidoria Pública Brasileira: reflexões, avanços e desafios**. Brasília: Ipea, 2016. p. 13-42.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 5, Supl.1, p. S63-S69, dez, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5s1/27842.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2019.

CAPALBO, C. A subjetividade e a experiência do outro: Maurice Merleau-Ponty e Edmund Husserl. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 13, n.1, p. 25-50, jun. 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672007000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672007000100003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 19 out. 2018.

CARDOSO, A.S.R. A ouvidoria como instrumento de mudança. In: CARDOSO, A.S.R.; LYRA, R.P. (Orgs.). **Novas modalidades de ouvidoria pública no Brasil**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011.

CECCIM, R.B. Acreditação pedagógica na educação em saúde coletiva. **Bol da Saúde**, Vol 14, n. 1, 2000. p. 81-97.

\_\_\_\_\_. Permanent education in the healthcare field: an ambitious and necessary challenge. **Interface Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, Dec. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 dez. 2018.

CHAMPAGNE, F; DENIS, J.L. Análise da implantação. In: HARTZ ZMA. (Org). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 1997. p. 49-88.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Matéria veiculada em 13 nov. 2018. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27961:2018-11-12-17-57-13&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27961:2018-11-12-17-57-13&catid=3). Acesso em: 24 abr. 2019.

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016. disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 05 set. 2018.

\_\_\_\_\_. **Documento orientador de apoio aos debates da 16ª conferência nacional de saúde**. Brasília, DF, dez, 2018. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Documento\\_Orientador\\_Aprovado.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Documento_Orientador_Aprovado.pdf). Acesso em: 05 fev. 2019.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p.705-711, Set, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 mai. 2019.

\_\_\_\_\_.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

CRUZ, M.M.; SANTOS, E.M. Avaliação de saúde na atenção básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos. In: MATTA, G.C.; MOURA, A.L.(Orgs.). **Políticas de saúde**: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 267-84.

DAHL, R. **Poliarquia**: Participação e Oposição. São Paulo: EDUSP, 1997.

DELGADO, P. O Anti-Heráclito – Onde o passado não passa. Prefácio à quarta edição de ‘A gramática política do Brasil’. In NUNES, E. **A gramática política do Brasil**: clientelismo e insulamento burocrático. 4. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: Teorias e abordagens [trad. Sandra Regina Netz] 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DEPARTAMENTO DE OUVIDORIA-GERAL DO SUS. Divisão de Apoio às Ouvidorias do SUS. **Banco de dados do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS**. Mar. 2018.



DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Arch Pathol Lab Med, 1990.

DUBOIS, C; CHAMPAGNE, F; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE, Astrid. **Avaliação: conceitos e métodos**. BROUSSELLE, Astrid. [et al](Orgs.). Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Friocruz, 2011. p. 19-39.

FEIJÃO, A.M.M.; SALAZAR, F.; MORO, M.F.S.A.; SOUZA, R.M. **Curso nacional de Qualificação de auditorias e ouvidorias do SUS: ouvidoria SUS**. FIOCRUZ/ENSP: Rio de Janeiro, 2014. 120 p. Disponível em: <http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/curso-nacional-de-qualificacao-das-auditorias-e-ouvidorias-do-sus>. Acesso em: 05 dez. 2018.

FELDMAN; L.B; GATTO, M.A.F; CUNHA, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 18, n. 2, p. 213-219, jun. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000200015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200015&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 dez. 2018.

FERNANDES, F.M.B.; RIBEIRO, J.M; MOREIRA, M.R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p.1667-1677, set. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000900002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10 fev. 2019.

FERNANDES, F.M.B.; MOREIRA, M.R.; RIBEIRO, J.M.; OUVENEY, A.M.; OLIVEIRA, F.J.F.; MORO, M.F.A. Inovação em ouvidorias do SUS – reflexões e potencialidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2547-2554, ago, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000802547&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802547&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 mar. 2019.

FERNANDES, F.M.B. **Curso de Qualificação em Avaliação Externa de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS - CQAEAIE-SUS - Fórum Geral (atividade 3) - Re: Diferença entre processo de acreditação proposto e os demais processos de avaliação**. 24 set 2018. Disponível em: <https://moodle.ead.fiocruz.br/mod/forum/user.php?id=28237&course=172>. Acesso em: 26 mar. 2019.

FERREIRA, M.C. Análise do discurso e suas interfaces: o lugar do sujeito na trama do discurso. In: **Organon**. v. 24. n.48 Porto Alegre: UFRGS, 2010, p. 17-34.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910. (Bulletin, 4).

FORTES, M. T.; MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T.W. F. Acreditação ou acreditações? Um estudo comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. **Rev. Assoc. Med. Bras, São Paulo**, v. 57, n. 2, p. 239-246, Abr. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302011000200025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000200025&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 mai. 2018.

FORTES, M.T. **Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde**. 2013. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 10.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

\_\_\_\_\_. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro. Forense Universitária. 7. ed., 2005.

FRANCISCO, D.J.; SANTANA, L. Resolução 510/2016: reflexões desde a inserção em um Comitê de Ética em Pesquisa. **Revista Mundaú**, n.2, 2017, p. 67-79.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 abr. 2019.

FURTADO, J.P.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001202643&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202643&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 15 fev. 2019.

FURTADO, J.P; CAMPOS, G.W.S; ODA, W.Y; ONOCKO-CAMPOS, R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.7, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000705004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000705004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 15 mai. 2019.

GEHRES, L.G.; CESARO, B.C. A Ouvidoria como Ferramenta de Gestão do SUS no estado do Rio Grande do Sul. **Revista Científica da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman**, v.1, 2017, p. 151-164.

GILL, R. Análise do discurso. In: BAUER, M.; GASKELL, G (Orgs). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 244- 270.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8 ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. Cap 4. In: MINAYO, M.C.S (Org). **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016. p. 72-95.

GONCALVES, R.R.; GARCIA, F.A.F.; DANTAS, J.B.; EWALD, A.P. Merleau-Ponty, Sartre e Heidegger: três concepções de fenomenologia, três grandes filósofos. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, ago. 2008. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812008000200019&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000200019&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 nov. 2018.

GOVERNO FEDERAL- Ouvidorias.gov. **História das Ouvidorias**. Disponível em: <http://www.ouvidorias.gov.br/cidadao/conheca-a-ouvidoria/historia-das-ouvidorias>. Acesso em: 09 nov. 2018.

GUBA, E; LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

GURGEL, W.B. A triangulação em debate: considerações sobre os modelos minayano de avaliação por triangulação de métodos. **Ciências Humanas em Revista**. São Luis, v.5, n. esp, ago, 2006, p. 9-28.

HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. Disponível em: SciELO Books: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 12 mai. 2018.

HORTALE, V.A; OBBADI, M; RAMOS, C.L. A acreditação e sua implementação na área de ensino pós-graduado em Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1789-1794, dez. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000600034&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600034&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 12 mai. 2018.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Avaliação de Políticas Públicas - Guia Prático de Análise Ex Ante. **Casa Civil da Presidência da República**, Ipea. Brasília, 2018. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=32688](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32688). Acesso em: 28 jan. 2019.

KANTORSKI, L.P.; WETZEL, C.; OLSCHOWSKY, A.; JARDIM, V.M.R.; BIELEMANN, V.L.M.; MACHADO.; SCHNEIDER, J.M. Fourth-generation evaluation – methodological contributions forevaluating mental health services. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, out./dez. 2009. p.343-355.

LINCOLN, Y.; GUBA, E. Controvérsias paradigmáticas, contradições e confluências emergentes. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. (Orgs.). **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa** – teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 169-192.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA ,T.W.F. Configuração institucional e papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G.C.; PONTE, A.L.M. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p. 139-162.

MACHADO, F.R.S.; BORGES, C.F. Análise do componente ouvidoria na implementação da política de participação no SUS no estado do Rio de Janeiro. **Sociologias**, Porto Alegre, v.19, n. 44, p. 360-389, jan, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1517-45222017000100360&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1517-45222017000100360&lng=en&nrm=iso). acesso em: 10 fev. 2019.

MACEDO, L.C.; LARocca, L.M.; CHAVES, M.M.N.; MAZZA, V.A. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.12, n. 26, p. 649-657, Set. 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 set. 2018.

MACEDO, P.S.N. Democracia participativa na Constituição Brasileira. **Revista de informação legislativa**, v. 45, n. 178, p. 181-193, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/176529>. Acesso em: 25 mar. 2019.

MAIA, J.A.F. Metodologia para avaliação ex ante e ex post da relevância social de políticas públicas. **Sitientibus**, v. 38, p. 35-56. 2018. Disponível em: [http://www2.uefs.br/sitientibus/pdf/38/3\\_metodologia\\_para\\_avaliacao\\_ex\\_ante\\_e\\_ex\\_post.df](http://www2.uefs.br/sitientibus/pdf/38/3_metodologia_para_avaliacao_ex_ante_e_ex_post.df). Acesso em: 01 fev. 2019.

MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Educ Soc**. Campinas, vol. 27, n. 94, p. 47-69, jan/abr. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/es/v27n94/a03v27n94.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

MALIK, A.M. O caminho da acreditação no país[opinião]. **Rev MelhoresPráticas**. 2014;15(1):20-1.

MATTA, G.C.; PONTE, A.L.M. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.

MEDINA, M.G.; SILVA, G.A.P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z.M.A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-64.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L.D.S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 224-243, set. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500224&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500224&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 24 abr. 2019.

MERLEAU-PONTY, M. (1945). **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. (1942). **A estrutura do comportamento**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. Campinas: Papyrus, 1990.

MINAYO, M.C.S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: \_\_\_\_\_.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R.(Orgs). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 19-51.

\_\_\_\_\_. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos, In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Orgs). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 163-190.

MOREIRA, M.R.; MOTTA, J. I. J.; RIBEIRO, J.M. **Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS no Brasil: documentos de base**. 1. ed. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública e Ministério da Saúde, 2018. v. 1. 48p.

NOVAES, H.M.; PAGANINI, J.M. **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil)**. Washington (DC): Organização Panamericana de Saúde; 1994. (OPAS/HSS/ 94.05).

NOVAES, H.M. Historia da Acreditação Hospitalar na América Latina – o caso Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. v. 12, n. 4, 2015.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, p. 547-549, Out. 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000500018&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 jan. 2019.

NUNES, E. **A gramática política do Brasil**: clientelismo e insulamento burocrático. 4. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2010

ONA -ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **O que é Acreditação**. Disponível em: <https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao/>. Acesso em: 06 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <https://www.ona.org.br/Noticia/671/ONA-lanca-Manual-de-Acreditacao-versao-2018>. Acesso em: 12 fev 2019.

ORLANDI, E.P. **Análise de Discurso**: princípios e procedimentos. 12.ed. Campinas: Pontes Editores, 2015.

PAGLIOSA, F.L; DA ROS, M.A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, Dez. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 mai. 2019.

PÊCHEUX, M. (1975) **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. Trad. Eni Puccinelli Orlandi et al. Campinas: Editora Unicamp, 1988.

\_\_\_\_\_. (1988). **Discurso: estrutura ou acontecimento**. Trad. bras. por Eni Orlandi. Campinas: Pontes, 1993.

PEREIRA, L.H. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. **Sociologias**, Porto Alegre, n.7, p. 82-121, Jun, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222002000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222002000100004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 fev. 2019.

POSSENTI, S. **Discurso, estilo e subjetividade**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

PROVEDOR DE JUSTIÇA. Na defesa dos cidadãos. Portugal. Disponível em: <http://www.provedor-jus.pt/>. Acesso em: 16 mar 2019.

ROQUETE, F. F.; MENEZES, P. Q. S. ; MAIA, T. P. ; VIANA, S. M. N. ; ROCHA, L. F. S. ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL: perfil dos hospitais acreditados pela Joint Commission International (JCI) e Organização Nacional de Acreditação (ONA). In: **CONVIBRA 2017**, 2017. Gestão de Serviços de Saúde, 2017. Disponível em: [http://www.convibra.com.br/upload/paper/2017/61/2017\\_61\\_14658.pdf](http://www.convibra.com.br/upload/paper/2017/61/2017_61_14658.pdf). Acesso em: 21 jan. 2019.

SANTOS, G.B.; AROUCA, R.; HORTALE, V.A. **Mestrado Profissional em Saúde Pública: caminhos e identidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

SANTOS, M. A.; NEVES, V. R.; SANNA, M. C. Conferências Nacionais de Saúde e o serviço de ouvidoria no Brasil. História da Enfermagem - **Revista Eletrônica (HERE)**, v. 5, p. 3-14, 2014. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol5num1artigo1.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2018.

SCHWANDT, T.A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 193-217.

SCRIVENS, E. **Accreditation: Protecting The Professional or The Consumer?** Buckingham, UK: Open University Press, 1995.

\_\_\_\_\_. **Assessing the value of accreditation systems**. European Journal of Public Health. Vol 7, 1997.

SILVA, L.M.V. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 331-339, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. Cap. 1, p. 15-39. In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (Orgs.) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2005. 275 p.

SILVA, R.P.; JESUS, E.A.; RICARDI, L.M.; SOUSA, M.F.; MENDONÇA, A.V.M. O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n.110, p. 81-94, Set. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000300081&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300081&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 abr. 2019.

SIMÕES, G.; SIMÕES, J.M. Reflexões sobre o conceito de participação social no contexto brasileiro. **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz, ago, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/reflexoes-sobre-o-concetto-de-participacao-social-no-contexto-brasileiro.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.

SORDI, M.R.L.; LOPES C.V.M.; DOMINGUES, S.M.; CYRINO, E.G. O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.19, supl.1, p. 731-742, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000500731&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500731&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 jan. 2019.

SOUZA, T.P.; CUNHA, G.T. A gestão por meio da avaliação individualizante e competitiva como elemento comum nas políticas públicas e gerenciais contemporâneas: uma contribuição crítica a partir de Michel Foucault. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 655-663, dez, 2013. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400013&lng=en&nrm=iso). Access em: 06 fev. 2019.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, .FJ. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 87-117.

## **ANEXO A - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS**

- 1 – Qual é a sua idade?
- 2 – Qual é a sua formação profissional/Escolaridade?
- 3 – Você é funcionário(a) de carreira ou ocupa um cargo de confiança? Qual o seu vínculo profissional?
- 4 – Qual sua experiência profissional? No SUS, em particular e na ouvidoria do SUS?
- 5 – Durante esta experiência, já ouviu falar ou teve contato com avaliações em saúde? O que conhece sobre este assunto? Como você avalia esta(s) experiência(s)?
- 6 – O que você entende por qualidade em serviços de saúde?
- 7 – Ainda sobre qualidade, como esta sua compreensão de qualidade se aplica à ouvidoria do SUS, em particular? No dia a dia da ouvidoria?
- 8 – Como você descreve e avalia sua trajetória e atuação enquanto ouvidor(a) do SUS em seu estado?
- 9 – Como você define a ouvidoria no SUS? Qual(is) sua(s) função(ões) e importância?
- 10 – O que você acha que poderia contribuir para uma ouvidoria do SUS atuar com qualidade?
- 11 – O que significa para você acreditação (na área da saúde)?
- 12 – Para você, como seria ou deveria ser um sistema para acreditação das Ouvidorias do SUS? Quais seriam os seus principais componentes?
- 13 – O que você sabe sobre o projeto SNAIOS e qual a sua opinião sobre ele?
- 14 – Você percebe semelhanças ou diferenças entre o SNAIOS e outros tipos de acreditação? Se sim, quais? Se não, que outros sistemas o SNAIOS deveria ter como exemplo e por quê?
- 15 – Como você acha que o SNAIOS poderia contribuir para a qualificação das ouvidorias do SUS?
- 16 – Atualmente, quais são as principais dificuldades no sistema de ouvidorias para a implementação do SNAIOS?
- 17 – Além das dificuldades, que aspectos do sistema de ouvidorias do SUS poderiam facilitar a implementação do SNAIOS?



## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) Participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa 'Percepção de Ouvidores Estaduais do SUS a respeito do Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS: Desafios e Perspectivas' desenvolvida pelo aluno/pesquisador Lawrence Gonçalves, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. José Inácio Jardim Motta.

O estudo tem como objetivo central analisar a percepção de ouvidores estaduais do SUS sobre o Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS. E prevê, em sua metodologia, o levantamento de percepções através da técnica de entrevistas.

Por este objetivo, na condição de ouvidor(a) estadual do SUS, o(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a fazer parte como sujeito cujas percepções sobre temas que se relacionam com o referido sistema desejamos conhecer.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

São garantidos, para tal participação voluntária, a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes. Para tanto, serão tomadas as seguintes medidas para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas:

Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. E qualquer informação que remeta à identificação do participante será tratada com o cuidado necessário, buscando evitar ao máximo indicações sobre sua procedência.

Sua participação, caso consinta, consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista ao pesquisador do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado. E, para tanto, solicitamos que assinale, ao final deste termo, uma das opções sobre a anuência quanto à gravação.

Conforme previsto no projeto que enseja a presente pesquisa, não haverá dispêndio para a realização da pesquisa, a não ser aqueles que fiquem a cargo do aluno/pesquisador se esse se deslocar, para a realização da entrevista, até ao seu encontro.

O tempo previsto para a duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador, para utilização em pesquisas futuras, sendo necessário, nessa hipótese, novo contato para que você forneça seu consentimento específico para a nova pesquisa.

Os benefícios indiretos relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa são os de, a partir da análise científica do material pesquisado, acessar os resultados que se tornarem públicos com a divulgação da pesquisa, em forma de dissertação. Mais amplamente, espera-se, com a sua participação, contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos sobre a implantação de políticas públicas na área da saúde, particularmente as políticas para as ouvidorias do SUS. E, assim, conseqüentemente, colaborar para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde.

Os riscos potenciais desta pesquisa, no que diz respeito à sua participação, são aqueles relacionados, involuntariamente, ao vazamento de dados ou identificação dos participantes, como no caso de perda ou roubo de materiais de registro. Entretanto, a observância das diretrizes envolvidas traz ao pesquisador

Rubrica do pesquisador \_\_\_\_\_

Rubrica do participante \_\_\_\_\_

a responsabilidade e diligência para a redução destes riscos ao mínimo. Lembramos ainda que, como toda e qualquer interação humana, este exercício é sujeito a eventuais desconfortos decorrentes de reações ao andamento da entrevista. No entanto, procuraremos assegurar o seu bem-estar, enfatizando o objetivo do experimento, a cordialidade e a atenção aos aspectos éticos envolvidos, conforme as Diretrizes contidas na Resolução CNS/MS nº 510, de 07 de abril de 2016.

Também de acordo com a resolução CNS/MS nº 510/2016, os resultados das pesquisas que possam contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, devem ser comunicados aos órgãos competentes. Nessa pesquisa, prevemos a escrita e publicação de dissertação, quando então esses resultados estarão disponíveis publicamente. Regularmente, frise-se, com os mesmos cuidados quanto ao sigilo e privacidade do(s) entrevistado(s).

Este termo de consentimento (TCLE) é redigido em duas vias, sendo uma destinada ao participante e a outra ao pesquisador. Na última página de cada uma dessas vias, ambos devem assinar e, em cada página, também devemos rubricar nos locais destinados a cada qual.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.enp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 -Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21041-210

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Contato com o pesquisador responsável (aluno do Mestrado Profissional em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz):

Tel (61) 982111210

e-mail: law.goncalves@gmail.com

Lawrence Gonçalves \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do Pesquisador - (pesquisador de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada 'Percepção de Ouvidores Estaduais do SUS a respeito do Sistema Nacional de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS: Desafios e Perspectivas' e concordo em participar.

( ) Autorizo a gravação da entrevista .

( ) Não autorizo a gravação da entrevista .

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

Rubrica do pesquisador \_\_\_\_\_

Rubrica do participante \_\_\_\_\_

**ANEXO C - IMAGENS DE CAPA, CONTRACAPA E FOLHA DE ROSTO DO LIVRETO 'Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS no Brasil: Documentos de Base'**





**Ministério da Saúde – MS**Ministro: *Ricardo José Magalhães Barros***Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Sgep**  
Secretária: *Gerlane Baccarin***Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS – Doges**  
Diretor: *Leonardo de Almeida Dias***Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz**  
Presidente: *Nísia Trindade Lima***Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz**  
Diretor: *Hermano Castro***Coordenação da Pesquisa***Marcelo Rasga Moreira**José Inácio Jardim Motta**José Mendes Ribeiro*Pesquisadores do Departamento de Ciências Sociais – DCS/  
Ensp/Fiocruz-RJ**Equipe de Pesquisa – DCS/Ensp/Fiocruz-RJ***Assis Luis Mafort Overney**Charles da Fonseca Lucas**Fernanda Caetano Paes Moreira**Fernando Manuel Bessa Fernandes**Flavio José Fonseca de Oliveira**Luciana de Noronha Versiani**Luiz Fernando Mazzei Sucena**Renata Silva Velozo***Equipe de Elaboração***José Antônio da Silva Santos*

Colaborador do DCS/Ensp/Fiocruz-RJ

*José Inácio Jardim Motta*

Pesquisador do DCS/Ensp/Fiocruz-RJ

*Lawrence Gonçalves*

Equipe Doges/Sgep/MS

*Lucas Betti Vasconcelos*

Equipe Doges/Sgep/MS

*Marconi Moura de Lima*

Equipe Doges/Sgep/MS

## Catalogação na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

M838a Moreira, Marcelo Rasga (Org.)  
Acreditação institucional de ouvidorias do SUS no Brasil:  
documentos de base. / organizado por Marcelo Rasga Moreira,  
José Inácio Jardim Motta e José Mendes Ribeiro. — Rio de  
Janeiro, RJ : ENSP/Fiocruz, 2018.  
48 p.  
ISBN: 978-85-8110-037-1

1. Ouvidoria. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Gestão em  
Saúde. 4. Acreditação. 5. Gestão da Qualidade. 6. Defesa do  
Consumidor. 7. Brasil. I. Motta, José Inácio Jardim (Org.).  
II. Ribeiro, José Mendes. III. Título.

CDD – 22.ed. – 362.104250981

*Murilo da Conceição Cunha Wanzeler*Pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, do  
Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da  
Paraíba – Nesc/CCS/UFPB em colaboração com DCS/  
Ensp/Fiocruz-RJ*Rafael Vulpi Caliani*

Equipe Doges/Sgep/MS

**Validadores do Referencial de Qualidade***Conceição Aparecida Pereira Rezende*

Ouvidora-geral do Estado de Minas Gerais

*Dayse Gadelha Lima Fuques*

Ouvidora da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

*Denise Rinehart*Assessora técnica do Conselho Nacional de Secretarias  
Municipais de Saúde – Conasems*Fernando Manuel Bessa Fernandes*

Pesquisador do DCS/Ensp/Fiocruz-RJ

*Francisco Rodson dos Santos Souza*

Ouvidor da Secretaria do Estado Acre

*Haroldo Jorge Pontes*Assessor técnico do Conselho Nacional de Secretários Es-  
taduais de Saúde – Conass*Islândia Maria Carvalho de Sousa*Pesquisadora do Centro de Pesquisa Ageu Magalhães –  
CPQAM/Fiocruz-PE*Jacqueline de Paula Maués Dias Furtado*

Ouvidora da Secretaria Municipal de Saúde de Belém

*Jadrael Alexandre de Souza*

Ouvidor da Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco

*Luana Gonçalves Gehres*

Ouvidora da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

*Márcia Lopes Silva*

Ouvidora da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro

*Myrtes de Araújo Martins Lemos*

Ouvidora do Hospital de Base de Brasília

*Oliva Pacheco Vasconcellos*

Ouvidora da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

*Sandra Aparecida Venâncio*

Pesquisadora do DCS/Ensp/Fiocruz-RJ

*Sonival Tadeu Cavalcanti Fagundes*

Ouvidor-geral da Universidade Federal da Paraíba

*Virginia Alonso Hortale*

Pesquisadora do Daps/Ensp/Fiocruz-RJ

**Edição de Texto, Revisão e  
Normatização***Isabela Schincariol Domingues***Capa, Identidade Visual e  
Editoração Eletrônica***Tatiana Lassance Proença*