

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL**  
**CAMPUS CERRO LARGO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS**  
**PÚBLICAS**

**JEANA RÜCKERT RIBEIRO WILLMS**

**CERRO LARGO**  
**2024**

**JEANA RÜCKERT RIBEIRO WILLMS**

**OUVIDORIA DO SUS COMO INSTRUMENTO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS  
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas (PPGDPP), da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) *Campus Cerro Largo*, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Reneo Pedro Prediger

**CERRO LARGO**

**2024**

**Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

Willms, Jeana Rückert Ribeiro  
OUVIDORIA DO SUS COMO INSTRUMENTO DE PARTICIPAÇÃO  
SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE / Jeana Rückert  
Ribeiro Willms. -- 2024.  
113 f.:il.

Orientador: Doutor Reneo Pedro Prediger

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da  
Fronteira Sul, Programa de Pós-Graduação em  
Desenvolvimento e Políticas Públicas, Cerro Largo,RS,  
2024.

1. Participação Social. 2. Políticas Públicas de  
Saúde. 3. Ouvidoria do SUS. I. Prediger, Reneo Pedro,  
orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III.  
Titulo.

**JEANA RÜCKERT RIBEIRO WILLMS**

**OUVIDORIA DO SUS COMO INSTRUMENTO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS  
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas (PPGDPP), da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) *Campus Cerro Largo*, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 13/12/2024.

**BANCA EXAMINADORA**

Documento assinado digitalmente  
 **RENEO PEDRO PREDIGER**  
Data: 13/12/2024 13:06:39-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

---

**Prof. Dr. Reneo Pedro Prediger – UFFS**  
**Orientador**

Documento assinado digitalmente  
 **EDEMAR RÖTTA**  
Data: 13/12/2024 21:09:50-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

---

**Prof. Dr. Edemar Rotta – UFFS**  
**Avaliador**

Documento assinado digitalmente  
 **SERGIO LUIS ALLEBRANDT**  
Data: 16/12/2024 20:59:23-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

---

**Prof. Dr. Sérgio Luis Allebrandt - UNIUI**  
**Avaliador**

Dedico este trabalho aos meus pais, Rejani e  
João, meu esposo, Vinícius, e meu filho,  
Pedro.

## AGRADECIMENTOS

À minha família, sempre incentivadora, compreensiva e amável.

À Deus pela saúde e oportunidade concedida.

Ao professor Dr. Reneo Pedro Prediger, orientador deste e de outros trabalhos, pelo incentivo, entusiasmo, ensinamentos e respeito ofertado.

À Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) pela oportunidade de aprendizado e evolução intelectual, cultural e profissional. Bem como a todos os professores e funcionários do Programa de Pós - Graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas pela transmissão de conhecimento e acolhimento.

Aos colegas da turma de Mestrado, no Programa de Pós - Graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas (UFFS), anos de 2023/2024, pelo convívio e compartilhamento de ideias.

Aos entrevistados que cederam seu tempo e seus conhecimentos e experiências.

Aos colegas da 12<sup>a</sup>CRS pelo incentivo e auxílio.

Sou muito grata pela oportunidade e privilégio de realizar o curso de Mestrado, especialmente em uma Universidade Federal, símbolo do acesso à informação e ao conhecimento. Deixo meu agradecimento a todos que de alguma forma contribuíram para a consecução do curso e desta pesquisa.

“O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são”.  
(Aristóteles)

## RESUMO

A gestão participativa no SUS é fundamental para garantir a universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde, fortalecendo o controle social e promovendo uma maior aproximação entre os serviços de saúde e as necessidades reais da população, especialmente em um país com as dimensões do Brasil, onde critérios epidemiológicos, sociais, culturais, educacionais e de saneamento podem ser distintos. Com a intenção de produzir inferências na perspectiva de contribuir para a qualificação das diretrizes de implementação e execução das políticas públicas de saúde e almejando cooperar com possibilidades de desenvolvimento regional a partir do aumento na qualidade de vida, esta pesquisa objetivou analisar se os gestores municipais de saúde, no âmbito de abrangência da 11ª Região de Saúde - Sete Povos das Missões, do Estado do Rio Grande do Sul, compreendem a Ouvidoria SUS como instrumento de participação social para elaboração, gestão, planejamento e execução das políticas públicas de saúde. A análise foi realizada com base na revisão de literatura e na execução de entrevistas, visando entender o contexto a partir da subjetividade dos gestores municipais de saúde. A investigação empregou metodologia partindo de uma abordagem qualitativa, interpretativa, utilizando o referencial teórico metodológico da Hermenêutica de Profundidade de Thompson. Os resultados da pesquisa foram extraídos com a utilização do método de análise de conteúdo de Bardin, no qual foram estabelecidas cinco categorias de análise: perfil do gestor, atividades desempenhadas, tomada de decisão, ouvidoria do SUS e participação social. Os resultados apontaram para um perfil de gestores com formação em nível superior ou cursando nível superior, de forma predominante nas áreas da saúde e administração, em exercício há pouco tempo no cargo, exercendo pela primeira vez a função e vinculados aos partidos de direita ou de centro. Quanto ao cotidiano verificou-se como principais atividades desempenhadas o atendimento ao público, a realização de agendamentos de consultas, exames e procedimentos, as autorizações para as compras e usos de recursos públicos, a gestão das equipes de saúde e as visitas às unidades de saúde e interior dos municípios. Quanto ao contexto de implementação de Ouvidorias, verificou-se que a maioria dos municípios não possui ouvidoria destinada ao acolhimento de demandas relacionadas à matéria da saúde e nenhum entrevistado informou já ter trabalhado diretamente com canais de ouvidorias. Quanto ao conceito de participação social, pelas falas dos entrevistados, percebeu-se que, de forma geral, eles compreendem o instituto como um espaço para dar voz do usuário do SUS. Eles assemelham a participação social ao espaço ofertado ao cidadão para postular suas necessidades. Ao final pode-se concluir que os Secretários de Saúde entrevistados afirmam compreender a Ouvidoria do SUS como um instrumento de participação social, embora ponderem a falta de cultura da sociedade para o uso adequado do instrumento. Assim, em que pese as respostas dos entrevistados sejam afirmativas, interpreta-se que o manejo da participação social na região estudada ainda está longe de ser concretizado de forma eficiente, visto que foram encontradas diversas fragilidades na compreensão do conceito de participação social e ao mesmo tempo foram apontadas diversas questões culturais que podem desvirtuar o uso adequado da Ouvidoria do SUS, no contexto dos pequenos municípios. Portanto, espera-se que o estudo tenha contribuído com o repositório científico acerca da temática e possa auxiliar no processo de construção de um referencial teórico para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde a nível regional, inclusive ampliando o debate acerca da participação social com os gestores e promovendo qualificação no uso da Ouvidoria do SUS pela sociedade.

**Palavras-chave:** Ouvidoria do SUS; governança participativa; regionalização das políticas públicas de saúde.

## ABSTRACT

Participatory management in the SUS is fundamental to guarantee universality, completeness and equity in access to health services, strengthening social control and promoting a greater approximation between health services and the real needs of the population, especially in a country with the dimensions of Brazil, where epidemiological, social, cultural, educational and sanitation criteria may be different. With the intention of producing inferences from the perspective of contributing to the qualification of guidelines for the implementation and execution of public health policies and aiming to cooperate with possibilities for regional development through an increase in quality of life, this research aimed to analyze whether municipal managers of health, within the scope of the 11th Health Region - Sete Povos das Missões, in the State of Rio Grande do Sul, understand the SUS Ombudsman as an instrument of social participation for the elaboration, management, planning and execution of public health policies. The analysis was carried out based on a literature review and interviews, aiming to understand the context based on the subjectivity of municipal health managers. The investigation employed methodology based on a qualitative, interpretative approach, using the theoretical methodological framework of Thompson's Depth Hermeneutics. The research results were extracted using Bardin's content analysis method, in which five categories of analysis were established: manager profile, activities performed, decision making, SUS ombudsman and social participation. The results pointed to a profile of managers with higher education, in office for a short time, performing the role for the first time and linked to right-wing or center-right parties. Regarding daily life, the main activities performed were serving the public, scheduling appointments, exams and procedures, authorizing purchases and uses of public resources, managing health teams and visiting health units. and interior of the municipalities. Regarding the context of implementing Ombudsman offices, it was found that the majority of municipalities do not have an ombudsman's office designed to receive demands related to health matters and no interviewee reported having already worked directly with ombudsman channels. Regarding the concept of social participation, from the interviewees' statements, it was clear that, in general, they understand the institute as a space to give voice to SUS users. They equate social participation to the space offered to citizens to postulate their needs. In the end, it can be concluded that the Health Secretaries interviewed claim to understand the SUS Ombudsman's Office as an instrument of social participation, although they consider society's lack of culture for the appropriate use of the instrument. Thus, despite the interviewees' answers being affirmative, it is interpreted that the management of social participation in the studied region is still far from being implemented efficiently, as several weaknesses were found in understanding the concept of social participation and at the same time Over time, several cultural issues were raised that could distort the appropriate use of the SUS Ombudsman's Office, in the context of small municipalities. Therefore, it is expected that the study has contributed to the scientific repository on the topic and can assist in the process of building a theoretical framework for the development of public health policies at the regional level, including expanding the debate about social participation with managers and promoting qualification in the use of the SUS Ombudsman by society.

**Keywords:** SUS Ombudsman; participatory governance; regionalization of public health policies.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|                                                                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Mapa com a Divisão das Macrorregiões, Coordenadoria Regionais e Regiões de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul ..... | 45 |
| Figura 2 - Mapa da 11ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul .....                                                                            | 47 |
| Figura 3 - Hermenêutica de Profundidade (HP) – Etapas a serem cumpridas .....                                                                          | 66 |
| Figura 4 - Gráfico Grau de Instrução dos Secretários de Saúde .....                                                                                    | 73 |
| Figura 5 - Gráfico Tempo na Função .....                                                                                                               | 73 |
| Figura 6 - Filiação Partidária .....                                                                                                                   | 75 |
| Figura 7 - Atividades Desempenhadas .....                                                                                                              | 77 |
| Figura 8 - Contexto Regional sobre Implementação de Ouvidorias .....                                                                                   | 80 |

## **LISTA DE QUADROS**

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 - Características do Território .....              | 56 |
| Quadro 2 - Características do Território pelo IDESE .....   | 57 |
| Quadro 3 - Categorias de Análise .....                      | 70 |
| Quadro 4 - Categoria de Análise e Critério de Análise ..... | 71 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|        |                                                                   |
|--------|-------------------------------------------------------------------|
| CIB    | Comissão Intergestores Bipartite                                  |
| CEP    | Comitê de Ética em Pesquisa                                       |
| CRS    | Coordenadoria Regional de Saúde                                   |
| IBGE   | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                   |
| IDESE  | Índice de Desenvolvimento Socioeconômico                          |
| MDB    | Movimento Democrático Brasileiro                                  |
| MOPS   | Movimento Popular de Saúde                                        |
| MS     | Ministério da Saúde                                               |
| OSC    | Organização da Sociedade Civil                                    |
| PDT    | Partido Democrático Trabalhista                                   |
| PNPS   | Política Nacional de Participação Social                          |
| PP     | Partido Progressistas                                             |
| PPGDPP | Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas |
| Séc.   | Século                                                            |
| SES/RS | Secretaria Estadual de Saúde/Estado do Rio Grande do Sul          |
| SMS    | Secretaria Municipal de Saúde                                     |
| SNPS   | Sistema Nacional de Participação Social                           |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                            |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                        |
| TICs   | Tecnologias da Informação e Comunicação                           |
| UFFS   | Universidade Federal da Fronteira Sul                             |
| UTI    | Unidade de Tratamento Intensivo                                   |

## SUMÁRIO

|         |                                                                                                                        |     |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1       | INTRODUÇÃO .....                                                                                                       | 13  |
| 2       | DEMOCRACIA .....                                                                                                       | 18  |
| 2.1     | MODELO ELITISTA DE DEMOCRACIA .....                                                                                    | 21  |
| 2.2     | MODELO LIBERAL-PLURALISTA DE DEMOCRACIA.....                                                                           | 22  |
| 2.3     | MODELO DE DEMOCRACIA DELIBERATIVA .....                                                                                | 23  |
| 2.4     | MODELO DE DEMOCRACIA PARTICIPATIVA .....                                                                               | 26  |
| 3       | PARTICIPAÇÃO SOCIAL .....                                                                                              | 34  |
| 4       | POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....                                                                                      | 47  |
| 4.1     | REGIONALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO.....                                                                                      | 54  |
| 4.2     | GESTÃO TERRITORIAL DO SUS PELA GOVERNANÇA PARTICIPATIVA .....                                                          | 59  |
| 5       | PARTICIPAÇÃO SOCIAL ATRAVÉS DA OUVIDORIA DO SUS - ANÁLISE A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE ..... | 62  |
| 5.1     | CRITÉRIOS ÉTICOS .....                                                                                                 | 65  |
| 5.2     | OS SUJEITOS, A COLETA E A ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA.....                                                           | 65  |
| 5.2.1   | O Universo, o Locus e os Sujeitos da Pesquisa .....                                                                    | 66  |
| 5.2.2   | A Coleta dos Dados - Entrevistas.....                                                                                  | 66  |
| 5.2.3   | A Análise dos Dados.....                                                                                               | 67  |
| 5.2.3.1 | Categorias de Análise.....                                                                                             | 67  |
| 5.2.4   | Percepção dos Gestores.....                                                                                            | 69  |
| 5.2.4.1 | Perfil do Gestor .....                                                                                                 | 69  |
| 5.2.4.2 | Atividades Desempenhadas .....                                                                                         | 73  |
| 5.2.4.3 | Tomada de Decisão .....                                                                                                | 75  |
| 5.2.4.4 | Ouvidoria do SUS .....                                                                                                 | 77  |
| 5.2.4.5 | Participação Social .....                                                                                              | 81  |
| 6       | CONSIDERAÇÕES FINAIS.....                                                                                              | 85  |
|         | REFERÊNCIAS.....                                                                                                       | 94  |
|         | APÊNDICE A - Roteiro Semiestruturado De Entrevista.....                                                                | 101 |
|         | APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....                                                   | 102 |
|         | APÊNDICE C - Termo de Ciência e Concordância da Instituição Envolvida .....                                            | 105 |

## 1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de uma região é permeado pela influência de vários fatores, dentre os quais: econômicos, políticos e sociais, interdependentes e geralmente integrantes de um sistema público-privado de concretização. Para Celso Furtado (2000), o processo de desenvolvimento é desencadeado por pelo menos três dimensões: a primeira se refere ao sistema produtivo, onde a acumulação de capital e progresso técnico elevam a produtividade da força de trabalho, a segunda está atrelada a satisfação das necessidades humanas, fatores que garantem a dignidade e a promoção da cidadania. Já a terceira refere-se a um projeto ideológico de futuro, estabelecido através de objetivos definidos pela esfera pública, mas a partir de premissas elencadas pelos interesses dos grupos e classes sociais.

Com base nesse conceito, verifica-se o entrelaçamento de atividades público-privadas, com a transformação das estruturas produtivas e a implementação das políticas públicas, influenciando o processo de desenvolvimento de um território, correlacionando o crescimento econômico com o bem-estar da população, através da melhoria nas condições de vida.

As políticas públicas são áreas de estudo que buscam, através da multidisciplinaridade, pensar em ações dos governos visando a transformação da realidade local (Souza, 2006). As políticas públicas são essenciais para auxiliar no processo de desenvolvimento, contudo, denota-se a necessidade de uma gestão social para que tenham a efetividade pretendida. “O gestor e os agentes públicos passam a interagir com os diferentes atores da sociedade que se organizam em espaços públicos que hoje fazem parte do processo democrático” (Allebrandt; Ribas; Poletto; Malaquias, 2018, p. 41).

Dallabrida (2011) contextualiza que o protagonismo da sociedade civil é estruturante, tornando o indivíduo sujeito dos processos, atuando em consonância com o Estado e o mercado. Conhecer o povo, sua cultura, suas crenças, suas expectativas e necessidades, além torná-lo sujeito das políticas públicas é o que compõe o conceito de legitimidade previsto constitucionalmente: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição” (Brasil, 1988).

Compreender a titularidade do povo para o exercício do poder e para a gestão da coisa pública passa pela análise da democracia, visto que é nela que residem as discussões acerca dos direitos civilizatórios e o exercício da cidadania.

Não obstante a existência de outros regimes democráticos, como modelo elitista de democracia (Max Weber e Joseph Schumpeter), modelo liberal-pluralista (Robert Dahl), é no modelo de democracia deliberativa (com a teoria participativa de Habermas) que se apresentam os fundamentos para o exercício do poder pelo povo em conjunto com os representantes eleitos.

Tal teoria sustenta uma atuação cívica, mas pressupõe sociedades compostas por cidadãos livres e iguais e decisões políticas a partir do consenso, o que poderia dificultar a sua aplicação prática nas sociedades nas quais existem muitas diferenças sociais, sociedades tidas como periféricas.

Diante dessas dificuldades práticas, alguns autores propõem democracia participativa (Macpherson e Carole Pateman), na qual a participação ou atuação cívica está situada no contexto de uma democracia representativa, contudo despida das exigências do consenso e de uma sociedade igualitária, sendo considerada menos exigente na aplicabilidade prática.

Paulo Bonavides (2008) afirma ser necessária a busca pelo Direito Constitucional da Democracia Participativa, como a democracia capaz de promover a emancipação dos povos. O autor se refere especialmente aos povos da América Latina, comumente conhecidos pelo enfrentamento a golpes de Estado, ditaduras e intervenções federais. Ele argumenta que existem quatro princípios determinantes para a democracia participativa: princípio da dignidade da pessoa humana, princípio da soberania popular, princípio da soberania nacional e princípio da unidade da Constituição.

Os princípios constitucionais estariam acima das normas positivadas, mas apenas prosperam em uma sociedade aberta, onde o governo não seja monopólio de pequenos grupos ou classes, onde a participação constitua artefato político-jurídico para o respeito a identidade de um povo (Bonavides, 2008).

A atual Constituição Federal fomenta a participação cidadã, naquilo que conhecemos por cidadania ativa e democracia participativa, nas mais diversas áreas, contudo, até pelo escopo do presente estudo, afirma-se que a área da saúde é uma das que mais agregou instrumentos de participação social na gestão pública (Côrtes, 2009).

Nesse aspecto verifica-se que no artigo 198, inciso III, da Constituição Federal faz menção expressa para a “participação da comunidade” como diretriz para as ações e serviços de saúde. O Decreto 7.508/2011, que “regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências” (Brasil, 2011), encampa a regionalização como fator organizacional para o SUS, trazendo a gestão participativa como diretriz.

A gestão participativa no SUS é fundamental para garantir a universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde, fortalecendo o controle social e promovendo uma maior aproximação entre os serviços de saúde e as necessidades reais da população, especialmente em um país com as dimensões do Brasil, onde critérios epidemiológicos, sociais, culturais, educacionais e de saneamento podem ser distintos.

Diversos são os mecanismos disponíveis para a participação social no SUS, dentre eles os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e as Ouvidorias. Esse modelo de gestão busca promover a democracia, a transparência e a efetividade dos serviços de saúde, visando a participação ativa dos cidadãos na gestão e avaliação do SUS (Brasil, 1990).

Por outro lado, atualmente, percebe-se um aumento nos movimentos críticos em relação as instâncias participativas, nesse sentido: “a exaltação presente nos estudos iniciais no que tange à sua inovação e aos potenciais democratizantes da relação Estado e sociedade vem dando lugar a análises críticas e, muitas vezes, céticas sobre o funcionamento das instituições participativas” (Almeida, 2017, p. 649).

Tais críticas favorecem a justificativa sobre a necessidade deste estudo, visto que no cenário jurídico-político atual tornou-se fundamental o resgate e fortalecimento da atuação cívica no debate e desenvolvimento das políticas públicas e este estudo relaciona o papel da Ouvidoria do SUS para que isso ocorra.

A Ouvidoria do SUS é composta por uma rede estruturada de Ouvidorias, que vão do nível federal, a Ouvidoria Geral do SUS, até os níveis estaduais, regionais e municipais. Através dela se possibilita o diálogo entre a sociedade e a gestão do SUS, permitindo a participação do cidadão na qualidade dos serviços de saúde (Brasil, 2014).

Compreender a Ouvidoria do SUS como instrumento capaz de contribuir para a implementação e execução das políticas públicas de saúde regional e, a partir disso, como elemento influenciador no processo de desenvolvimento regional é um dos fatores que motiva o presente estudo, especialmente quando se leva em consideração a gestão do território.

Desta forma, objetivando investigar como tais medidas estão acontecendo (ou não), a pesquisa busca compreender se a Ouvidoria do SUS está sendo utilizada como fator de participação social para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde na 11ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul – Sete Povos das Missões. Esta dissertação tem como objeto de estudo analisar o papel das Ouvidorias do SUS como instrumento de participação social no processo de planejamento e gestão das políticas públicas de saúde e buscou responder o seguinte questionamento: Os gestores municipais de saúde compreendem e utilizam a Ouvidoria do SUS como instrumento de participação social para a elaboração, gestão, planejamento e execução das políticas públicas de saúde?

O estudo da Ouvidoria do SUS como capaz de contribuir para a implementação e execução das políticas públicas de saúde regional, perpassando pela priorização dos recursos financeiros, despertou interesse a partir da vivência da pesquisadora na função de Ouvidora

Regional do SUS, vinculada a 12ª Coordenadoria Regional de Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde, com atuação na 11ª Região de Saúde - Sete Povos das Missões<sup>1</sup>.

Além disso a mestranda é pesquisadora da linha de pesquisa Dinâmicas Sociopolíticas e Experiências de Desenvolvimento, do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas - Mestrado, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Cerro Largo, na qual estudam-se as relações entre o mundo sociopolítico e cultural, as dinâmicas e experiências de desenvolvimento e gestão de municípios, entre outros tópicos, o qual demonstra aderência deste estudo ao Programa, especialmente no que tange a gestão municipal e a tomada de decisão participativa como ferramenta de desenvolvimento regional.

Assim, com anseios de ampliar o conhecimento acerca da temática e a fim de contribuir com aporte teórico que visa o desenvolvimento regional, através da participação social nas políticas públicas de saúde, incluindo a percepção dos gestores municipais de saúde, o trabalho propõe uma pesquisa com enfoque predominantemente qualitativo, de natureza social, e objetivando a concretização de uma pesquisa científica inédita no que tange a delimitação territorial.

A relevância social do assunto encontra-se alicerçada na necessidade de fomento à participação social na construção das diretrizes desenvolvidas pelo SUS, na região de saúde estudada, como forma, inclusive, de se ver configurado o princípio democrático (democracia participativa), previsto constitucionalmente. Além disso, a participação comunitária atribuiu importância a instâncias populares na fiscalização e controle das ações do Estado, considerando as especificidades de cada região brasileira e está consagrada como princípio organizativo do SUS.

A relevância acadêmica do assunto demonstra-se através da necessidade de analisar a realidade regional a partir de alternativas que fomentem projetos de desenvolvimento das políticas públicas de saúde, buscando a promoção da democracia e da participação social. A contribuição de uma pesquisa detalhada no assunto e com enfoque na realidade regional será útil na formação dos novos gestores e na qualificação dos atuais, norteando também os estudantes e pesquisadores da área social para o desenvolvimento de teorias relacionadas a temática.

A pesquisa visa o fortalecimento do aporte científico disponível para os estudos na área social. A sociedade é dinâmica, com a constante mudança nos seus atores sociais e isso torna relevante essa proposta de discussão, pois o tema exige constante revisão literária,

---

<sup>1</sup> Ao total o território gaúcho compreende trinta regiões de saúde, agrupadas em dezoito Coordenadorias Regionais. O assunto será detalhado no Capítulo 3.

aprofundamento e novos enfoques. Além disso, em busca no “Repositório Digital da UFFS<sup>2</sup>”, na seção das dissertações defendidas no PPGDPP, não foram localizados outros estudos envolvendo estas temáticas. No que concerne ao Banco Brasileiro de Teses e Dissertações foram localizadas poucas pesquisas relacionando a Ouvidoria do SUS com a participação social, contudo, sob outros enfoques e utilizando outros recortes metodológicos, especialmente no que tange a definição do território estudado.

Pelo exposto, justifica-se a relevância e atualidade do estudo, demonstrando além do interesse social e acadêmico, aderência aos temas pesquisados no Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas - PPGDPP, da Universidade Fronteira Sul, campus Cerro Largo, o qual busca fomentar debates interdisciplinares acerca das possibilidades de desenvolvimento regional, que perpassa pela execução adequada de políticas públicas, especialmente àquelas atreladas ao desenvolvimento humano e a qualidade de vida, tornando essa pesquisa adequada a finalidade de titulação no referido curso.

Para o desenvolvimento da pesquisa adotou-se uma abordagem qualitativa e interpretativa, utilizando o referencial teórico metodológico da Hermenêutica de Profundidade de Thompson (1995). Para a coleta de dados optou-se pela utilização de revisão de literatura e realização de entrevistas, com roteiro semi estruturado.

A dissertação foi estruturada em capítulos, abordando, além desta introdução, o desenvolvimento da revisão de literatura, apresentado em três capítulos, que abordam, em síntese, estudos sobre democracia, participação social, ouvidorias públicas e Ouvidoria do SUS, políticas públicas de saúde e gestão territorial pela governança participativa. Na sequência, o capítulo cinco destina-se a apresentar a coleta e análise dos dados, descrevendo os critérios metodológicos e éticos e visando compreender o universo da pesquisa, o local de desenvolvimento, o cenário e contexto regional e, a partir da percepção dos gestores municipais de saúde, as interpretações sobre a utilização da Ouvidoria do SUS como instrumento de participação social. Por fim, são apresentadas as considerações finais da pesquisa.

---

<sup>2</sup>Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/campi/cerro-largo/biblioteca/repositorio-digital>. Acesso em: 23/09/2024.

## 2 DEMOCRACIA

Neste capítulo, abordam-se os principais conceitos relacionados a democracia, apresentando quatro modelos: modelo elitista de democracia (Max Weber e Joseph Schumpeter), modelo liberal-pluralista (Robert Dahl), modelo de democracia deliberativa (com a teoria participativa de Habermas) e modelo de democracia participativa (Macpherson e Carole Pateman). Através deste estudo buscou-se revisar a literatura, iniciando a construção do aporte teórico da pesquisa, visto que a discussão sobre participação social passa invariavelmente pela temática da democracia.

A origem do termo democracia é grega, que estabelece “demos”, cujo significado é povo, e “kratos”, que significa poder. Logo, o poder do povo. Já na idade antiga, séc. V a.C., em Atenas<sup>3</sup> o poder se tornou público, acessível ao povo e com visibilidade, alterando de forma significativa a forma de pensar da época. O que antes ficava oculto, agora passava a ser tratado em praça pública (Ribeiro, 2013).

Os gregos entendiam a democracia como o poder que emana do povo comum, onde todos são iguais, distinguindo dos conceitos de monarquia, onde o governo é de um só, e de aristocracia, onde prevalecia o mérito, o governo dos “aristoi” ou excelentes. As decisões eram tomadas em assembleias, em praças públicas, nas quais se permitia a participação dos homens. Não havia representatividade, a participação nas decisões ocorria de forma direta (Ribeiro, 2013).

Contudo, nesse ponto cabe esclarecer que mesmo as decisões sendo tomadas de forma direta não significa que permitiam a presença de todos os homens. Escravos, estrangeiros e mulheres, por exemplo, não eram admitidos nas assembleias. Ou seja, embora considerada avançada para a época, a democracia ateniense possuía certo grau de exclusão (Ribeiro, 2013). Portanto, aos admitidos a participar das assembleias garantia-se a participação direta, livre de representantes, como manifestação de liberdade entre os homens.

Nesse aspecto denota-se uma diferença entre a democracia antiga e a democracia moderna. Naquela o povo se manifestava diretamente, sendo que representatividade é característica da democracia moderna.

No que tange ao conceito de democracia, Robert Alan Dahl (1997) afirma que democracia se refere à participação direta, aproximando-se do cenário grego antigo, sendo que os modelos contemporâneos de democracia deveriam ser classificados como poliarquias,

---

<sup>3</sup> "Grécia não era um país unificado, e, portanto, Atenas não era sua capital, o que se tornou no século XIX" (Ribeiro, 2013, p. 06).

atrelando-se os conceitos de contestação do governo e participação pública. Para ele a característica da democracia é a “responsividade do governo às preferências de seus cidadãos, considerados como politicamente iguais” (Dahl, 1997, p. 25).

Schumpeter (1961) define democracia como uma disputa pelo voto, muito mais do que a soberania do povo, ou seja, é um método empregado para a tomada de certas decisões. Nobre (2004) afirma que o conceito de democracia é escorregadio, esclarecendo que cada país teve um processo de implantação da democracia, não obedecendo um roteiro ou forma determinada. Os países adotam maneiras diferentes de solucionar problemas, possuem características distintas, mas igualmente se consideram democráticos (Nobre, 2004).

Verifica-se que diversos são os conceitos atribuídos ao termo democracia, alcançando diversos níveis de significados e interpretações, mas geralmente relacionando-se com as noções de liberdade, igualdade e participação. Mesmo adotando formas distintas de governar a maioria das nações ocidentais se considera democrática, alicerçando o entendimento na criação de Estados governados pelo povo (Grigoli, 2014).

Foi a partir do século XX que houve o alastramento das sociedades auto identificadas como democráticas, mesmo que vivenciando experiências políticas diferentes, o debate foi ganhando espaço, especialmente na Europa. Nas sociedades Latino-Americanas a expressão passou a ser difundida principalmente após os regimes ditatoriais e o processo de redemocratização, vivido na década de 1980 (Grigoli, 2014).

Com o alcance do sufrágio universal a democracia atingiu o status de regime político dominante, atingindo praticamente todos os países desenvolvidos ou em desenvolvimento (Bresser-Pereira, 2005). O que também foi observado no cenário brasileiro, especialmente com a vigência da Constituição Federal de 1988 e a caracterização do estado democrático de direitos.

Paulo Bonavides (2008), ao debater as dimensões de direitos fundamentais, incorpora a democracia como um direito fundamental de quarta geração, apresentando-a ao lado do direito à informação e do pluralismo. Contudo, faz ressalvas no sentido de que apenas categorizar como direito fundamental de quarta geração não é suficiente em países de periferia, onde não houve a plenitude de implementação das três gerações antecedentes. O referido autor traz a democracia em subsequência aos valores da liberdade (1ª geração), igualdade (2ª geração), fraternidade (3ª geração), ou seja, pressupondo a concretude dos direitos sociais, por isso a ressalva em relação aos países que chama de periféricos, onde o estado social ainda é uma utopia.

Por outro lado, Marcos Nobre e Vera Schattan Coelho (2004) discutem abertamente como o conceito de democracia se relaciona com a questão da cidadania e a implementação de

diretos sociais, citando o Welfare State<sup>4</sup> e como os movimentos sociais e negociações políticas conduzem transformações diretamente relacionadas a conquista de direitos.

Mesmo não havendo consenso acerca do conceito, extrai-se o entendimento de que a ideia de democracia é prevalente entre as nações, o que gera debate é a fluidez do termo (Nobre; Coelho, 2004). Ou seja, justamente pelas diversas interpretações que se faz necessário um estudo teórico aprofundado sobre o tema.

O conceito de democracia também se torna uma variável a depender do cenário político e momento histórico. Por exemplo se avaliarmos o conceito de democracia para os liberais teremos uma democracia elitista, na qual as elites não precisavam prestar contas aos eleitores. Já na social-democracia predominava a opinião pública, iniciava-se o processo de responsabilização dos políticos (Bresser-Pereira, 2005). “A democracia liberal que caracterizou a primeira metade do século XX, ou a democracia social que predominou nos países mais avançados na segunda metade desse século”, aqui o autor claramente estabelece um conceito para cada momento histórico (Bresser-Pereira, 2005, p. 71)

Atualmente a democracia parece conferir legitimidade às mais diversas formas de governar, pois regimes jurídicos diversos afirmam ser democráticos, quase como forma de legitimação de conduta, abrangendo governos de direita, de centro ou de esquerda e independentemente de localização geográfica (Heldt, 1987). A exemplo disso, tem-se as variantes sobre formas de representatividade (majoritária, proporcional ou mista), elegibilidade da população sujeita ao sufrágio, periodicidade de mandatos e coligações partidárias.

Neste estudo, com notório propósito didático e organizacional, utiliza-se como referência a classificação dos modelos de democracia proposta pela autora Juliana de Jesus Grigoli (2014), que divide em quatro grupos, sendo: modelo elitista de democracia (Max Weber e Joseph Schumpeter), modelo liberal-pluralista (Robert Dahl), modelo de democracia deliberativa (com a teoria participativa de Habermas) e democracia participativa (Macpherson e Carole Pateman). Entende-se que a classificação exposta auxilia na compreensão e estruturação do embasamento teórico da pesquisa, pois permite um olhar histórico do conceito de democracia, relacionando expoentes de cada um dos modelos.

Contudo, cumpre ressaltar que existem outras classificações ou categorizações para este regime, como por exemplo a classificação de Lüchmann (2012), que estabelece os modelos

---

<sup>4</sup> "O Welfare State resultou de uma ampla negociação entre movimentos sociais, sindicatos, entidades patronais, partidos políticos e burocracia estatal. O resultado dessa ampla negociação política foi a concretização de uma variada gama de direitos sociais, cuja implementação passou a ser obrigação do Estado" (Nobre; Coelho, 2004, p. 26-27).

Liberal, Participativa, Associativa e Deliberativa, ou de Held (1987), que apresenta os modelos Clássica, Desenvolvimentista, Direta, Elitista, Pluralista, Legal e Participativa. Assim, deixando claro que apenas por escolha teórico metodológica, o estudo aprofunda-se nos conceitos de modelo elitista de democracia (Max Weber e Joseph Schumpeter), modelo liberal-pluralista (Robert Dahl), modelo de democracia deliberativa (com a teoria participativa de Habermas) e democracia participativa (Macpherson e Carole Pateman).

## 2.1 MODELO ELITISTA DE DEMOCRACIA

Nesta seção será abordada a teoria acerca do Modelo Elitista de Democracia, seus objetivos e características, como parte integrante do estudo sobre a temática da democracia.

O Modelo Elitista de Democracia parte de uma teoria desenvolvida por Max Weber e Joseph Schumpeter, a partir das reflexões causadas pela vida moderna industrial. No final do século XIX, início do século XX, ambos percebiam a democracia como forma de escolha de representantes, pessoas para conduzir o exercício do poder político, administrativo e burocrático (Grigoli, 2014).

O modelo elitista de democracia concentra sua linha de pensamento com a escolha de representantes para a tomada de decisão política. “Para Weber a democracia representava um modelo político capaz de conter o avanço totalitário da burocracia, enquanto para Schumpeter significava uma proteção contra a temida “tirania da maioria”, de John Stuart Mill” (Grigoli, 2014, p. 115).

Nesse cenário tem-se uma aproximação da democracia com os conceitos de representação, ou seja, o exercício da democracia estaria atrelado com o poder de escolha daqueles que tomariam as decisões políticas em nome da coletividade. Aqui a visão de participação social direta era tida como fator de desestruturação de uma sociedade complexa, causando, inclusive certa desestabilidade às relações políticas.

Segundo Marcos Nobre e Vera Schattan Coelho (2004, p. 31)

Trata-se, portanto, de um modelo em que democracia passa a ser um arranjo institucional capaz de produzir decisões necessárias à reprodução social e econômica nas condições de uma sociedade pós-tradicional, em que não há um mesmo conjunto de valores últimos partilhados por todos os membros do corpo político.

Tem-se, portanto que o elitismo de Schumpeter preconiza a concentração de poder pelas elites políticas sendo indesejável a participação direta do cidadão tido como comum, limitando a conduta política do cidadão à elegibilidade dos representantes. O citado autor apresenta a democracia como método político, não se concretizando como um fim em si mesmo, mas como

um processo de escolha gerenciado por uma minoria, que governa de forma legítima (Schumpeter, 1961).

A soberania popular, para Schumpeter (1961), vincula-se a disputa pelo voto, sendo o povo considerado desinteressado politicamente, incapaz de agir por si só, apático. O autor entendia a participação social e a igualdade política como uma utopia na sociedade complexa. Logo, a democracia, nesta teoria, é vista como a simples vontade da maioria.

Pateman, ao abordar a teoria, adota a nomenclatura “teoria democrática contemporânea”, para ele é “um método político ou uma série de arranjos institucionais a nível nacional. O elemento democrático característico do método é a competição entre os líderes [elite] pelos votos do povo, em eleições periódicas e livres” (1992, p. 25).

Denota-se que este modelo de democracia, muito centrado na representatividade das elites, na escolha através de eleição pelas majorias, busca a participação do cidadão comum apenas como meio de eleger aqueles que irão tomar as decisões em nome da coletividade, apontando a participação social como utopia em uma sociedade complexa

## 2.2 MODELO LIBERAL-PLURALISTA DE DEMOCRACIA

O modelo Liberal-Pluralista tem a mesma origem nas premissas realistas do modelo anterior. Defendido por Robert Dahl o modelo preconiza a democracia como “uma contínua responsividade do governo às preferências de seus cidadãos, considerados como politicamente iguais” (Dahl, 1997, p.25).

Robert Dahl em sua obra “Poliarquia”, relativiza a questão do desinteresse e da apatia do povo criticados por Schumpeter e define democracia como um instrumento de escolha de lideranças e de controle de suas ações e decisões” (Grigoli, 2014, p. 117).

Aportando o conceito de responsividade Robert Dahl traz à tona a discussão de dois processos: democratização e desenvolvimento da oposição pública. Para ele, em uma construção teórica do que seria democracia (ainda que analisada apenas empiricamente, o que permitiria posteriormente ver o grau de aproximação de cada sociedade em relação a este referencial teórico), um governo responsivo reflete uma sociedade com cidadãos politicamente iguais, ou seja, capazes de formular e expressar suas preferências e uma gestão capaz de aplicar tais preferências sem discriminação relacionada a fonte das preferências (Dahl, 1997).

Conforme o grau de inclusão da categoria legitimada a participar do processo eleitoral de uma sociedade também será o grau de responsividade dos representantes eleitos, uma vez que em igual proporção será o grau de contestação pública (Dahl, 1997). Ou seja, aqui não bastaria a capacidade de eleger representantes, a sociedade deve atuar também na vontade e controle das decisões, contudo o funcionamento deste modelo está relacionado com a maneira

competitiva e não hierarquizada na qual o poder é distribuído, demonstrando verdadeira competição entre grupos de interesses (Nobre; Coelho, 2004). Preocupa-se com a ação dos grupos de interesses durante a competição pelo poder (Held, 1987).

Nesse aspecto Robert Dahl (1997) apresenta as poliarquias, regimes com disputa de poder e ampla participação política; oligarquias, que seriam regimes nos quais existe uma competição pelo poder, contudo com baixa participação política e; hegemonias que admitem ampla participação política, mas restringem a contestação e oposição pública.

Analisando a teoria de Robert Dahl, a autora Juliana de J. Grigoli apresenta a seguinte conclusão:

Cabe destacar que o processo de escolha de um governo responsivo em Dahl aparece de forma associada à noção de uma política democrática pautada no consenso de valores que determina os parâmetros da vida política. Dentre eles se incluem: o consenso sobre as regras de procedimentos, o consenso sobre preferências e interesses entre cidadãos e lideranças/governo e o consenso sobre a legitimidade da atividade política, que deve contemplar parte de seus interesses representados pelas lideranças (Grigoli, 2014, p. 118).

Neste sentido, entende-se que o modelo liberal-pluralista traz uma concepção de representatividade, na qual a democracia deve ser exercida através de eleições amplas e livres, agregando o conceito de responsividade a aqueles que estiverem no poder, pois defende um processo de escolha eleitoral por cidadão livres e iguais e um critério mais inclusivo no que tange às minorias. Nesse modelo, em que pese também haja predominância da representatividade, em detrimento da participação social direta, há margem para a responsabilização dos eleitos, em caso de não defesa das preferências externadas pela sociedade.

### 2.3 MODELO DE DEMOCRACIA DELIBERATIVA

Esta seção destina-se ao estudo da democracia deliberativa, que, capitaneada por Jürgen Habermas, afirma-se ser uma das principais teorias para suplantarmos o modelo realista.

Como marco de transformação cultural, no final do século XX, com o destaque para as organizações preocupadas com a responsabilização social, também chamadas de social accountability, e o aprofundamento do debate público, a democracia passou a ser tratada como democracia participativa e democracia deliberativa.

Para Follesdal, citado por Rogério Gesta Leal,

tanto a Democracia Participativa como a Deliberativa se colocam no mesmo campo teórico, pois se ocupam de igual problema, a saber, como instituir e dar efetividade à

participação social e à abertura dos processos decisoriais públicos nos mais diversos níveis de governo a todos os interessados (2011, p. 14).

A reflexão feita pelo autor coloca a democracia deliberativa no campo predominantemente teórico, normativo, ao passo que aloca a democracia participativa de forma prevalente na aplicação concreta, para ele, aplicativa (Leal, 2011).

Habermas (1995) elenca fatores que conduzem a democracia deliberativa, para ele democracia deliberativa é a capacidade de deliberar sobre assuntos de interesse comum, através de espaços públicos de discussão. O indivíduo é livre para apresentar qualquer contribuição relacionada ao tema pautado, contudo, apenas os argumentos racionais serão considerados em busca de um consenso. Para o autor o espaço público tem relevância na formação da opinião pública, à medida que oportuniza a participação.

No mesmo sentido, Faria afirma que Habermas analisa o modo como “os cidadãos fundamentam racionalmente as regras do jogo democrático” (2000, p. 48). Segundo a teoria do discurso a tomada de decisão deliberativa é pautada, entre outros fatores, por opiniões públicas informalmente constituídas e dependem de regras procedimentais e condições de comunicação.

Analisando-se a legitimidade do poder, encontram-se considerações em relação à cidadania, sob o viés das liberdades positivas e liberdades negativas, seguindo o raciocínio de que o conceito de cidadão varia de acordo com a interpretação utilizada, seja uma interpretação liberal ou uma interpretação republicana (Habermas, 1997).

Na interpretação liberal “o status dos cidadãos determina-se primeiramente a partir dos direitos negativos que eles possuem em relação ao Estado e outros cidadãos” (Habermas, 1997, p. 334). Nesse contexto tem-se cidadãos autorizados a perseguir seus objetivos privados, que ao final somam-se a outros interesses privados para constituir governos, parlamento e aprovar decisões por votação. Mais do que isso, tem-se um limite de atuação para o Estado, sendo que os direitos políticos se equivalem aos direitos privados subjetivos (Habermas, 1997).

Na interpretação republicana os direitos civis e políticos relacionam-se com as liberdades positivas, na qual sujeitos livres e iguais manifestam-se politicamente. Aqui a relação da atuação política não serve apenas para controle da atividade do Estado, mas derivam de uma “autonomia social preliminar” (Habermas, 1997, p. 335).

Considerando as reflexões descritas nos parágrafos anteriores, o que se verifica é que a concepção republicana traduz uma sociedade civil na qual as decisões políticas passam pela integração e autonomia dos cidadãos, unindo os direitos individuais subjetivos aos valores integrativos da sociedade, na qual os cidadãos são vistos tanto como indivíduos quanto como membros.

Faria (200) complementa informando que Habermas se vale do modelo centro-periferia para demonstrar o processo de comunicação. No centro estariam a Administração Pública, o Judiciário, Parlamento, as eleições, ou seja, o núcleo do processo democrático. Já na periferia ficariam as associações públicas, formadoras de opinião, com influência pública, dentre as quais se enquadrariam os sindicatos, igrejas e grupos de interesse.

Habermas define a política deliberativa por meio de duas vias: a formação da vontade democraticamente constituída em espaços institucionais e a construção da opinião informal em espaços extra-institucionais. É a partir da inter-relação entre esses dois espaços que se encontra a possibilidade de um governo legítimo (Faria, 2000, p. 50).

Na democracia deliberativa integram-se os conceitos de comunicação, onde cidadãos livres e iguais participam do debate político, sendo fundamental a noção de autonomia e participação para a tomada de decisão (Grigoli, 2014).

Contudo, o modelo pressupõe a autonomia e a liberdade dos indivíduos, o que gera críticas, principalmente quando aplicado às sociedades nas quais exista muita disparidade entre os indivíduos, sejam elas econômicas, sociais ou culturais, por se tratar de um modelo alicerçado na igualdade.

No mesmo sentido Bresser-Pereira (2005), citando Joshua Cohen, afirma que tanto o consenso quanto a exigência de que os participantes sejam substancialmente iguais estão distantes da realidade, atuando próximas ao idealismo.

Por outro lado, devemos ser suficientemente realistas para reconhecer que as condições históricas para a democracia deliberativa ainda não estão presentes em nenhum país do mundo. Isso é verdade mesmo se não incluirmos entre as condições para a deliberação pública a igualdade substantiva e o consenso entre os participantes (Bresser-Pereira, 2005, p. 81).

Ao passo que demonstra como fragilidades da democracia representativa a redução da legitimidade do processo decisório ao pleito eleitoral, a democracia deliberativa defende que a legitimidade, na verdade, está atrelada a processos de discussão amplos, inclusivos, pluralistas e igualitários, alterando a lógica do modelo liberal. Na democracia deliberativa há espaço para a ordenação de associações ou sociedade civil, verdadeira interessada nos problemas da vida social. “As associações também seriam responsáveis pela constituição de esferas públicas que problematizam, oxigenam e alteram os mecanismos tradicionais de formulação das regras e políticas que regulam e afetam a vida social” (Lüchmann 2012, p. 61).

Outro ponto sensível é a durabilidade do debate público, que se adotado sem delimitações pode conduzir a inércia ou falta de soluções práticas, especialmente em assuntos complexos, sob o ponto de vista das atuais sociedades complexas e plurais.

Bresser-Pereira afirma: “Creio que o adjetivo “deliberativa” ainda é ambicioso demais, mas sugiro que, além de participativa, essa democracia em gestação possa também ser chamada de “republicana” (2005, p. 77).

Assim, diferentemente dos modelos elitista de democracia e liberal-pluralista, que se preocupam com a realidade, a democracia deliberativa demonstra um idealismo, sendo quase uma utopia na contemporaneidade. Mas é certo que tal conceito permitiu o debate moderno sobre a democracia, abrindo espaço para a democracia participativa, um tanto menos exigente, afastando a necessidade de igualdade substancial e dispensando o consenso.

#### 2.4 MODELO DE DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

Este tópico tem por objetivo a compreensão da democracia participativa, abordando alguns autores, em especial Macpherson (1978) e Carole Pateman (1992), expondo os conceitos, um breve histórico, incluindo a situação brasileira, suas características e canais de participação, relacionando os estudos com os conceitos das teorias anteriores.

Diversos podem ser os conceitos apresentados para o modelo de democracia participativa, contudo, uma das principais características desse modelo é superar o entendimento de que a participação social se limita na escolha dos representantes. O espaço da democracia participativa é aquele em que o cidadão tem protagonismo junto ao governo nas ações públicas e na gestão das políticas públicas (Fernandez et al, 2021, p. 01).

Considerada uma teoria mais recente, defendida principalmente por Macpherson (1978) e Carole Pateman (1992), a democracia participativa, da mesma forma como a representativa, entende que a democracia não pode se limitar a escolha de representantes, mas traduz-se na participação da sociedade nas decisões políticas e na vida quotidiana (Grigoli, 2014).

Tal teoria ganhou prospecção especialmente após as eras ditatoriais, conforme cita Lígia Helena Hahn Lüchmann (2012, p. 60): “[...] desenvolve-se, a partir dos anos de 1960, uma concepção “participativa” ou “republicana” de democracia, ancorada no ideal da participação direta dos cidadãos nos assuntos de interesse da coletividade”.

Paulo Bonavides (2008) acentua uma cronologia de classes de Estado que surgiram ou estão surgindo após a queda das monarquias (direito Divino): Estado liberal, Estado socialista, Estado social e contemporaneamente o Estado neoliberal e o Estado neo social. O Estado neo social de periferia, ainda embrionário e teorizado, configuraria o Estado democrático-participativo.

Portanto, para ele a “democracia participativa configura uma nova forma de Estado; o Estado democrático-participativo que, na essência, para os países da periferia é a versão mais acabada e insubstituível do Estado social, [...]” (Bonavides, 2008, p. 19). Nesse sentido a

democracia participativa não seria apenas uma sucessão das anteriores, mas uma nova forma de Estado, com a centralidade nos ideais de autogoverno e soberania popular.

A soberania popular é vista como o alicerce para as decisões políticas, alavancando debates prévios as questões decisórias, cabendo aos representantes eleitos conduzir a gestão a partir dos desígnios sociais. Em suma, tem-se que a Democracia Participativa pressupõe a tomada de decisão por representantes eleitos, contudo, precedidas de amplo debate público, o que exige a estruturação da sociedade civil. O chamado “terceiro setor” e as organizações públicas não estatais aparecem como alternativas viáveis ao debate, conquistando espaços de discussão e participação (Bresser-Pereira, 2005).

No mesmo sentido, Juliana Grigoli (2014) citando Macpherson, afirma que a democracia participativa supõe certa ascensão da democracia direta aliada ao diálogo entre associações, compostas pela participação dos indivíduos nas organizações coletivas, e o poder público. A autora afirma ainda que Carole Pateman, preocupada com o esvaziamento dos termos democracia e participação, retomou a teoria da participação defendida por Rousseau e John Stuart Mill, na qual “ênfatisa a necessidade da introdução de instrumentos de gestão democráticos na esfera da vida cotidiana, especialmente nos locais de trabalho” (Grigoli, 2014, p. 122).

Nesse contexto Grigoli (2014, p. 124) defende que “o florescimento da democracia participativa depende substancialmente de dois aspectos fundamentais: a reforma do poder do Estado e a reorganização da sociedade civil visando a qualificar cada vez mais o processo de participação política”. Ou seja, para que a participação social ocorra efetivamente é necessária a estruturação da sociedade civil, de maneira a permitir o debate político, com a inclusão dos diversos segmentos sociais.

Com base nos conceitos acima, tem-se que democracia participativa, em suma, compreende um estado capaz de atender os anseios sociais, através da organização da sociedade civil e participação efetiva, não apenas na eleição dos seus representantes, mas também no debate e tomada de decisão, permitindo que a gestão da coisa pública seja um espelhamento da sociedade.

A democracia participativa suplanta a ideia de democracia representativa, ela vai além, não bastando que existam representantes das classes sociais, das minorias, das categorias profissionais, ou outras que se poderia citar, nas discussões políticas, é necessária uma reestruturação político-jurídica e cultural para o aperfeiçoamento qualitativo da democracia. Nesse sentido, não basta a existência de conselhos de classe, sindicatos, organizações da sociedade civil - OSC etc., é importante que a o funcionamento estatal e da sociedade compreendam o papel dessas instituições e apoiem a participação na gestão pública.

Um dos entraves para a democracia participativa é “tentar restaurar a democracia antiga numa sociedade que já não tem base para isso” (Ribeiro, 2013, p.12). Na sociedade atual a disposição para as discussões acerca da coisa pública é rara, diferentemente do que ocorria na Grécia antiga, onde o ócio era visto como um espaço de estudo e reflexão. Os Atenienses livres dispunham de mais espaço para o estudo e lazer e isso era visto com bons olhos diante da sociedade. Para eles o mundo da liberdade era também o mundo da política (Ribeiro, 2013).

Na sociedade moderna a liberdade está mais relacionada com a economia, o ócio é visto como sinônimo de desocupação, o que acarreta o afastamento dos indivíduos dos espaços de reflexão e discussão. A política está pautada na economia, os problemas de desigualdade social se discutem na seara econômica (Ribeiro, 2013).

Sem qualquer objetivo de tecer críticas a economia, os parágrafos acima apenas demonstram a impossibilidade de se pensar na democracia participativa ou em uma democracia direta nos moldes da Ateniense, por um simples motivo, as realidades são distintas, a sociedade moderna não se confunde com aquela sociedade que promovia debates em praça pública.

Dito isso, tem-se que a vida política está cada vez mais distante da realidade da maioria dos cidadãos, pensar em democracia direta seria quase uma utopia. “Com efeito, visando a aprimoramento da democracia liberal, os participacionistas incorporam – ou combinam – pressupostos da democracia direta no interior da democracia representativa” (Lüchmann, 2012, p. 60).

Portanto, a democracia participativa traz elementos da democracia direta, no contexto de uma democracia representativa, com a utilização de diversos canais de participação social, tais como as organizações da sociedade civil, nelas se compreendendo a importância da organização sindical e da organização partidária, o planejamento participativo<sup>5</sup>, etc., mas mantendo a premissa da representatividade.

Assim, denota-se que a teoria da democracia participativa se aproxima da teoria da democracia deliberativa, contudo, é mais factível a realidade atual, pois não exige o consenso como critério definidor para a tomada de decisão e nem tão pouco reivindica uma sociedade de iguais, fator dificilmente encontrado nas sociedades atuais, especialmente as periféricas ou de grandes dimensões e distintas realidades sociais como é o caso do Brasil.

Em relação ao caso brasileiro, a Constituição Federal de 1988 instituiu um Estado Democrático de Direito, ressignificando os valores sociais da época e implicando em assegurar

---

<sup>5</sup> Como exemplo cita-se o orçamento participativo instituído no Município de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: [https://prefeitura.poa.br/smgov/orcamento-participativo#:~:text=O%20Or%C3%A7amento%20Participativo%20\(OP\)%20C3%A9.ser%C3%A3o%20executados%20pela%20administra%C3%A7%C3%A3o%20municipal](https://prefeitura.poa.br/smgov/orcamento-participativo#:~:text=O%20Or%C3%A7amento%20Participativo%20(OP)%20C3%A9.ser%C3%A3o%20executados%20pela%20administra%C3%A7%C3%A3o%20municipal). Acesso em: 09/11/2024.

o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores fundamentais de uma sociedade comprometida, interna e internacionalmente, com a solução pacífica das controvérsias (Brasil, 1988).

Uma das matrizes abordadas pela Carta Magna foi a ampliação da participação social na Administração Pública em resposta a demandas em torno da descentralização e da democratização do Estado brasileiro, ocorridas na década anterior. Conforme disciplina Robert Putnam (2006, p. 101) “numa comunidade cívica, a cidadania se caracteriza primeiramente pela participação nos negócios públicos”.

A democratização do Estado Brasileiro, segundo Rubens Pinto Lyra (1.999), ocorreu de forma distinta de outros países, visto que se amparou na mobilização social em favor da participação popular na constituinte, destacando as atividades sindicais, de organizações não governamentais – ONGs e principalmente da Igreja Católica. Nas palavras do autor:

Neste sentido, a democracia brasileira pode ser considerada como um sub-produto de lutas corporativas. Diferentemente de outras transições como, por exemplo, as da Espanha e de Portugal, onde a oposição política, ainda que impulsionada pelas lutas sindicais, teve papel crucial na liquidação do autoritarismo, seja através de um pacto congregando as "forças vivas da Nação" (Espanha) ou pela mediação revolucionária de militares "progressistas" (Portugal). Em ambos os casos, a restauração da democracia constituiu-se no pólo aglutinador e na razão de ser da luta contra o autoritarismo. No Brasil, a nova sociabilidade política gerada pelos embates contra a ditadura produziu, como não podia deixar de ser, importantes repercussões na esfera jurídico-institucional, materializadas na Constituição de 1988 (Lyra, 1.999, p. 01).

Contudo, algumas ressalvas precisam ser feitas, visto que o corporativismo, já presente na sociedade brasileira na época, freou a capacidade de inserção de emenda constitucionais específicas dos interesses dos segmentos sociais, sendo que apenas as representações religiosas, especialmente a Igreja Católica, conseguiram defender a inserção de elementos da democracia direta, tais como plebiscito e referendo, no texto constitucional. As organizações religiosas foram hábeis na coleta de assinaturas de apoio a tais medidas, cerca de 500.000 assinaturas, distribuídas pelo território nacional (Lyra, 1.999).

A Constituição Federal foi, sem dúvida, o marco normativo daquilo que já vinha sendo amadurecido nas décadas anteriores, fortalecendo a participação social construída pelos movimentos sociais. Ela o fez já no artigo primeiro, parágrafo único:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

(...)Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição (Brasil, 1988).

Através do texto pode-se verificar a manutenção da titularidade do poder nas mãos do povo, sem, contudo, abandonar a democracia representativa. Diferentemente do que pugna Paulo Bonavides (2008) que argumenta por uma Constituição Democrática Participativa como evolução, no sentido de superação, da democracia representativa.

De qualquer sorte, atualmente a Constituição Federal Brasileira propõe a centralidade do indivíduo na gestão da coisa pública, através de mecanismos de cidadania ativa e democracia direta, construídos tanto pela representatividade, quanto pela ação direta, como ocorrem nos plebiscitos, referendos, na ação popular ou na iniciativa popular para a propositura legislativa.

Portanto, verifica-se que o Brasil se orienta pela teoria da democracia participativa sem abandonar a representatividade política, ou seja, apresentando eleições periódicas para a escolha de representantes, mas deixando claro em seu texto que o titular do poder é o povo e como tal pressupõe a sua participação na gestão da coisa pública e na vida política da sociedade.

Em que pese a normatização estivesse em estágio avançado de consolidação, no campo prático diversos eram os desafios. Poucos movimentos sociais se destacaram na inserção de medidas de participação social, controle e poder decisório da sociedade nas políticas públicas.

Nesse processo, o Movimento Popular de Saúde (MOPS) - situado na órbita da Igreja Católica - e o Movimento de Reforma Sanitária - formado por profissionais da saúde, funcionários públicos e professores universitários foram pioneiros na instituição de canais de participação da cidadania na formulação de políticas públicas. Frutos desse trabalho começam a surgir ferramentas de controle social especialmente voltadas para as áreas de assistência social e saúde (Lyra, 1.999).

Neste contexto, eleva-se a sociedade civil como partícipe e otimizadora do controle social das políticas públicas e se permite a criação dos Conselhos nas três esferas federativas, além da criação das Conferências de Saúde. Paralelamente a isso também começou a se destacar o movimento sindical, com destaque para a Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior (ANDES), que postulou a inserção de um artigo constitucional prevendo a criação do cargo de “Defensor do Povo” ou “Ombudsman”, autoridade que deveria ser eleita pelo parlamento a partir da indicação de organismos da sociedade civil (Lyra, 1.999).

Mas a grande questão é: como esse ideário se estabeleceria com o passar do tempo e as transformações sociais? A democracia se tornaria efetivamente participativa?

A autora Gabriela Ornelas Marinho do Espírito Santo apresenta alguns pontos de reflexão sobre o assunto.

Tendo em vista o cenário atual de crise institucional e de fragilidade democrática, decorrentes da ausência de uma educação cidadã, faz-se necessário enfrentar os problemas brasileiros por meio das críticas, bem como construir em conjunto com a

sociedade e para esta, soluções que busquem mitigar o déficit emancipatório e mais que isso, que busquem estabelecer a instrumentalização necessária do brasileiro para uma mentalidade neoconstitucional. Ou seja, uma mentalidade, cuja vontade seja a busca pela efetivação máxima das proteções e direitos constitucionais (Santo, 2021, p. 02).

Ou seja, para ela, o primeiro ponto de análise está na questão da educação dos brasileiros, afirmando haver ausência de uma educação cidadã, que priorize suavizar o déficit emancipatório e construir uma mentalidade neoconstitucional, focada na efetivação dos direitos constitucionais (Santo, 2021).

Assim como outros institutos político-jurídicos, a questão da democracia participativa precisa estar inserida na cultura do povo para que surta efeitos, caso contrário, não passará de norma constitucional vazia, sem qualquer aplicação prática. É preciso se compreender a carga ideológica reproduzida na Constituição Federal, entendê-la através do princípio da unicidade, para se possa analisar aquilo que já foi conquistado e tecer novos objetivos (Santo, 2021)

Nesse contexto, a educação cidadã, fundamentada no reconhecimento de direitos e obrigações, bem como no significado de representatividade política, precisa ser trabalhado de forma constante para que a sociedade promova a mudança de mentalidade e hábitos (Santo, 2021).

A falta de aparato educacional condizente, o excesso de tecnicidade empregado nos termos constitucionais<sup>6</sup> e a falta de interesse da própria sociedade em buscar uma educação mais cidadã fragmenta a teoria de um Estado democrático participativo.

Muito se fala em representatividade no Brasil, especialmente em momentos de campanha eleitoral, contudo, o que se vislumbra é uma sociedade cética, crítica em relação aos que governam e governos suscetíveis a constantes desvinculações político-partidárias, migrando de eleitorado, isto é, muitas vezes contradizendo aquilo que se espera em uma representatividade, pois se desvirtuam da ideologia dos seus eleitores.

Além disso, atualmente se discute o uso das ferramentas tecnológicas como facilitadoras do processo de participação social. Com o incremento das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) as sociedades, antes analógicas, vão se transformando em virtuais e os processos de comunicação entre os indivíduos precisam se adaptar as novas dinâmicas.

A inserção dos novos mecanismos tecnológicos é, sem dúvida, a protagonista do século XXI, ou nas palavras de Jonhny Estefano Ramos Lievori et al:

---

<sup>6</sup> Existe uma Constituição Federal adaptada com linguagem acessível para os estudantes do ensino fundamental, chamada Constituição em miúdos. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/514442>. Acesso em: 31/10/2024.

Isso, por si só, faz da tecnologia uma grande protagonista no século XXI, porém, quando ela é trabalhada e utilizada de maneira política e como forma de evolução e aperfeiçoamento da democracia, sua importância ganha contornos que muito provavelmente não possibilite imaginar o seu limite (Lievori et al, 2021, p. 05).

A conectividade pode superar a necessidade da presença física das pessoas. Os assuntos podem ser deliberados através de simples ferramentas digitais. A chamada e-democracia ou democracia digital vem se disseminando paulatinamente, podendo ser exemplificada com os abaixo-assinados que circulam no ambiente virtual pedindo apoio ou desaprovação para projetos de lei, sendo facilmente acessada pelos cidadãos que podem expressar seu desejo em apenas alguns instantes (Lievori, 2021).

Contudo, isso não quer dizer que estejam acessíveis a toda a população, visto que em países em desenvolvimento ou nos quais exista uma parcela considerável da população analfabeta ou em condições de vulnerabilidade econômica ou social a utilização da tecnologia para a implementação da democracia participativa pode servir como mais um fator da dominação de grupos ou governos.

No mesmo contexto Lievori et al:

Mas é importante ressaltar que esse debate e forma de participação na democracia possui, ainda, um campo não totalmente ocupado, sobretudo nos países em desenvolvimento como o Brasil, onde boa parte da população se encontra alijada de um melhor acesso aos mecanismos digitais relacionados à internet (Lievori et al, 2021, p. 05).

Por outro lado, o uso acentuado das Tecnologias da Informação e Comunicação pode fomentar a circulação de notícias exclusivamente entre pessoas de mesma ideologia e classe social, diminuindo o espaço para as discussões plurais, importantes para a construção da verdadeira democracia (Lievori et al, 2021).

Diante do exposto, entende-se que o uso da tecnologia pode ser valioso na aproximação da sociedade com os gestores, um elemento facilitador do diálogo, pois otimiza tempo e diminui as distâncias geográficas, além de representar a realidade instalada na atualidade. Contudo, isso não significa que, por si só, as tecnologias da informação e comunicação são capazes de esgotar aquilo que se entende por participação social.

Outro aspecto refere-se ao contexto jurídico-político que vivencia a sociedade a partir de cada mandato eleitoral, ou seja, cada gestão, a partir da sua ideologia e seu plano de governo, influencia o status da democracia participativa, promovendo e acelerando tais mecanismos ou freando e estagnando as conquistas anteriores (Silva, 2023).

Um exemplo que demonstra essa situação é a extinção e criação das secretarias e departamentos dentro de cada gestão. Na transição entre os governos Bolsonaro e Lula foi criado o Conselho de Participação Social e um dos pedidos imediatos foi o estabelecimento de

um sistema integrado de participação, privilegiando a atuação dos conselhos e conferências para as matérias deliberativas da gestão, especialmente para a elaboração dos planos orçamentários e como sugestão a inserção de instrumentos de votação para a definição da alocação de recursos públicos (Silva, 2023).

Neste cenário, abre-se espaço para a discussão acerca da retomada da criação da Política Nacional de Participação Social, englobando temáticas sobre a comunicação popular, educação popular, respeito e observâncias as construções culturais e resistências a sociedade hegemônica. Alguns são os fatores citados como obstáculos à expansão da participação popular: corporativismo, autoritarismo e conservadorismo (Lyra, 1.999).

Conclui-se que existe um longo caminho para o desenvolvimento eficiente da democracia participativa brasileira, uma jornada que parte da reflexão histórica de desigualdades, dominação dos povos e déficit emancipatório e busca progredir social e culturalmente no cenário da educação, da conscientização e busca pelos direitos fundamentais, a partir dos dispositivos já normatizados na Constituição Federal e de novas formas de diálogo entre a sociedade e os governantes, buscando a gestão coletiva da coisa pública.

### 3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Neste capítulo abordam-se a participação social e seus principais instrumentos, como o estudo das ouvidorias e mais especificamente da Ouvidoria do SUS. O objetivo é fazer uma abordagem reflexiva sobre o que é a participação social, a partir dos conceitos de democracia descritos no capítulo anterior, e como ela se instrumentaliza, desenvolvendo um raciocínio lógico capaz de introduzir teoricamente o leitor no contexto da Ouvidoria do SUS. Além disso, este capítulo destina-se a apresentar as contribuições da teoria da participação social para o desenvolvimento das políticas públicas e consequente desenvolvimento de uma região, que culminam na construção teórica para a concretização dos objetivos da pesquisa.

Partindo da premissa de que as práticas participativas buscam colocar o indivíduo no centro da atuação política, ampliando o alcance da cidadania, pode-se afirmar que o conceito de participação social possui diversas vertentes (Fernandez et al, 2021).

Para a Sociologia, por exemplo, participação social é a integração dos indivíduos nos diversos núcleos da sociedade, existe uma preocupação na estruturação social, colocando o indivíduo em atuação. No campo político a participação social relaciona-se muito mais com a integração do indivíduo às questões decisórias. Tem-se, portanto, na sociologia um campo integrador, colocar o indivíduo nos segmentos sociais, e na seara política uma relação da cidadania com a decisão política.

As autoras Denise Regina Struecker e Micheline Gaia Hoffmann (2017) afirmam que as pesquisas demonstram ser uma atividade complexa definir participação social, havendo diferentes prismas, alguns se limitando ao conceito legal e, dessa forma, se restringindo ao exercício de direitos e deveres definidos em normas, outros relacionando a questão do envolvimento do indivíduo nas questões substantivas do governo, onde membros da sociedade compartilham poder com os governantes.

Outro conceito de participação é aquele apresentado por Pedro Demo, que a compreende como um processo, algo em constante transformação, não acabado, nas suas palavras:

Interessa aqui delinear o conceito de participação, a fim de retirarmos dele o tom vago que muitas vezes o envolve. Dizemos que participação é conquista para significar que é um processo, no sentido legítimo do termo: infundável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo. Assim, participação é em essência autpromoção e existe enquanto conquista processual. Não existe participação suficiente, nem acabada. Participação que se imagina completa, nisto mesmo começa a regredir (Demo, 1993, p. 18).

Compreende-se que há uma tendência histórica à dominação e que a participação é, portanto, uma conquista. Não existe uma participação preexistente.

Pelo exposto, verifica-se que o conceito de participação social não é único e nem simples de ser discutido, mas relaciona o indivíduo, o integrante do corpo social ao serviço público. No âmbito do SUS, política pública de interesse deste estudo, “a participação social foi concebida na perspectiva de que os setores organizados da sociedade participem da definição, da formulação e do acompanhamento da execução das políticas públicas” (Maeyama et al., 2016, p. 26).

Pateman (1992) traz a participação social como atividade que coloca a sociedade em cooperação, em integração, o que gera comprometimento com as decisões políticas do país. Ele faz a ressalva de que a maioria dos cidadãos não se preocupa com as decisões políticas, mas sem a participação social não haveria estado democrático.

Historicamente tem-se que a participação social emergiu no país nas décadas de 1950 e 1960, se fortalecendo a partir de movimentos sociais na década de 1970. Mas foi com a Constituição de 1988 que foram normatizados instrumentos de interlocução da sociedade com o governo, para “coroar um processo de intensificação da participação social” (Struecker, Hoffmann, 2017, p. 371).

Para Pedro Demo, “Hoje é normal que o interesse pela participação se avolume. Não há muito de novo nisso. No fundo, são velhas ideias, apenas repontadas num momento histórico diferente, ainda que pareçam de maneira dispersa e dentro de conflitos ideológicos evidentes, a começar pela presença do Estado” (Demo, 1993, p. 01).

Com a inauguração da nova ordem constitucional e a pressão dos movimentos sociais a participação social foi ganhando espaço. Desde 2003 envolveu atores da sociedade, governos e Estado, transitando por diferentes ministérios e secretarias, com análise especialmente na Secretaria Geral da Presidência da República (Almeida, 2017).

Os estudantes tiveram grande relevância na onda de reivindicações, foram eles que lançaram discursos favoráveis a participação social em segmentos relacionados ao ensino superior (Pateman, 1992). Contudo, Carole Pateman afirma ser um

bocado irônico que a ideia de participação tenha se tornado tão popular, particularmente entre os estudantes, pois entre os teóricos da política e sociólogos políticos a teoria da democracia mais aceita (aceita de maneira tão ampla que se poderia chamá-la de doutrina ortodoxa) é aquela na qual o conceito de participação assume um papel menor. Na realidade não apenas tem um papel menor, como nas teorias de democracia atuais um dado predominante é a ênfase colocada nos perigos inerentes à ampla participação popular em política. Tais características derivam de duas preocupações principais de teóricos atuais que escrevem sobre a democracia, sobretudo os norte-americanos. Primeira, sua convicção de que as teorias dos seus predecessores mais antigos (os chamados "teóricos clássicos"), que acalentavam o ideal do máximo de participação do povo, precisam de uma revisão drástica, quando não uma rejeição pura e simples. Segunda, uma preocupação com a estabilidade; do sistema político e com as condições ou pré-requisitos necessários para assegurar tal estabilidade; essa preocupação origina-se da comparação que se faz entre

"democracia" e "totalitarismo" enquanto as duas únicas alternativas políticas possíveis no mundo moderno (1992, p. 09-10).

Em que pese exista divergência na aceitação da participação social no processo democrático, atualmente ela possui previsão constitucional e é constantemente debatida no cenário político nacional. Entretanto, passados quase 30 anos da Constituição Federal, o Brasil ainda não possui uma Política Nacional de Participação Social. Houve uma tentativa, visto que ela havia sido lançada no Decreto nº 8.243/2014, com o objetivo de fortalecer e articular mecanismos e instâncias de diálogo democrático. Contudo, o referido Decreto foi revogado integralmente pelo Decreto nº 9.759/2019, posteriormente revogado pelo Decreto nº 11.371/2023.

O Decreto nº 8.243/2014, além de instituir a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS), afirmava que os órgãos e entidades da administração pública federal deveriam levar em consideração as instâncias e mecanismos de participação social para a formulação, a execução, o monitoramento e a avaliação de seus programas e políticas públicas (Brasil, 2014). Ou seja, naquele momento, via-se regulamentada a obrigatoriedade da participação social no debate sobre políticas públicas.

Ocorre que, o cenário jurídico-político da época não permitiu a concretização da Política Nacional, a qual, inclusive, após o impeachment da Presidenta Dilma, sofreu revogação total, através do Decreto nº 9.759/2019. Este, por sua vez, impôs extinções e limitações ao exercício dos colegiados na Administração Pública Federal, determinando a dissolução dos colegiados existentes, com exceção daqueles criados a partir de 1º de janeiro de 2019 ou aqueles previstos nas instituições federais de ensino.

O que se denota destes fatos é um grande debate ideológico, visto que, bastou a alteração na representação política, com a eleição do Presidente Jair Bolsonaro, para que um país que estava na iminência de instituir uma Política Nacional de Participação Social se tornasse contrário a presença de colegiados nas esferas administrativas federais.

No mesmo sentido, verificou-se que com a eleição do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva a situação se alterou novamente, havendo a publicação do Decreto nº 11.371/2023, revogando o Decreto nº 9.759/2019, o que evidencia o caráter ideológico atribuído ao debate sobre a participação social.

Em síntese, no momento, não há regulamentação legal para a instituição da Política Nacional de Participação Social. A participação social possui previsão constitucional, com efeitos imediatos e independe de regulamentação específica para ser utilizada, mas a criação de

uma política nacional poderia solidificar o instituto e criar diretrizes e fluxos adequados de funcionamento e eficiência.

Além disso, especialmente após 2016, a participação social passa por aquilo que Debora Cristina Rezende de Almeida chamou de “crise de meia idade”, visto que já não se trata de um instituto novo, causador de euforia social, mas também não é capaz de conduzir políticas públicas amadurecidas (2017, p. 649). Para a autora, o ceticismo em relação a participação social está interligado com a política de retração ou minimização dos espaços de participação institucional (Almeida, 2017).

Outro debate constante é acerca da efetividade da participação social. Hodiernamente diferentes estudos<sup>7</sup> têm discutido a efetividade da participação social no desenvolvimento das políticas públicas, grande parte aborda questionamentos relacionados com a disseminação das instituições participativas no Brasil, questiona se tais instituições são capazes de provocar melhorias nos governos, na implementação de políticas públicas e, ao fim e ao cabo, nos resultados para a melhoria na qualidade de vida dos cidadãos brasileiros.

Nesse sentido, Robert D. Putnam (2006, p. 183) descreve:

Os sistemas de participação cívica são uma forma essencial de capital social: quanto mais desenvolvidos forem esses sistemas numa comunidade, maior será a probabilidade de que seus cidadãos sejam capazes de cooperar em benefício mútuo.

A análise da efetividade, *stricto sensu*, como impacto nas políticas e na oferta de serviços públicos, apenas recentemente começou a ser incorporada nas pesquisas sobre instituições participativas, elevando o Brasil às discussões internacionais acerca do tema (Almeida, 2017).

---

<sup>7</sup>Citam-se exemplos dos estudos:

1. LEMOS, M. A. C.; VIEIRA, D. M. O discurso como determinante da efetividade da participação social: para além do desenho institucional e do contexto. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v. 26, n. 85, 2021. DOI: 10.12660/cgpc.v26n85.81412. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/cgpc/article/view/81412>. Acesso em: 31 out. 2024.
2. MARTELLI, Carla Giani; COELHO, Rony. Avaliar o quê? Os vários sentidos de efetividade no campo de estudos da participação. *Opinião Pública, Revista do CESOP*. Campinas, vol. 27, nº 2, maio-agosto, p. 623-649, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/op/a/CshVfnq6hZkxLHtTxr9nd6f/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 31/10/2024.
3. OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira. DALLARI, Sueli Gandolfi. Participação Social no contexto da Atenção Primária à Saúde: é possível aferir sua efetividade? *JMPHC Journal of Management e Primary HealthCare*. 2020. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/959/872>. Acesso em: 31/10/2024.

Ou seja, a abordagem da efetividade da participação social ainda vem sendo delimitada pelos estudiosos, verificando-se a atualidade e necessidade de contínuas construções teóricas neste sentido, o que legitima o enfoque deste projeto de pesquisa.

Para Debora Cristina Rezende de Almeida, “as instituições participativas são exemplos de estruturas formais que abrigam a representação de atores coletivos no processo de formulação de políticas públicas.” (2017, p. 657). A autora incorpora a questão da representatividade ao conceito de participação, ou seja, cria reflexões para a análise da efetividade a partir dos anseios de grupos sociais e seus representantes, uma vez que a os eleitos representantes atuam diretamente na construção das políticas públicas e por vezes podem não espelhar os anseios dos representados.

A participação social não seria efetiva para a construção de políticas públicas em um país no qual o Estado e a sociedade civil representem partes antagônicas, ou seja, o governo não reflita a realidade social (Maeyama, 2016). Neste caso, há probabilidade de a participação social se configurar em verdadeiro movimento social político, que pode sim ensejar uma transformação social, inclusive com a derrubada de um determinado governo, contudo, não atingiria o objetivo de participação social aqui discutido.

Carole Pateman (1992) ao analisar a teoria de Schumpeter, afirma que o autor traz como únicos meios de participação o voto para a escolha dos líderes e a discussão. A sociedade civil não deveria comandar os líderes eleitos, visto que isso desvirtua o conceito de liderança, para alterar o posicionamento do governo, deveriam alterar os líderes, por novo voto. Aqui a disputa social se resume ao conquistar a liderança pelo voto, a partir disso, não deveria haver interferências nas decisões da liderança.

A questão da efetividade da participação social amplia o escopo de estudo, pois poderia conduzir ao entendimento de que se não alcança a efetividade desejada, não haveria motivos para sua permanência e fomento no sistema vigente. Contudo, tal raciocínio não deve prosperar, uma vez que assim como a maioria dos institutos jurídicos, a participação social está em constante progresso, sendo um elemento em formação, se desenvolvendo conjuntamente com a transformação da sociedade, inclusive com possibilidade de revés a depender do momento político vivenciado.

O rol de instrumentos aptos a fomentar a participação social é meramente exemplificativo, permitindo uma vasta gama de possibilidades, assim, sem objetivo de esgotar a temática, vislumbram-se algumas situações: a participação nos processos legislativos (iniciativa popular legislativa), referendo, plebiscito, as audiências públicas, os grupos temáticos de discussão, comitês e comissões, além dos conselhos municipais (de saúde, de assistência social, de cultura etc.).

A partir disso, demonstram-se alguns exemplos práticos de participação da sociedade civil nas decisões políticas, na área da saúde, objeto deste estudo. Conforme se extrai da Lei nº 8.142/1990, existem as conferências de saúde (municipais, estaduais e federal) cuja participação da comunidade é determinante para a elaboração dos planos de saúde, documentos que compreendem a análise situacional, as metas, indicadores e a forma de monitoramento dos programas previstos para os quatro anos subsequentes (Brasil, 1990).

Outro exemplo está na atuação dos conselhos municipais, que possuem, geralmente, composição paritária entre representantes da sociedade civil e das demais representações (governo, servidores, instituições), atuando especialmente no controle social dos atos de gestão. No âmbito da saúde, o SUS, atribui aos conselhos municipais de saúde inclusive a competência para aprovação dos gastos com equipamentos ou serviços (Brasil, 1990).

Portanto, verifica-se a versatilidade das possíveis formas de participação da comunidade na gestão pública, fomentando a alocação da sociedade civil nos centros de discussão. Cada política pública poderá prever a melhor forma de viabilizar a participação do cidadão, mas verifica-se uma tendência pela criação dos canais de Ouvidorias.

As Ouvidorias foram criadas como espaços institucionais para a participação cidadã nas políticas públicas. “Ouvir é um sentido e uma das ações humanas mais básicas e elementares na comunicação” (Fernandez et al, 2021, p. 02).

No século XVIII, na Suécia, foi criada a palavra “ombudsman”, que significa representantes do povo, cujo objetivo era encaminhar as queixas dos cidadãos contra a Coroa. Tal expressão condiz com o que hoje se denomina Ouvidoria Pública, isto é, um elo de diálogo entre cidadãos e agentes públicos (Ouvidoria Geral do Estado do Rio Grande Do Sul, 2017).

A expressão “ombudsman” é entendida em nosso vernáculo como “representante”. Contudo, em sua origem “esse representante tinha como função supervisionar os trabalhadores do reino” (Silva et al, 2016, p. 82), apenas após um processo histórico, o representante passou a ser visto como alguém que poderia conduzir a demanda do povo à Coroa, servindo, de certa forma, como mediador entre a sociedade e o governo.

No Brasil, ainda no período colonial existia a figura do Ouvidor-Geral, cuja função era figurar como “ouvidos do rei”, na garantia da aplicação das “leis da metrópole”. A função interligava-se com o sistema de justiça da época e findou-se com a declaração de independência do Brasil (Ouvidoria Geral do Estado do Rio Grande Do Sul, 2017).

O marco histórico para a ouvidoria, no formato atual, remonta ao processo de redemocratização do País, na década de 1980. A primeira ouvidoria implantada, na esfera privada, foi a da empresa Rhodia, em 1985, seguida, no ano seguinte, pela primeira ouvidoria pública, alocada no município de Curitiba (Silva et al., 2016).

Os movimentos sociais em busca da redemocratização foram se fortalecendo e com eles o discurso acerca da necessidade de regulamentação e organização de ouvidorias foi ficando latente. A partir disso a implementação das ouvidorias foi ganhando força e em um movimento de descentralização foi se enraizando nos mais diversos serviços e políticas públicas, nas três esferas de governo (Silva et al., 2016).

Quanto aos aspectos legais, as Ouvidorias Públicas estão fundamentadas no artigo 37, parágrafo 3º, da CF/88, que prevê: “A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente: [...]” (Brasil, 1988). Ou seja, a Constituição Federal determinou ao Poder Executivo a implementação de canais de atendimento aos cidadãos visando a participação e o controle social acerca dos serviços públicos prestados.

Em que pese o texto constitucional não mencione expressamente a ouvidoria, verifica-se que elas inauguram os primeiros canais de escuta direta da população, com objetivo de avaliar as políticas públicas (Fernandez *et al.*, 2021). As Ouvidorias, portanto, auxiliam o protagonismo do indivíduo perante a ordem social e política, atuando diretamente na tomada de decisões e contribuindo para a formulação de políticas públicas.

Tal dispositivo constitucional foi regulamentado pela Lei nº 13.460/2017, que dispõe sobre a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública, regulamentando a participação da sociedade nos serviços públicos em âmbito federal, estadual e municipal.

A referida Lei traz menção expressa ao acolhimento de demandas dos usuários através dos canais de ouvidorias:

Art. 9º Para garantir seus direitos, o usuário poderá apresentar manifestações perante a administração pública acerca da prestação de serviços públicos.

Art. 10. A manifestação será dirigida à ouvidoria do órgão ou entidade responsável e conterá a identificação do requerente (BRASIL, 2017).

Dito isso, verifica-se que recentemente a legislação passou a amparar e relacionar a ouvidoria com a qualidade dos serviços públicos prestados à população, o que vai ao encontro dos objetivos da democracia participativa, analisada no capítulo 2.4.

Retomando o debate acerca da democracia participativa, verifica-se que o cidadão deve ser o protagonista na gestão das políticas públicas, atuando junto ao governo e “por meio da ouvidoria, o cidadão participa da gestão de políticas, na medida em que as sugestões, críticas e observações dos usuários são acatadas pela instituição em questão”, buscando a qualificação do serviço público (Fernandez et al., 2021, p. 03).

Além disso, elas permitem o controle social sobre os atos de gestão e de governo, impulsionando a necessidade de prestação de contas pelos representantes estatais, conduzindo a governança para os princípios da moralidade, publicidade e transparência, inatos ao regime democrático de gestão pública. Seu objetivo não é militar em nome do cidadão opondo-se a gestão pública, mas sim, criar um elo para que as demandas possam efetivamente promover adequações ao funcionamento do aparato estatal, no sentido de recomendar, sugerir, questionar a gestão pública (Silva; Pedrozo; Zucchi, 2014).

Desta feita, verifica-se que as Ouvidorias surgiram, ao menos normativamente, com o intuito de dar exequibilidade a diretriz constitucional da participação social, em uma tentativa de aproximação do cidadão com a gestão pública. Inicialmente as Ouvidorias serviam apenas para uma comunicação, mas o seu objeto pode ser mais abrangente, servindo de verdadeiro instrumento de controle, avaliação, monitoramento e condução de políticas públicas, desde que seus registros sejam recebidos e analisado por quem encontra-se no poder.

A partir disso, podem se extrair outras características relevantes a constituição das ouvidorias, que são a autonomia funcional e a independência do ouvidor, uma vez que é a partir disso que as ouvidorias poderão cumprir suas funções de forma mais efetiva, consubstanciando-se em verdadeiros espaços democráticos e de cidadania (Fernandez, 2021).

Recentemente percebe-se um incremento significativo no número de ouvidorias, especialmente relacionadas aos serviços públicos federais. Partindo da contextualização geral acerca das ouvidorias, pode-se ramificar o estudo para diversas áreas de atuação, mas, por questão de pertinência temática, optou-se pelo detalhamento acerca da compreensão da ouvidoria especializada na área da saúde pública, qual seja a Ouvidoria do SUS.

Conforme analisado nos tópicos anteriores, o processo de redemocratização no país foi impulsionado pela Constituição Federal de 1988 e gerou impactos também no processo de democratização da saúde, incluindo a participação social como um dos princípios doutrinários deste novo sistema (BRASIL, 1988).

Ancoradas pelos preceitos constitucionais, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, trazem princípios que consagram a necessidade de um serviço capaz de acolher e responder as demandas dos usuários e demais cidadãos (Brasil, 1990).

Assim, partindo do pressuposto da redemocratização e da legislação acima citada, "em 2003, mediante o Decreto nº 4.726, foi criado o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) ligado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS)" (Fernandez et al, 2021 p. 6). A criação da Ouvidoria Geral do SUS relaciona-se

diretamente com os movimentos sociais que circundam a saúde pública, conferindo uma estratégia da gestão da época para estimular a relação de corresponsabilidade entre o Estado e a sociedade, no mesmo compasso em que buscam conferir legitimidade às ações do governo, fomentando a democracia e atuação social.

A criação da Ouvidoria Geral do SUS também partiu de apontamentos realizados nos relatórios finais da 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde, ocorridas em 2000 e 2003, respectivamente. Os relatórios indicavam para a necessidade de implantação de uma Ouvidoria e para a criação de uma política pública que organizasse seu funcionamento (Conselho Nacional de Saúde, 2000, 2003).

A partir disso foi instituída a Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS), com um papel fundamental para o aprofundamento do conceito de cidadania, participação democrática e respeito pela sociedade e pelos agentes públicos, “[...] ampliando e fortalecendo a participação social por encorajar e instrumentalizar o(a) cidadão(ã) a se representar perante a Administração Pública na defesa de seus direitos” (Brasil, 2014).

Para Michelle Vieira Fernandez et al. (2021, p. 2) a "Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se como espaços institucionais que viabilizam formas de participação da cidadania nas políticas de saúde.” Através dela se viabilizou a interlocução das pessoas com o Estado, contudo, para a efetividade do instrumento verificou-se necessária a sua descentralização para os demais entes federados, com o escopo de aproximar a ferramenta da sociedade. Foi então que se estabeleceu uma rede interligada de Ouvidorias do SUS, coordenadas pelo Departamento de Gestão Estratégica e Participativa (Doges), do Ministério da Saúde, com foco na descentralização das demandas.

Em 2019, com a edição do Decreto nº 9.795/2019 (Brasil, 2019), houve uma reestruturação administrativa no país, a qual finalmente alocou a Ouvidoria Geral do SUS em subordinação direta ao Gabinete do Ministério da Saúde, tornando efetivo o entendimento já esboçado pelo próprio Ministério da Saúde anteriormente. No âmbito de cada estrutura organizacional é conveniente que a Ouvidoria do SUS seja posicionada de forma que garanta fácil acesso ao gestor, preferencialmente com subordinação direta a este, visando justamente o compartilhamento dos dados e utilização destes pelas instâncias administrativas decisórias, com enfoque na produção e execução das diretrizes da política pública de saúde (Brasil, 2014).

Atualmente a Ouvidoria Geral do SUS opera através de diversos canais de atendimento (formulário web, presencial, telefônico), mas, principalmente, através do “Disque Saúde 136” e a recente novidade é que este passou a ser um canal pelo qual não apenas os indivíduos façam contato com a gestão do SUS, mas também haja comunicação passiva, ou seja, se permite que os agentes do SUS façam contato com os indivíduos, o que auxilia, inclusive, no momento de

crises epidemiológicas, como na recente Pandemia Covid- 19 ou nas constantes epidemias de dengue (Fernandez *et al.*, 2021).

Retomando a questão da descentralização das Ouvidorias do SUS e com foco no objetivo deste estudo, cujo recorte territorial está compreendido em uma região no Estado do Rio Grande do Sul, verificou-se, em consulta ao documento “Memória da Ouvidoria-Geral do Poder Executivo do Estado do Rio Grande do Sul”, alguns marcos históricos que permitiram a aperfeiçoamento das Ouvidorias Estaduais para o formato atual (Ouvidoria Geral do Estado do Rio Grande do Sul, 2017).

Tal documento apresenta a estrutura organizacional das Ouvidorias no âmbito estadual, colocando no topo da pirâmide a Ouvidoria Geral do Estado – OGE/RS, como órgão central do Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo Estadual – SEO-RS, e descrevendo-a como “instrumento democrático de controle social”, capaz de fortalecer a democracia participativa (Ouvidoria Geral do Estado do Rio Grande do Sul, 2017, p. 3).

A partir do órgão central são criadas ramificações temáticas proporcionando a criação de ouvidorias do SUS. Foi com a publicação do Decreto Estadual nº 51.999/2014 (Rio Grande do Sul, 2014), que aprovou Regimento Interno da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde – SUS, da Secretária da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – SES/RS, que a estruturação das Ouvidorias Regionais do SUS se estabeleceram.

A Secretaria Estadual de Saúde trabalha com três modelos de divisão do território gaúcho. Conforme demonstra o mapa da figura 18, existe a divisão por macrorregiões, por Coordenadorias Regionais de Saúde e por Regiões de Saúde.

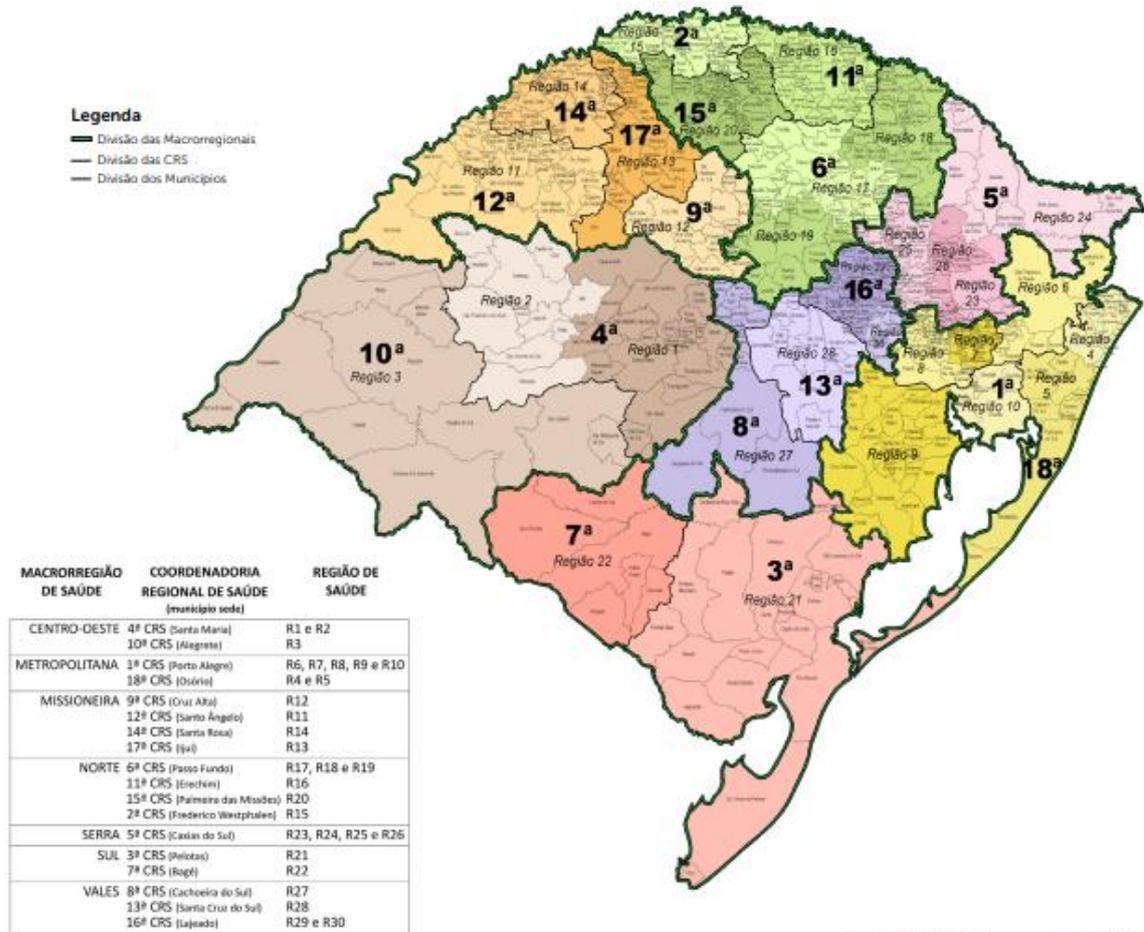
Essa divisão demonstra as regiões de saúde, nas quais os indicadores são elaborados, para fins de elaboração do planejamento estadual. Da mesma forma existem as divisões por Coordenadorias Regionais de Saúde, as quais correspondem a núcleos administrativos para apoio e gestão do território. Por fim existem as macrorregiões, geralmente abrigando uma pluralidade de Coordenadorias Regionais e bastante focados na construção das redes de referência para atendimento, em especial as hospitalares.

---

<sup>8</sup> Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202401/15125241-pes-2024-2027.pdf>. Acesso em: 11/11/2024.

Figura 1 - Mapa com a Divisão das Macrorregiões, Coordenadorias Regionais e Regiões de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

Figura 2. Mapa com divisão das Macrorregiões de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde e Regiões de Saúde, RS, 2023.



Fonte: SES/RS. Acesso em: 03/2023.

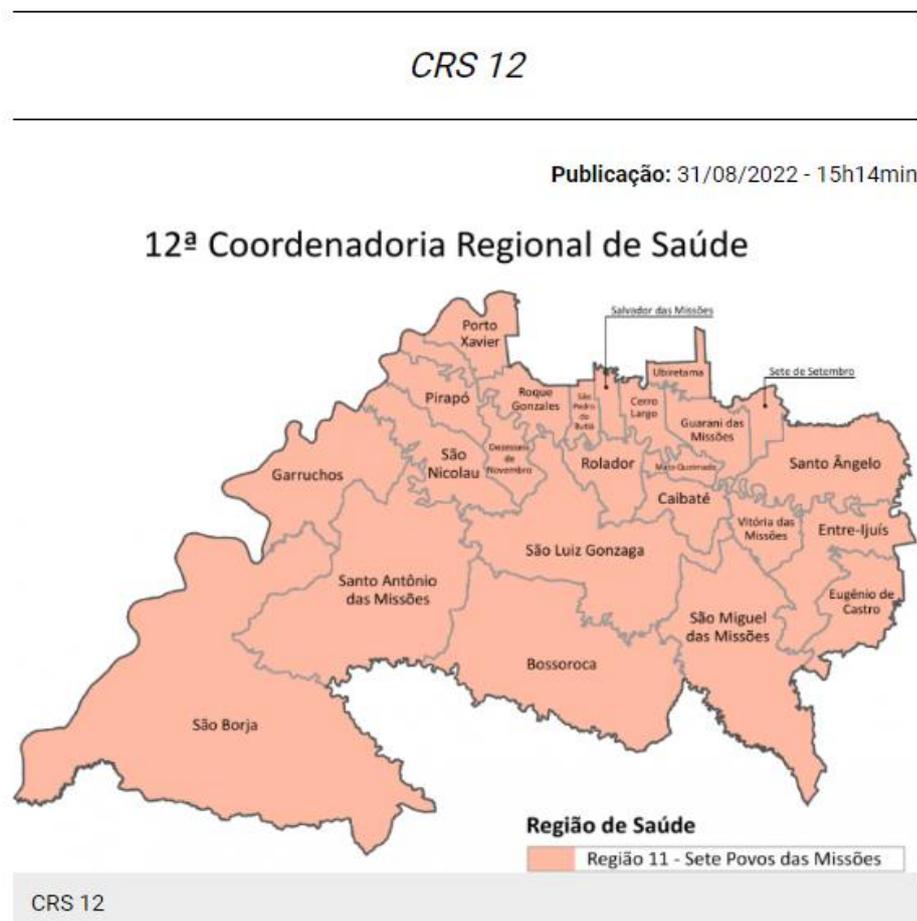
(Fonte: Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Plano Estadual de Saúde 2024/2027).

Ao total o território gaúcho compreende trinta regiões de saúde, agrupadas em dezoito Coordenadorias Regionais e sete macrorregiões. A divisão por Coordenadorias Regionais de Saúde estipula a delimitação do território para fins de gestão administrativa.

A Ouvidoria Regional do SUS na 11ª Região de Saúde - Sete Povos das Missões, está sob responsabilidade administrativa da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde e inserida na macrorregião Missões. A 12ª Coordenadoria Regional de Saúde tem sede em Santo Ângelo e compreende vinte e quatro municípios:

Neste recorte regional situam-se os seguintes municípios: Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama e Vitória das Missões, conforme demonstra a figura 39.

Figura 2 - Mapa da 11ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sob responsabilidade administrativa da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde



(Fonte: Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2022).

Os entes municipais, a partir de legislações próprias e complementares estão autorizados a constituir e incentivar a participação dos usuários e demais cidadão na confecção das políticas públicas, inclusive através de Ouvidorias do SUS em âmbito Municipal e é com base nessa premissa que o objetivo desta pesquisa se desenvolverá, visto que buscará interpretar a visão dos gestores municipais de saúde sobre a implantação e utilização desta ferramenta de participação social no âmbito local.

<sup>9</sup>Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/12-crs-santo-angelo>. Acesso em: 11/11/2024.



## 4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Neste capítulo abordam-se as temáticas relacionadas às políticas públicas, sua formação e ciclos, destacando a política pública de saúde, a regionalização do SUS e a gestão territorial pela governança participativa. A revisão de literatura sobre estes aspectos busca não apenas situar o leitor, mas fundamentar a questão do desenvolvimento de uma região através da política pública de saúde.

A política pública como área do conhecimento nasceu nos Estados Unidos da América - EUA, próximo à década de 1950 (Souza, 2006). No cenário pós-guerra, preocupados com a necessidade de inserir um viés científico na gestão governamental, os norte-americanos abriram espaço para investigações sobre política, com foco na ação dos governos, criando uma subárea na ciência política (Schmidt, 2018).

Nas décadas seguintes (1960 – 1980) o método científico para análise dos problemas públicos foi bem recepcionado por liberais e positivistas, ultrapassando as fronteiras acadêmicas e se inserindo no cotidiano da vida pública, contudo, não produzindo os resultados esperados, visto que na década de 1980 o positivismo já era fortemente contestado (Schmidt, 2018).

Os positivistas acreditavam que critérios científicos objetivos e neutros solucionariam as questões políticas de época. Contudo, “o objetivismo e a racionalidade instrumental estariam, segundo os críticos, a serviço da política tecnocrática e autoritária.”, desconstruindo o ideal das soluções objetivas e promovendo severas críticas ao positivismo (Schmidt, 2018, p. 120).

Na década de 1990 os estudos pós-positivismo mantiveram a importância dos estudos empíricos, mas apostaram nas soluções a partir da análise do discurso e de uma construção mais democrática, visando a manutenção da cientificidade, mas sob um aspecto mais intersetorial e subjetivo, aproximando-se dos estudos atuais (Schmidt, 2018).

Na Europa as preocupações com estudos relacionados às políticas públicas remontam a 1970 (Souza, 2006). Para os europeus o estudo científico se preocupava mais com a análise do papel do Estado e do governo, possuindo menor inspiração no positivismo (Schmidt, 2018).

Foi só nos anos de 1980 que a temática das políticas públicas ganhou espaço no cenário nacional. Segundo João Pedro Schmidt (2018, p. 120), “no Brasil, as investigações ganharam impulso na década de 1980 e a partir dos anos 2000 houve um verdadeiro boom em diferentes ciências sociais”. Houve o que se chamou de popularização do termo políticas públicas, sendo utilizado em documentos, discursos e pela mídia, contudo, a sua propagação também culminou na precarização dos seus limites, transformando o termo em equivalente à ação governamental.

A Constituição Federal de 1988 prevê a concretização de direitos fundamentais e sociais, além da promoção da cidadania, o que deverá ser assegurado mediante a elaboração e execução de políticas públicas. São diversos os trechos da norma constitucional que abordam as políticas públicas, a título de exemplo, cita-se o parágrafo único do artigo 193, incluído pela emenda constitucional 108/2020: “O Estado exercerá a função de planejamento das políticas sociais, assegurada, na forma da lei, a participação da sociedade nos processos de formulação, de monitoramento, de controle e de avaliação dessas políticas” (Brasil, 1988).

Tratando-se de norma constitucional impositiva, verifica-se a obrigatoriedade de implementação de políticas públicas por parte do Estado. Contudo, a sua elaboração possui um viés absolutamente complexo, pois precisa compatibilizar as necessidades de determinada população, à legislação local, estadual, federal e aos compromissos internacionais assumidos, além da questão orçamentária e de viabilidade prática, ou seja, torná-la executável.

Para Francisco Danúbio Timbó de Souza e Ana Lúcia Pereira Martins de Souza, citando Milani Pinheiro (2019, n.p.):

As Políticas Públicas são definidas como os estudos que analisam a ação do Estado frente as questões públicas, ou seja, como a adição das ações dos governantes em busca de influenciar e modificar o estilo de vida da população. Os Estados Unidos da América (EUA) foram os pioneiros a utilizar políticas públicas como uma nova disciplina para o conhecimento acadêmico com o objetivo principal de estabelecer relações entre o papel do Estado e a ação dos governos perante a sociedade.

Para Celina Souza (2006, p. 24) “não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública”. A autora argumenta que se pode definir política pública como área de estudo que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças. Para a autora o conceito pode ser observado de forma holística, abarcando a multidisciplinaridade das questões envolvidas, considerando-se o todo com mais importante do que as frações, que indivíduos, instituições, ideologias, enfim, todos os interesses importam, ainda que distintos (Souza, 2006).

Outro conceito encontrado para política pública é o apresentado por João Pedro Schmidt (2018, p. 121), que afirma que “política pública é um conceito cuja afirmação na literatura ocorreu na década de 1950, no contexto de um Estado ativo, interventor na economia e na vida social dos países capitalistas centrais. É uma categoria intimamente vinculada ao welfare state”. Nesse sentido, política pública seria a resposta para os problemas políticos.

Assim, com base nos conceitos acima, podemos concluir que as Políticas Públicas têm como objetivo garantir aos indivíduos o gozo de direitos assegurados por lei, através de agendas multidisciplinares promovidas pelo Estado, ou seja, decisões que visam promover a qualidade

de vida e bem-estar em uma sociedade, transformando realidades e sanando problemas públicos.

Assim sendo, as políticas públicas assumem feições variadas em diferentes contextos e concepções de Estado e sociedade, podendo, inclusive, apresentar versões perversas, se elaboradas com base em critérios discriminatórios ou visando o lucro do próprio Estado ou de apoiadores de determinado governo, visto que elas se originam de decisões políticas e estas nem sempre se coadunam com as necessidades da sociedade (Gonçalves, *et al.*, 2020).

Para Gonçalves *et al.*, “Por mais romântico que pareça ser o universo das políticas públicas, infelizmente, as questões financeiras influenciam na tomada de decisão na maioria das vezes muito mais do que a intenção do bem-estar social” (2020. p. 65). Neste contexto, as políticas públicas seriam utilizadas como ferramentas para que agentes estatais ou apoiadores se beneficiassem com as medidas.

Da mesma forma pode-se argumentar que a inércia governamental também pode ser compreendida como uma política pública, ou seja, a depender do contexto, a omissão também pode ser vista como a tomada de decisão. A exemplo disso, cita-se a possibilidade de determinado governo deixar de investir nos programas de saúde, tornando-os ineficazes por falta de recursos financeiros ou de pessoal, mas sem a extinção formal da política pública.

Portanto, as políticas públicas foram criadas para servirem de mecanismo estatal para possibilitar a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Contudo, pode-se verificar que a omissão ou o desvirtuamento nos motivos que precedem a decisão política também são fatores que podem influenciar a realidade.

Quanto a criação das políticas públicas, a literatura apresenta algumas possibilidades, denominando como ciclos de formação das políticas públicas. Não há um consenso sobre o número de etapas ou ciclos, mas pesquisando quatorze autores, Dias e Matos (2012) afirmam que encontraram de forma reiterada as seguintes etapas: identificação de um problema, formulação de soluções, decisão, implementação (execução) e avaliação (monitoramento).

O primeiro ciclo, refere-se ao diagnóstico da realidade social, com a identificação dos problemas e verificação da necessidade de adoção de medidas pelo poder público. Na sequência vem a formação de uma agenda política, nas qual se toma a decisão acerca da elaboração de uma política pública, a partir daí tem-se a fase de implementação ou execução, que contempla a criação dos processos e fluxos para que a política pública cumpra seu objetivo. Por fim, verifica-se a etapa de avaliação e monitoramento da política pública, visando analisar a eficiência das medidas adotadas, decidir os rumos da ação política, inclusive orientando a alteração ou extinção da política pública como um todo ou de parte de seus atos (SECCHI, 2013).

Dos ensinamentos extrai-se a noção de que as políticas públicas se inserem na sociedade com o objetivo de realizar transformações e sanar problemas, são implementadas seguindo determinadas etapas, mas podendo ser alteradas, revisadas ou reorganizadas a todo momento diante dos movimentos sociais observados. Elas se amoldam às necessidades da população e por isso podem sofrer constantes alterações, em que pese na prática se verifique certa rigidez ou engessamento legislativo, diante da burocracia imposta à administração pública, que nem sempre acompanha a transformação social.

As políticas públicas se constituem de diversos atos administrativos, por vezes ultrapassam limites territoriais e de gestão, pois são atividades complexas, não se exaurindo em atividades ou atos isolados. Nesse sentido:

Ações isoladas não fazem uma política. Nenhum problema político pode ser resolvido mediante uma única ação ou por algumas poucas ações fragmentadas. Uma campanha de vacinação contra a gripe não constitui uma política de saúde; uma intervenção policial para apreensão de drogas não conforma uma política de segurança pública. Uma política compreende um conjunto de ações e iniciativas tendencialmente coerentes entre si, que geralmente envolvem várias áreas. Uma política de geração de emprego, por exemplo, envolve geralmente diversas medidas econômicas como: atração e fomento de empresas, estímulos fiscais, compras governamentais, investimentos públicos em setores que demandam mão de obra (habitacional, automobilístico, energético), garantias de segurança jurídica aos investidores (Schmidt, 2018, p. 126).

Além disso, as políticas públicas podem ser efetivadas em todas as áreas sociais, com foco na melhoria da qualidade de vida da população e fornecimento de serviços públicos essenciais. Nas áreas mais sensíveis como educação, habitação, meio ambiente e saúde elas possuem maior relevância, pois são capazes de estruturar o cotidiano de uma determinada sociedade, bem como refletem diretamente no desenvolvimento local, ampliando habilidades e gerando inclusão produtiva. O desenvolvimento local ou regional está diretamente interligado a qualidade de vida da população e a saúde é, sem dúvida, um indicador prevalente quando o assunto é qualidade de vida. O processo de desenvolvimento é complexo e extrapola os elementos puramente econômicos, abrangendo elementos e dinâmicas territoriais, ambientais, sociais e governamentais.

As ações dos governos e da sociedade devem estar em sintonia e permanente interação de forma a proporcionar conjecturas eficientes, estratégias para a elaboração e implementação de políticas públicas e irradiar os efeitos para a seara econômica. Existem diversas classificações de políticas públicas, mas adotando a tipologia apresentada por João Pedro Schmidt (2018), após o autor ter realizado revisão da literatura, tem-se que são usualmente utilizadas estas e outras classificações:

1. Políticas sociais e políticas econômicas (T. H. Marshall). As políticas sociais referem-se à proteção social (saúde, educação, saneamento), enquanto as políticas econômicas relacionam-se com a política fiscal, setores da economia, comércio interno e externo. Políticas universais e políticas focalizadas (Meny e Thoenig), sendo as universais destinadas a coletividade em geral, enquanto as focalizadas a determinado grupo específico (Schmidt, 2018).
2. Políticas distributivas, redistributivas, regulatórias e constitutivas (Theodor Lowi).

Políticas distributivas consistem na distribuição de recursos da sociedade a regiões ou segmentos específicos, que em geral não geram conflitividade. Políticas redistributivas consistem na redistribuição de renda e benefícios, e costumam gerar resistência dos setores mais abastados. Políticas regulatórias são as que regulam e ordenam, mediante ordens, proibições, decretos, portarias, afetando diretamente o comportamento dos cidadãos. Políticas constitutivas (ou estruturadoras) definem procedimentos gerais da política, determinam as regras do jogo, as estruturas e os processos da política, afetando as condições pelas quais são negociadas as demais políticas (Schmidt, 2018, p. 129).

3. Políticas de governo e políticas de Estado. As políticas de governo são opções utilizadas por determinada gestão ou gestão de mesma orientação ideológica, geralmente menos enraizadas institucionalmente e possivelmente com maior transitoriedade. Já as políticas de Estado são aquelas inerentes ao próprio estado, amplamente aceitas e difundidas, que perpassam governos, são mais perenes (Schmidt, 2018).

Outras tipologias poderiam ser citadas, contudo, demonstra-se com isso que pode haver diferentes conceitos, ciclos formativos e classificações para as políticas públicas, mas atuam diretamente na busca por alternativas aos problemas sociais ou políticos.

Na área da saúde as políticas públicas são conceituadas como ações ou omissões por parte do Estado diante das “demandas de saúde da população (diretrizes, planos de ação de governo, planos e programas de saúde) sempre verificando a relação entre poder e saúde” (Souza, 2019, p. 110).

Portanto, as políticas públicas de saúde são escolhas políticas visando a formação de agenda e implementação de uma série de atos administrativos concatenados para a solução de demandas sociais relacionadas a saúde da população. Dessa forma, pode-se afirmar que são políticas sociais, podendo ser universais (SUS) ou até mesmo focalizadas, quando destinadas a um grupo específico, como por exemplo o Programa TEAcolhe10 no Rio Grande do Sul. Além

---

<sup>10</sup> O Programa TEAcolhe tem o objetivo de implementar a Lei Estadual nº 15.322/2019, que instituiu a Política de Atendimento Integrado à Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo no âmbito do Rio Grande do Sul destinada a garantir e a promover o atendimento às necessidades específicas das pessoas com autismo, visando ao desenvolvimento pessoal, à inclusão social, à cidadania e ao apoio às suas famílias. Sendo construído pelas equipes

disso, podem ser políticas de Estado, como no caso do SUS, que mesmo sofrendo variações a depender da orientação ideológica que está no poder, especialmente quanto ao critério investimento público, tem se mantido ao longo da história, ou políticas de governo, como no caso do programa SER Mulher<sup>11</sup> do Estado do Rio Grande do Sul. Os programas de governo podem se tornar programas de Estado com o passar do tempo.

Segundo Pessoto et al (2018), as políticas públicas de saúde da época da Primeira República (1889-1930) foram importantes para o fortalecimento da capacidade de o Estado intervir no território nacional. “Desde 1904, com a implantação da legislação sanitária, as autoridades públicas brasileiras passaram a dispor de aparatos legais e institucionais e recursos humanos para fiscalizar as condições de salubridade dos imóveis urbanos e a produção e comercialização de alimentos” (Pessoto et al, 2018, p. 17).

A partir disso, as políticas públicas de saúde foram se estruturando, formando uma rede de instituições de atendimento. A gripe espanhola (1918) causou grande impacto nas decisões políticas relacionadas a saúde, visto que se tratou de agravo que atingiu todas as classes sociais, chamando a atenção dos mais diversos segmentos da sociedade (Pessoto et al, 2018)

A década de 1930 e chegada de Getúlio Vargas ao poder foi um marco de centralização da política pública de saúde, visto que retirava atribuições de níveis regionais para canalizar ao governo central. Foi mais perto aos anos 1980 que essa situação se transformou e o discurso da descentralização passou a ganhar forças (Pessoto et al, 2018).

Surge então a Constituição Federal e na sequência a Lei 8.080/1990, que normatiza “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, conhecida por Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990). A legislação em comento apresenta em seu artigo segundo a formulação de uma política pública de saúde, titularizada pelo Estado:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros

---

técnicas das Secretarias de Saúde, Educação e Igualdade, Cidadania, Direitos Humanos e Assistência Social; a sociedade civil, com a participação de pessoas com autismo e suas famílias; TELESSAÚDE; profissionais e instituições de ensino com pesquisas na área. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/conheca-o-programa-teacolhe>. Acesso em: 09/11/2024.

<sup>11</sup>SERMulher é um serviço de retaguarda da atenção primária à saúde (APS) que tem por objetivo o atendimento qualificado e especializado de mulheres com alterações nos exames de rastreamento de câncer de colo do útero e de mama, com suspeita de endometriose/adenomiose/miomatose, para investigação de infertilidade e no climatério. Além disso, será um centro formador para inserção de dispositivos, como exemplo, o dispositivo intrauterino (DIU), técnicas de coleta de exame citopatológico, entre outras temáticas. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/sermulher>. Acesso em: 09/11/2024.

agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (Brasil, 1990, grifo nosso).

A Lei 8080/90 constitui o processo legislativo formal que permite a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, uma política pública de grande magnitude, diante do seu caráter universal e integral, formulada a nível federal, com aplicação em todos os entes federados, utilizando critérios de municipalização da saúde e controle por toda a comunidade.

A decisão política é formulada por representantes governamentais, mas está constantemente em negociação com os demais atores sociais (prestadores e fornecedores de serviços SUS, população afetada, interface com outras políticas públicas etc.), diante da sua interdependência (Tenório; Santos, 2018).

Da mesma maneira que as políticas públicas em geral, o SUS tem um ciclo próprio de formação, tendo surgido em um período de democratização do estado brasileiro e com ele muitas vezes se entrelaçando, especialmente quando traz a noção de participação social nas decisões e fiscalização, quando amplia a todos o acesso e estabelece o nível local como mais apto a avaliação dos indicadores por estar próximo dos indivíduos. Para Pessoto et al o SUS “foi em verdade um movimento contra-hegemônico na tendência mundial de financiamento e organização dos serviços públicos” (2018, p. 19).

Atualmente um dos grandes desafios apontados para o melhor desenvolvimento do SUS encontra-se na diversidade social de um país com a dimensão do Brasil, tendo em vista a necessidade de adequação do princípio da universalidade a realidades tão distintas. A partir disso surgem os debates de compatibilização entre equidade, intersetorialidade e regionalidade (Tenório; Santos, 2018).

Ao longo da história do SUS se verificam momentos de predominância na concentração e momentos de descentralização da execução, mas principalmente da gestão da política pública de saúde.

A saúde pública brasileira tem dado visibilidade à dificuldade de articulação entre as diferentes esferas de poder - municipal, estadual e federal - fruto da ausência de um pacto federativo efetivo na república brasileira, desde a sua gênese. Em determinados períodos da história da saúde pública no país observa-se um processo de concentração na esfera central e a presença e o controle das instituições estatais sobre o território a partir do centro. Em outros momentos, observa-se com maior clareza a autoridade do governo estadual e de iniciativas no nível local para atender às necessidades de saúde da população. Tanto numa situação como na outra, o estudo da saúde pública dá visibilidade às relações sociais de competição e cooperação, delimitando-se as escalas geográficas em torno das quais o poder é exercido e contestado (Pessoto et al, 2015, p. 17).

Para melhor detalhamento deste aspecto a próxima seção destina-se a tratar especificamente da regionalização do SUS.

#### 4.1 REGIONALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

Esta seção objetiva transmitir ao leitor importantes conceitos acerca de território e regionalização, levando em consideração aspectos gerais e vinculados ao SUS, para ao final permitir a compreensão da sua organização e como isso influencia na implementação e execução das políticas públicas de saúde.

Dallabrida (2011) entende o desenvolvimento, seja ele local, regional ou territorial, como um processo de mudança estrutural empreendido por uma sociedade organizada territorialmente que visa dinamizar a economia e melhorar a qualidade de vida de seus integrantes.

A organização territorial pode ocorrer por diversos critérios, desde regiões geograficamente destacadas, como por exemplo, as regiões metropolitanas, como por critérios históricos, culturais e políticos. Em geral aproximando territórios por afinidades (Lima, 2015).

Assim, tem-se que o território é um recorte espacial onde convivem indivíduos em sociedade com identidade própria, formada por conjecturas sociais, históricas, culturais, econômicas e institucionais. A partir disso, surgem as discussões sobre a gestão deste território, fundamentando a organização da sociedade para assumir os assuntos públicos.

Tais conceitos aliam-se às justificativas do recorte territorial proposto metodologicamente para esta pesquisa, visto que se optou pela análise de uma região de saúde, a 11ª Região de Saúde, do estado do Rio Grande do Sul, em sua totalidade, buscando compreender a realidade regional e ampliar o debate acerca da participação social no território.

Os municípios pesquisados foram Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama e Vitória das Missões e da pesquisa foram extraídos os seguintes dados:

**Quadro 1 - Características do Território**

| CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO |                            |                                        |             |                        |                                |
|-------------------------------|----------------------------|----------------------------------------|-------------|------------------------|--------------------------------|
| Município                     | População estimada em 2024 | Salário médio mensal dos trabalhadores | % População | PIB per capita em 2021 | Mortalidade Infantil em 2022** |
|                               |                            |                                        |             |                        |                                |

|                           |                | <b>formais em 2022*</b> | <b>ocupada em 2022</b> |            |       |
|---------------------------|----------------|-------------------------|------------------------|------------|-------|
| Bossoroca                 | 5.988          | 2,6 s/m                 | 17,25                  | 79.966,92  | 16,13 |
| Caibaté                   | 4.797          | 2,8 s/m                 | 26,40                  | 55.167,67  | 23,81 |
| Cerro Largo               | 14.009         | 2,3 s/m                 | 30,80                  | 55.941,51  | 14,49 |
| Entre-Ijuís               | 9.364          | 2,3 s/m                 | 17,56                  | 82.344,41  | 10,2  |
| Eugênio de Castro         | 2.685          | 2,8 s/m                 | 16,64                  | 175.516,28 | 0     |
| Garruchos                 | 2.688          | 3,9 s/m                 | 13,95                  | 70.489,57  | 0     |
| Guarani das Missões       | 7.553          | 2,2 s/m                 | 20,39                  | 49.049,53  | 0     |
| Mato Queimado             | 1.795          | 2,5 s/m                 | 13,65                  | 54.901,02  | 66,67 |
| Pirapó                    | 2.260          | 2,3 s/m                 | 12,92                  | 42.934,46  | 0     |
| Porto Xavier              | 10.132         | 2,1 s/m                 | 21,59                  | 20.793,08  | 0     |
| Rolador                   | 2.332          | 3,2 s/m                 | 10,74                  | 71.327,05  | 0     |
| Roque Gonzales            | 6.698          | 2,3 s/m                 | 15,86                  | 64.744,41  | 0     |
| Salvador das Missões      | 2.953          | 2,7 s/m                 | 31,14                  | 65.277,41  | 0     |
| Santo Ângelo              | 79.130         | 2,3 s/m                 | 33,26                  | 41.012,36  | 6,42  |
| Santo Antônio das Missões | 10.493         | 2,2 s/m                 | 14,53                  | 67.869,46  | 0     |
| São Borja                 | 61.323         | 2,2 s/m                 | 22,67                  | 43.012,23  | 7,55  |
| São Luiz Gonzaga          | 35.858         | 2,2 s/m                 | 24,07                  | 57.474,25  | 23,97 |
| São Miguel das Missões    | 7.196          | 2,3 s/m                 | 19,57                  | 112.835,10 | 0     |
| São Nicolau               | 5.248          | 2,0 s/m                 | 11,68                  | 44.254,79  | 0     |
| São Pedro do Butiá        | 3.139          | 2,4 s/m                 | 26,51                  | 54.801,17  | 0     |
| Sete de Setembro          | 1.884          | 2,9 s/m                 | 16,01                  | 54.712,96  | 0     |
| Ubiretama                 | 2.028          | 2,8 s/m                 | 13,34                  | 56.727,23  | 0     |
| Vitória das Missões       | 3.318          | 2,2 s/m                 | 12,55                  | 52.269,64  | 30,3  |
| <b>TOTAL</b>              | <b>282.871</b> |                         |                        |            |       |

Fonte: Elaborado pela autora

\*Referência é o salário-mínimo nacional

\*\*Óbitos por mil nascidos vivos

Os dados acima foram extraídos do Painel IBGE Cidades<sup>12</sup>. Deixou-se de referir no quadro o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), porque os dados do IBGE apresentavam indicadores do ano de 2010, lapso temporal considerável, o que fez com que a pesquisadora optasse pela desconsideração.

<sup>12</sup> Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 31/10/2024.

No que tange aos indicadores específicos da área da saúde, foi considerado apenas o da mortalidade infantil, por referir-se a dados que condiz diretamente com a qualidade de vida e assistência materno-infantil, influenciando nos dados atinentes a população do território, desprezando-se o indicador relacionado com as internações por diarreia, por não haver relevância específica neste estudo, e indicador que mede o quantitativo de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, por considerarem os dados de 2009, ou seja, possivelmente não prevalentes na atualidade, pelo decurso do tempo.

Neste contexto, preferiu-se observar o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico - IDESE para contextualizar o grau de desenvolvimento socioeconômico, sob as perspectivas de educação, renda e saúde dos municípios envolvidos na pesquisa.

O IDESE 2021 tem por intuito medir o grau de desenvolvimento dos municípios do Rio Grande do Sul e se concretiza a partir de indicadores que variam de zero a um. Para o resultado estabeleceram-se cortes classificando o desenvolvimento em alto (acima de 0,800), médio (entre 0,500 e 0,799) e baixo (menor de 0,499). Abaixo a tabela relacionando os municípios da região estudada, por ordem de posição no ranking estadual.

**Quadro 2 - Características do Território a partir do IDESE**

| Município              | IDESE | Posição no Ranking Estadual |
|------------------------|-------|-----------------------------|
| Eugênio de Castro      | 0.803 | 103                         |
| São Pedro do Butiá     | 0.792 | 146                         |
| Salvador das Missões   | 0.789 | 155                         |
| Rolador                | 0.789 | 156                         |
| Bossoroca              | 0.785 | 174                         |
| Ubiretama              | 0.778 | 200                         |
| São Miguel das Missões | 0.770 | 231                         |
| Caibaté                | 0.760 | 262                         |
| Cerro Largo            | 0.759 | 264                         |
| Roque Gonzales         | 0.759 | 265                         |
| Entre- Ijuís           | 0.756 | 281                         |
| Vitória das Missões    | 0.755 | 285                         |
| Santo Ângelo           | 0.750 | 301                         |
| São Luiz Gonzaga       | 0.749 | 304                         |
| Garruchos              | 0.743 | 317                         |

|                           |       |     |
|---------------------------|-------|-----|
| Santo Antônio das Missões | 0.743 | 320 |
| Sete de Setembro          | 0.741 | 324 |
| Mato Queimado             | 0.740 | 333 |
| São Borja                 | 0.739 | 334 |
| Pirapó                    | 0.738 | 339 |
| Guarani das Missões       | 0.712 | 404 |
| São Nicolau               | 0.711 | 406 |
| Dezesseis de Novembro     | 0.701 | 427 |
| Porto Xavier              | 0.695 | 436 |

Fonte: Elaborado pela autora a partir do IDESE 2021

Destes dados pode-se extrair que a região estudada é composta por municípios cujas características populacionais, de renda e ocupação bastante semelhantes. Existe uma variação no critério populacional em relação aos municípios de Santo Ângelo, São Borja e São Luiz Gonzaga, aumentando consideravelmente o número estimado de habitantes em relação ao demais, mas as demais características se assemelham.

Sobre o IDESE o que se verificou foi que, à exceção do Município de Eugênio de Castro, que está enquadrado como alto desenvolvimento socioeconômico, todos os demais estão classificados como médio desenvolvimento socioeconômico, embora haja significativa oscilação de posições no ranking estadual.

Tais dados corroboram os ensinamentos de que a divisão do território por regiões acaba por agregar municípios com atributos similares, o que viabiliza o planejamento para um desenvolvimento uniforme e adequado as necessidades da população.

Os dados acima não pretendem esgotar o estudo sobre o território ou suas modalidades de organização, servindo apenas para demonstrar e auxiliar na compreensão do contexto da pesquisa. Em suma se extrai que o estudo se baseia em municípios de pequeno porte, com baixo percentual da população considerada como ocupada, cuja renda média dos trabalhadores formais é em torno de 2,5 salários-mínimos e com boas taxas de sobrevivência infantil, com exceção de 2 ou 3 municípios.

Assim como nos critérios geográficos e sociais, as políticas públicas também se podem se valer da regionalização para fins de articulação e gestão e isso ocorre SUS. As políticas públicas são fatores de relevância quando a discussão é o desenvolvimento de uma região ou território, a partir delas se garante a qualidade de vida e o bem-estar social e, da mesma maneira como se formam as regiões territoriais, também se estruturam as regiões de saúde.

No âmbito da saúde a regionalização é critério organizacional, conforme se denota do Artigo 8, da Lei 8.080/1990:

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (Brasil, 1990).

Ou seja, a própria legislação pátria recomenda uma organização regionalizada das ações e serviços de saúde, a qual prevê uma rede hierarquizada, na qual o Ministério da Saúde protagoniza como gestor federal, competente pela coordenação da política pública, descentralizando para as Secretarias Estaduais de Saúde a capacidade de regulamentação dos programas de saúde a nível estadual e a rede de apoio aos Municípios (Brasil, 1990).

A hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é organizada em diferentes níveis de atenção, que incluem a atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária é a porta de entrada do SUS, focando na prevenção, promoção da saúde e tratamento de doenças comuns, cuja responsabilidade é municipal e tem como principal órgão executor as unidades básicas de saúde. A atenção secundária refere-se a serviços de média complexidade, incluindo consultas especializadas e exames, como ocorre nos ambulatórios e hospitais gerais, geralmente, titularizada pelos estados federados. Já a atenção terciária envolve serviços de alta complexidade, como internações e procedimentos especializados, como ocorre nos centros especializados de atendimento, a exemplo das unidades de tratamento intensivo – UTIs, a competência para a organização e custeio é federal (Brasil, 1990).

Essa hierarquização permite uma melhor coordenação e continuidade do cuidado, garantindo que os serviços de saúde sejam oferecidos de forma adequada à necessidade dos pacientes, contudo a hierarquização não pode ser vista como uma fragmentação do sistema de saúde, que foi concebido para ser único, constituindo linhas de cuidado, que se desenvolvem em todos os níveis de complexidade.

A lei prevê uma ênfase na descentralização dos serviços de saúde para os municípios, buscando aproximação dos serviços aos indivíduos. "A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é responsável pelo planejamento, organização, controle, avaliação e execução das ações e serviços de saúde à nível de município" (Souza, 2019, p. 115).

A regionalização do SUS visa organizar e distribuir os serviços de saúde no Brasil, buscando o atendimento de maneira mais eficiente e equitativa entre as diferentes regiões do país. O processo envolve a divisão do território em regiões de saúde, considerando aspectos como a demanda populacional, a oferta de serviços e as características socioeconômicas e geográficas (Souza, 2019).

O Brasil é dividido em regiões, cada uma compreende uma gama de especificidades, complexidades e vulnerabilidades, as quais exigem estratégias condizentes com a sua realidade e necessidade, nesse mesmo sentido encontram-se as palavras de Luciana Dias de Lima, a qual descreve:

Os condicionantes da regionalização estão associados a quatro eixos de determinação fortemente inter-relacionados que incidem sobre o modo como esse processo se expressa na saúde: (1) a desigualdade e a diversidade territorial do país; (2) a abrangência e as distintas lógicas territoriais observadas na atuação do Estado e na organização da atenção à saúde; (3) a multiplicidade de atores que exercem funções de financiamento, gestão e prestação de ações e serviços em âmbito regional; (4) as múltiplas escalas regionais configuradas pela distribuição da oferta, uso de serviços, atuação e acordo político dos atores regionais (Lima, 2015, p. 08).

A autora conduz o leitor para uma reflexão acerca das dicotomias apresentadas no país, a questão da desigualdade e da diversidade territorial é fortemente visualizada e precisa ser levada em consideração quando o assunto é a organização do SUS, mas além disso, outros fatores são igualmente preponderantes, como a multiplicidade dos atores envolvidos e a capacidade instalada de serviços em cada local (Lima, 2015).

Nesse sentido, a regionalização da saúde busca promover o acesso e a melhoria na qualidade dos atendimentos, personalizando a atuação de acordo com as necessidades da população local, otimizando o uso dos recursos no território (Lima, 2015).

A partir desses entendimentos denota-se que a regionalização é fator de organização da política pública de saúde (SUS). Considerando-se que as políticas públicas são elementos de estruturação da sociedade impactando diretamente na qualidade de vida dos indivíduos tem-se que se consideram relevantes ao desenvolvimento regional.

#### 4.2 GESTÃO TERRITORIAL DO SUS PELA GOVERNANÇA PARTICIPATIVA

Esta seção busca relacionar o estudo da gestão territorial do SUS com a governança participativa, ou seja, ele objetiva tecer considerações daquilo que foi abordado anteriormente, inter-relacionando os conhecimentos, visando fornecer ao leitor uma visão sistematizada da realidade da gestão da política pública de saúde e conduzir para a análise dos dados coletados nessa pesquisa, que trazem a realidade da governança participativa na 11ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, a partir da subjetividade dos Secretários de Saúde, que serão abordados no próximo capítulo da pesquisa.

A Lei 8.142/1990 (Brasil, 1990), quando dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) incrementou a necessidade de uma governança participativa. Dito isso primeiramente discute-se o que é governança.

O termo governança permite mais de uma acepção. De um lado estão os autores que defendem que governança se refere a termos puramente empresariais ou corporativistas. De outro, encontram-se os que inserem a governança como sinônimo de governo democrático, compartilhado, englobando atores sociais, instituições, estado e empresas (Dallabrida *et al*, 2016).

Ou seja, utiliza-se o termo governança na seara empresarial, individual ou privada, mas para o objeto deste estudo o que interesse é a acepção da governança no sentido de governo democrático, aquele que admite o compartilhamento, a cooperação na gestão da coisa pública. Nesta concepção a utilização da expressão governança agregada da expressão participativa, formando o termo governança participativa, seria uma redundância, afinal, o termo governança já estaria imbuído pela democracia e pelo compartilhamento da gestão, sendo desnecessário o uso da expressão “participativa”.

Outros ainda defendem ser mais adequado o uso da expressão “gestão social”, para o mesmo propósito, que é da participação cidadã nas instâncias decisórias acerca da coisa pública, assumindo e validando a condução das políticas públicas, após deliberação pautada nos interesses de certa comunidade (Fernandez, 2021).

Para o melhor desempenho de práticas cidadãs e participação democrática Dallabrida *et al* (2016) utiliza a expressão “laços de identidade territorial” como pressuposto para a gestão territorial. Nas palavras do próprio autor:

Utiliza-se o conceito governança territorial, expresso em Dallabrida (2011), para referir-se ao conjunto de iniciativas ou ações que expressam a capacidade que uma sociedade organizada territorialmente possui para gerir os assuntos públicos a partir do envolvimento conjunto e cooperativo dos atores sociais, econômicos e institucionais, incluindo o Estado nas suas diferentes instâncias (Dallabrida *et al*, 2016, p. 44).

É a partir desse conceito, considerando-se a acepção democrática, que se denota um protagonismo da cidadania. A estruturação do SUS em um sistema regionalizado está de acordo com o modelo de gestão territorial pela governança participativa, quando cria redes de atendimentos e serviços a partir da realidade regional, levando em consideração as principais demandas da população, a capacidade instalada para atendimento e os fatores econômicos, sociais, sanitários, culturais e epidemiológicos.

A governança participativa corrobora para a formação das redes regionalizadas quando discute alternativas para as demandas sociais do território e isso tudo vai ao encontro do que preconiza a legislação do SUS. Existem diversas formas de se implementar a participação social para a gestão territorial do SUS, mas esta pesquisa se propõe a avaliar as contribuições da Ouvidoria do SUS para que isso ocorra.

Diante disso, como esse estudo se objetiva a compreender a prática da governança participativa, através da Ouvidoria do SUS, na gestão da política pública de saúde, limitando-se ao recorte metodológico proposto que é o entendimento dos gestores municipais de saúde atuantes na 11ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, o próximo capítulo destina-se a análise dos dados coletados.

## **5 PARTICIPAÇÃO SOCIAL ATRAVÉS DA OUVIDORIA DO SUS - ANÁLISE A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE**

Esta pesquisa objetivou analisar se os gestores municipais de saúde, no âmbito de abrangência da 11ª Região de Saúde - Sete Povos das Missões, compreendem a utilização da Ouvidoria SUS como instrumento de participação social para elaboração, gestão, planejamento e execução das políticas públicas de saúde.

Para a consecução do objetivo geral, foram estabelecidos alguns objetivos específicos, quais sejam:

1. Constituir um arcabouço teórico de compreensão e sustentação do tema de pesquisa e da orientação analítica;
2. Contextualizar a situação dos Municípios em relação a Ouvidoria do SUS ou outra ouvidoria que acolha demandas relacionadas às políticas públicas de saúde.
3. Verificar se os gestores municipais de Saúde reconhecem a Ouvidoria do SUS como instrumento de participação social na gestão territorial do SUS, analisando e compreendendo as facilidades e dificuldades apontadas para o seu uso.
4. Identificar se os gestores municipais de saúde levam em consideração os critérios de governança participativa para a elaboração e execução das políticas públicas de saúde regional, bem como para a priorização dos recursos públicos destinados a saúde.

O objetivo específico descrito no primeiro item foi alcançado através de pesquisa bibliográfica e documental, trabalhado no referencial teórico descrito nos capítulos anteriores. Quanto ao objetivo descrito no segundo item, tem-se uma introdução teórica, apresentada no capítulo 3 e a realização de perguntas nas entrevistas realizadas. Já os objetivos descritos nos itens três e quatro foram analisados diretamente através das entrevistas realizadas.

Conforme delineado no capítulo introdutório, sobre a opção metodológica refere-se a uma pesquisa qualitativa, na qual foram observadas as etapas da Hermenêutica de Profundidade de Thompson (1995)

A abordagem qualitativa é utilizada quando se objetiva alcançar a perspectiva dos participantes, a subjetividade dos atores sociais em seu meio natural. Visa-se produzir dados, como uma forma de se compreender o mundo empírico (Sampieri; Colatto; Lucio, 2013).

Nesse contexto, optou-se pela abordagem qualitativa por entender ser adequada ao alcance dos objetivos da pesquisa, na medida em que se pretende-se analisar o papel das

Ouvidorias do SUS como instrumento de participação social no processo de planejamento e gestão das políticas públicas de saúde, através da percepção dos gestores municipais de saúde. Refere-se a um estudo fenomenológico, no qual busca-se a subjetividade dos atores sociais quanto a percepção da realidade, para posterior descrição e interpretação dos fatos e seu entrelaçamento com os estudos teóricos.

No que se refere a Hermenêutica de Profundidade, entende-se adequado discorrer sobre seus fundamentos e etapas, por se tratar da opção metodológica desta pesquisa. Assim, conceitua-se a Hermenêutica de Profundidade como a ferramenta teórica e metodológica que permite verificar os aspectos sócio-históricos e espaço-temporais acerca dos fenômenos estudados. Além disso tal modalidade destina-se a permitir a análise da ideologia como vertente social, incluindo um processo interpretativo complexo (Veronese; Guareschi 2006).

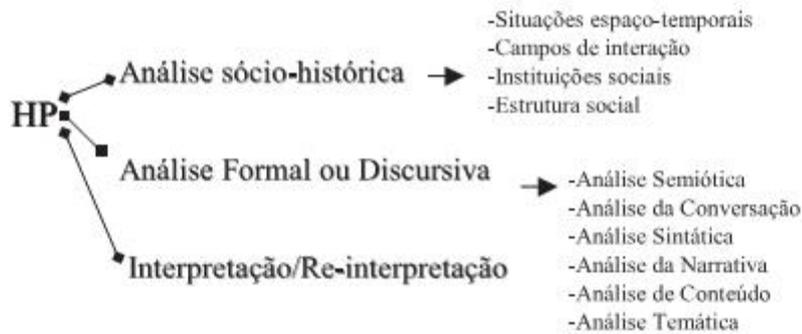
Foi o autor britânico John B. Thompson (1995) que a desenvolveu, com o nítido propósito de fomentar a interpretação como fator central para a compreensão do objeto de estudo. Influenciado por Habermas, representante da Hermenêutica Crítica, busca “conduzir ao diálogo, à crítica e autocrítica, à verdade possível, o que gera verdades provisórias” (Prediger; Scherer; Allebrandt, 2018, p. 3).

Importante referencial na pesquisa social, a Hermenêutica de Profundidade opera em uma perspectiva menos descritiva e mais interpretativa, analítica. Agregando fatores culturais e políticos dos fenômenos estudados, permitindo a validação de determinado argumento diante das várias interpretações possíveis. Além disso, pressupõe-se que os atores sociais envolvidos na pesquisa já façam algum tipo de interpretação da realidade vivenciada, ao passo que o cientista social fará uma espécie de reinterpretação (Prediger; Scherer; Allebrandt, 2018).

Thompson (1995) estabelece alguns passos para o desenvolvimento da pesquisa através da Hermenêutica de Profundidade, classificados como: Interpretação da Doxa ou Interpretação do Cotidiano, compreendida como ponto de partida, é a forma como os atores sociais compreendem a sua realidade, leva-se em consideração os fenômenos sociais pelo viés dos participantes, aquilo que interpretam de sua realidade, mesmo antes da chegada do pesquisador. Na sequência seguem outras três etapas, que não são necessariamente pré-definidas quanto a cronologia, podendo se ajustarem conforme o objeto da pesquisa. Sendo elas: análise sócio-histórica, análise formal ou discursiva e a interpretação/reinterpretação, conforme figura 1.

Figura 3 - Hermenêutica de Profundidade

## Hermenêutica da vida cotidiana → Interpretação da doxa



(Fonte: Prediger; Scherer; Allebrandt, 2018).

A análise sócio-histórica, como o próprio nome já diz, busca uma discussão acerca das situações no espaço e no tempo, abarcando o conjunto de regras que sustentam o contexto fático, naquilo que se chamou de interação simbólica, traduzindo uma análise para os campos da etnia, geopolítica, análise de classes e gêneros, dentre outros, e as relações produzidas em determinado ambiente (Veronese; Guareschi, 2006).

A análise formal ou discursiva é a etapa que se verifica a análise semiótica dos fatos, ou seja, agregam-se as falas dos participantes também seus gestos, expressões, ilustrações, bem como nuances do ambiente (Veronese; Guareschi 2006). Nesta etapa vislumbram-se os detalhes observados pelo pesquisador no momento das entrevistas, aquilo que extrapola ao sentido apenas literal do que foi dito, nesta proposta de pesquisa, enquadram-se as ideologias dos gestores, as vivências narradas e as implicações destas etc.

Nesta etapa diversas são as possibilidades de análise, como inclusive ficou demonstrado na figura 1. Para a consecução dos objetivos dessa pesquisa opta-se pela análise de conteúdo, a qual estabelece três procedimentos: descrição, categorização e inferência, que serão detalhados em título próprio a seguir, mas buscam em síntese produzir inferências lógicas dos resultados.

Por fim, na fase de interpretação/reinterpretação “procede-se por síntese, integrando o conteúdo das formas simbólica à análise do contexto de sua produção. Trata-se de uma explicação interpretativa, plausível e bem fundamentada – daí a necessidade de um referencial teórico consistente – do fenômeno investigado” (Veronese; Guareschi, 2006, p. 89). Em resumo, este é o momento em que o pesquisador reinterpreta aquilo que foi interpretado pelos atores sociais.

Na Hermenêutica de Profundidade de Thompson o pesquisador deve escolher um critério para a análise dos dados. Diante disso, a análise dos dados foi feita mediante análise de conteúdo das respostas apresentadas, de modo a produzir indicadores e elementos para a

compreensão, que levaram em consideração três procedimentos: descrição, categorização e inferência.

Para Bardin (1977, p. 38) "a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens". Ou seja, ocorre uma inferência lógica dos resultados, a partir dos dados coletados, a "análise de conteúdo trabalha a palavra, quer dizer, a prática da língua realizada por emissores identificáveis" (Bardin 1977, p. 43).

Desta feita, analisado, ainda que brevemente, o referencial teórico metodológico da Hermenêutica de Profundidade, justifica-se a sua aplicabilidade a esta pesquisa por se coadunar aos seus objetivos, que visam produzir dados interpretativos acerca do posicionamento da gestão municipal, utilizando, para isso, uma análise global dos aspectos envolvidos, como estruturação das instituições públicas (Ouvidorias Municipais do SUS), perfil da gestão e seu entendimento e posicionamento acerca da temática, além dos contextos históricos, sociais e ideológicos.

## 5.1 CRITÉRIOS ÉTICOS

A pesquisa respeitou as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam da pesquisa com seres humanos e pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, respectivamente, e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), obtendo a aprovação no dia 16/07/2024, podendo ser consultado sob o CAAE 80255724.9.0000.5564.

A pesquisa de campo foi iniciada apenas após a aprovação do CEP e todos os participantes foram informados dos termos, objetivos e demais critérios deste estudo, além disso foram informados sobre a não obrigatoriedade na participação. Sendo que três gestores optaram por não participar, não realizando/aceitando o agendamento da entrevista.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cujo teor foi aprovado pelo CEP, e consta no apêndice B, para a realização da pesquisa e foram informados sobre o formato de divulgação dos resultados.

## 5.2 OS SUJEITOS, A COLETA E A ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

Nesta seção descreve-se o processo de coleta dos dados, partindo do recorte territorial, a escolha dos sujeitos e os critérios adotados para a realização das entrevistas e análise dos

dados, especificando as categorias definidas, a partir dos fundamentos teóricos expostos nos capítulos anteriores.

### **5.2.1 O Universo, o *Locus* e os Sujeitos da Pesquisa**

A coleta dos dados se efetivou através de levantamento bibliográfico, documental e por entrevista semiestruturadas.

A análise bibliográfica e documental visou em suma a formação do arcabouço teórico de compreensão e sustentação do tema de pesquisa e da orientação analítica, especialmente relacionados com as temáticas da democracia, participação social, políticas públicas e gestão do território, além de contextualizar a situação dos municípios em relação a Ouvidoria do SUS. Para tanto, foram analisadas obras, teses e artigos científicos sobre os temas abordados nos capítulos precedentes.

Para compreender os objetivos, a pesquisa teve por *locus* as Secretarias de Saúde da 11ª Região de Saúde - Sete Povos das Missões, no estado do Rio Grande do Sul, ou seja, esta foi a área geográfica definida para o trabalho de pesquisa. Definiu-se por sujeitos entrevistados os Secretários de Saúde, por atuarem diretamente na gestão, implementação e execução das políticas públicas de saúde e, por instrumento, optou-se pelas entrevistas semiestruturadas, utilizando-se por base o roteiro descrito no apêndice A da pesquisa.

### **5.2.2 A Coleta dos Dados - Entrevistas**

Para o alcance dos objetivos específicos de verificação das percepções dos gestores municipais de saúde quanto à temática da governança participativa, através da Ouvidoria do SUS, a pesquisadora se propôs a realizar entrevistas com os Secretários de Saúde dos seguintes municípios: Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama e Vitória das Missões. A escolha destes municípios ocorreu por pertencerem a 11ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, ou seja, compõem uma mesma região de saúde.

Em três dos vinte e quatro municípios selecionados, São Borja, São Nicolau e Santo Antônio das Missões, as tentativas para agendamento de entrevistas não obtiveram sucesso, razão pela qual foram desconsiderados, totalizando, desta feita, a realização de 21 entrevistas, no período compreendido entre agosto e outubro de 2024.

As entrevistas abarcaram questões relacionadas ao perfil dos gestores, incluindo o grau de instrução, o tempo no desempenho da atividade de Secretário de Saúde e a vinculação político-partidária. Na sequência foram realizadas perguntas acerca das principais atividades desempenhadas na função de Secretário de Saúde, incluindo a rotina de trabalho. Após, os questionamentos relacionaram-se com a tomada de decisão na condução das políticas públicas de saúde e a participação social. Então foram realizados questionamentos envolvendo as ouvidorias e a Ouvidorias do SUS, para, ao final, serem perguntados de forma direta se compreendem a Ouvidoria do SUS como instrumento de participação social.

Observa-se que se encontra no apêndice A desta dissertação o roteiro utilizado para a aplicação das entrevistas. Tal mecanismo serviu para nortear os questionamentos, sendo adaptado ao contexto de cada entrevista.

### **5.2.3 A Análise dos Dados**

Em relação à análise dos dados foi estabelecido o seguinte procedimento metodológico: primeiramente fez-se a transcrição literal das falas, leitura e releitura da transcrição, análise e interpretação das respostas ofertadas com associação à matriz teórica produzida, para, ao final, realizar a interpretação e reinterpretação dos resultados, com a elaboração do texto final.

A leitura e releitura de cada entrevista consistiu na audição das entrevistas gravadas, quantas vezes foram necessárias, com a intenção de captar o contexto de cada fala, analisando-as dentro da entrevista em sua globalidade.

A organização da interpretação partiu da categorização dos temas abordados, para a elaboração de um texto lógico, que analisa não só a resposta referente ao tópico específico, mas o contexto geral no qual está inserida a atividade de gestão das políticas públicas de saúde, conforme demonstra-se a seguir.

#### **5.2.3.1 Categorias de Análise**

A codificação é o processo de atribuir categorias às unidades de análise. Existem algumas formas de se definir as categorias, visto que elas podem ser a partir dos objetivos da pesquisa, da construção teórica, realizada com base na revisão da literatura ou podem surgir a partir dos dados (Bardin, 1977).

Portanto, as respostas foram agrupadas, categorizadas, para possibilitar a verificação de convergências e divergências, algumas transcritas fielmente, conferindo, desta feita, a maior verossimilhança possível, resguardado o processo de anonimização dos informantes, que serão apresentados como entrevistado 01, entrevistado 02, entrevistado 03 e assim sucessivamente

Neste estudo as categorias visam facilitar a identificação dos objetivos da pesquisa e relacionam-se com os dados coletados. Foram estabelecidas cinco categorias para análise: perfil do gestor; atividades desempenhadas; tomada de decisão; ouvidoria do SUS; participação social.

**Quadro 3 Categorias de Análise**

| <b>Categoria de análise</b>        | <b>Objetivos</b>                                                                             |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Categoria perfil do gestor         | Descreve o entrevistado                                                                      |
| Categoria atividades desempenhadas | Descreve as atividades narradas                                                              |
| Categoria tomada de decisão        | Percepção do gestor sobre a tomada de decisão e canais de acolhimento da participação social |
| Categoria ouvidoria do SUS         | Percepção do gestor sobre a ouvidoria do SUS                                                 |
| Categoria participação social      | Percepção do gestor sobre a participação social e o uso da ouvidoria do SUS                  |

Fonte: Elaborado pela autora

Cada categoria se relaciona com um bloco de perguntas realizadas na entrevista. A categoria perfil do gestor visa analisar de forma sucinta quem são os sujeitos da pesquisa, mas principalmente quem são os responsáveis pela gestão das políticas públicas de saúde na região das missões, abarcando critérios de análise como formação ou grau de instrução, tempo de atuação na função de Secretário de Saúde, quantidade de vezes que exerceu o cargo e concepção ideológica a partir da vinculação político partidária.

A categoria nominada de atividades desempenhadas busca compreender a globalidade da atuação dos gestores, entender o cotidiano e a realidade apresentada por eles, realizando uma interpretação que não se limita a questões pontuais, mas insere as temáticas estudadas em um contexto mais abrangente.

A categoria tomada de decisão relaciona-se com a percepção do gestor quanto a participação da comunidade na tomada de decisão e como eles reagem a isso, buscando também descrever os principais canais de participação social citados pelos entrevistados.

Na categoria Ouvidoria do SUS contextualiza-se a situação das ouvidorias na região estudada e, a partir disso, analisa-se a percepção dos gestores quanto a aplicabilidade da ouvidoria como ferramenta para a elaboração das políticas públicas de saúde.

Por último, na categoria participação social, busca-se compreender a percepção dos gestores sobre o conceito de participação social e o uso da ouvidoria do SUS como instrumento para a participação social.

Para sintetizar, apresenta-se o quadro a seguir que relaciona as categorias de análise aos critérios de análise.

**Quadro 4 Categoria de Análise e Critério de Análise**

| <b>Categoria de análise</b>        | <b>Critérios de análise</b>                                                                                                                          |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Categoria perfil do gestor         | 1 – Grau de instrução<br>2 – Tempo na atividade<br>3 – Vinculação político partidária                                                                |
| Categoria atividades desempenhadas | 1 - Atividades arroladas nas entrevistas                                                                                                             |
| Categoria tomada de decisão        | 1 – Oitiva da comunidade local para a tomada de decisão<br>2 – Canais de acesso                                                                      |
| Categoria ouvidoria do SUS         | 1- Existência ou não<br>2 - Atuação do gestor na ouvidoria<br>3 - Percepção do gestor sobre a ouvidoria                                              |
| Categoria participação social      | 1- Percepção do gestor sobre o conceito de participação social<br>2 - Percepção do gestor sobre o uso da ouvidoria do SUS para a participação social |

Fonte: Elaborado pela autora

Apresentada a organização para a análise dos dados, segue-se para interpretação dos resultados.

#### **5.2.4 Percepção dos Gestores**

Os resultados da pesquisa científica variam de acordo com o enfoque quantitativo ou qualitativo e o foco da investigação, podendo ser apresentados em diversos formatos, incluindo as narrativas ou descrições, a categorização cronológica ou por temas, a apresentação dos relatórios, gráficos e estatísticas, entre outros. (Sampieri; Colatto; Lucio, 2013).

Neste estudo, realizado com abordagem qualitativa, optou-se pela apresentação no formato de tópicos correspondentes as categorias de análise.

##### **5.2.4.1 Perfil do Gestor**

Considerando o procedimento metodológico escolhido, Hermenêutica de Profundidade de Thompson (1995), descrito no capítulo introdutório, entende-se por oportuna a compreensão e descrição do perfil dos Secretários de Saúde, sujeitos das entrevistas, uma vez que eles são elementos estruturantes da pesquisa e tentar identificá-los, com análise de alguns fatores e características aumenta o espectro do estudo, contextualizando a realidade apresentada.

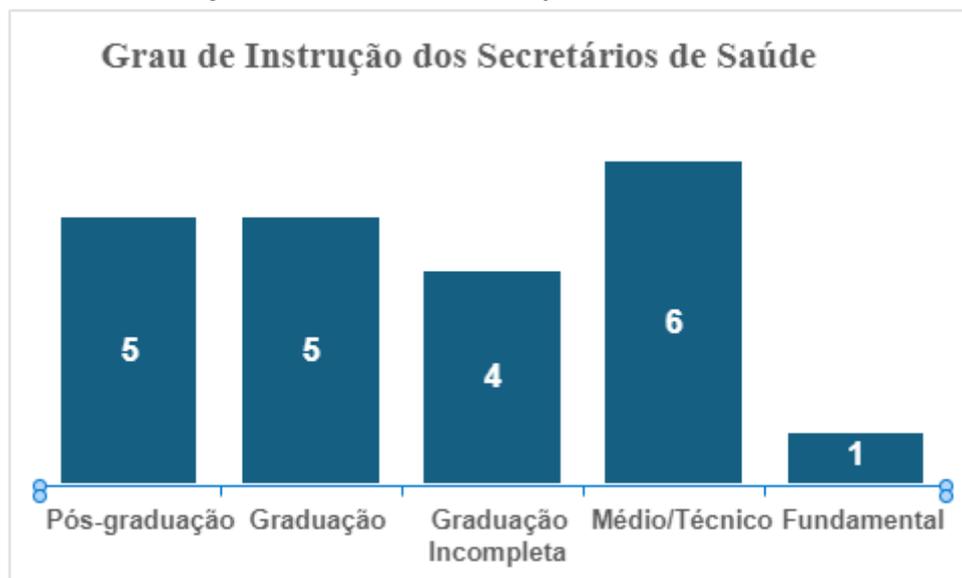
Por questões éticas não se pretende analisar questões relacionadas a vida íntima ou pessoal dos entrevistados, mas apenas conhecer um pouco do perfil profissional e ideológico,

aquilo que se relaciona com a atividade desempenhada e com a concepção sobre os temas abordados neste estudo.

Diante disso os entrevistados foram questionados sobre a sua formação acadêmica, sobre o tempo de atuação na função de Secretário de Saúde, a quantidade de vezes que exerceram o cargo e sua vinculação político partidária.

Acerca a sua formação ou grau de instrução e as respostas fornecidas foram que seis entrevistados possuem pós-graduação a nível de especialização, cinco entrevistados possuem graduação, quatro entrevistados estão cursando a graduação, seis entrevistados possuem nível médio ou técnico e um entrevistado possui nível fundamental. Abaixo, o gráfico desenvolvido para a demonstração visual do critério de análise adotado, facilitando a interpretação dos dados coletados, uma vez que se trata de critérios objetivos, representados por números inteiros.

Figura 4 - Gráfico Grau de Instrução dos Secretários de Saúde



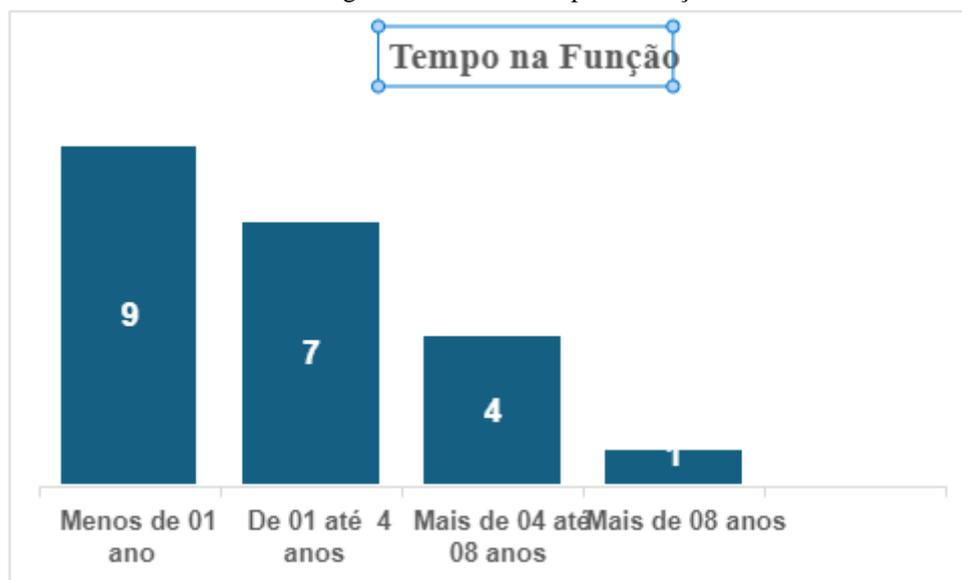
Fonte: Elaborado pela autora

A partir das repostas ofertadas, percebeu-se que dez entrevistados possuem formação em nível superior. Dos entrevistados que informaram ter realizado ou estar realizando a graduação, quatro foram na área da saúde, quatro na área da administração e um em direito. Dos que informaram ter pós-graduação, em nível de especialização, foram citadas as seguintes áreas: gestão pública, economia e gestão cooperativa, saúde pública e residência médica. Dos que informaram ter nível médio ou técnico, dois informaram ser técnicos em enfermagem e um em contabilidade. Diante disso, percebe-se uma prevalência dos profissionais da área da saúde e da área administrativa ou de gestão.

Quanto ao tempo de exercício na função, para tornar o critério mais objetivo, as respostas foram separadas em 04 categorias: até um ano, de um ano a quatro anos, mais de quatro a oito anos e acima de oito anos. Foram escolhidos esses limites por se aproximarem ao período dos mandatos eleitorais, visto que o cargo de secretário de saúde é considerado cargo político, de livre nomeação e exoneração pelo prefeito municipal, logo, há uma expectativa, pelo menos no campo teórico, de haver semelhança. Assim, com este indicador visa-se analisar como se apresentam esses dados na região. As respostas apresentadas foram:

Nove entrevistados responderam que estão no cargo há menos de 01 ano. Sete entrevistados responderam que estão no cargo há mais de 01 ano e até 04 anos. Quatro responderam que estão no cargo há mais de 04 anos e menos de 08 anos. Um entrevistado referiu estar há mais de 08 anos na atividade de Secretário de Saúde. Abaixo um gráfico que demonstra a análise dos dados relacionados ao critério adotado.

Figura 5 - Gráfico Tempo na Função



Fonte: Elaborado pela autora

Pelas respostas fornecidas verifica-se que a maioria dos Secretários de Saúde foi empossado no último ano ou durante o atual mandato político. Sendo quatro oriundos da gestão anterior e apenas um permanecendo no cargo por mais de dois mandatos eleitorais. Por se referir a cargo político, os indicadores produzidos condizem com sistema eleitoral vigente.

Outra interpretação possível, após a análise destes dados, é de que houve um número expressivo de entrevistados nomeados para o cargo neste ano, ano em que se realizam eleições municipais. Disso percebe-se um aumento significativo das substituições dos cargos de confiança em período antecedente ao pleito eleitoral, o que pode sugerir que os titulares da pasta da saúde se afastam das atividades para concorrer aos cargos de prefeito e vereador, mas isso

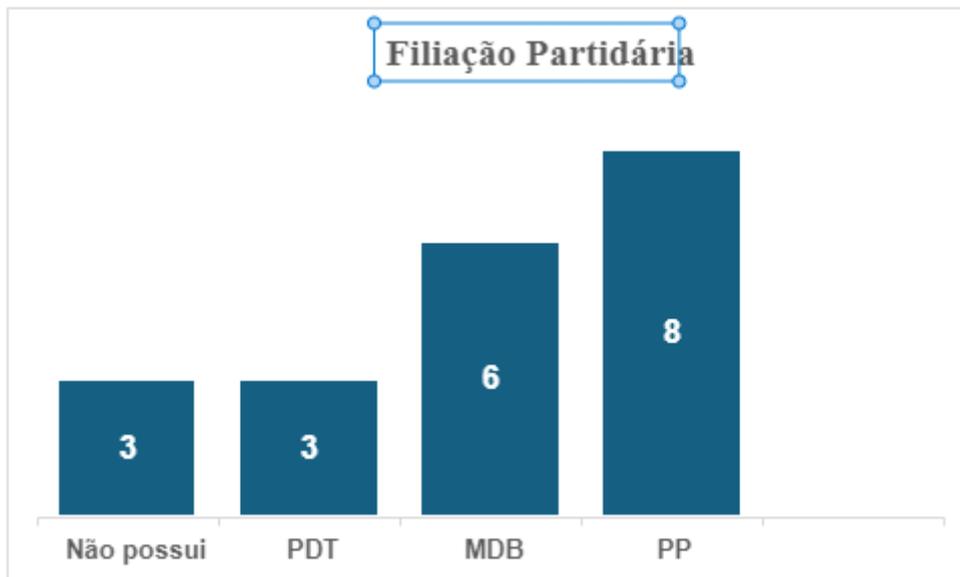
não foi objeto específico de questionamento, se tratando apenas de percepção da pesquisadora, que pode ser estudada com mais afinco em outro momento.

Além disso, dezesseis entrevistados informaram ser a primeira vez que exercem a função de Secretário de Saúde no município. Dos cinco que referiram já ter exercido o cargo em outros momentos, três descrevem como substituição de férias de antigos secretários. Esse indicador demonstra que a maioria dos entrevistados está atuando na função pela primeira vez.

Em continuidade, ainda objetivando a construção do perfil dos Secretários de Saúde atuantes na 11ª Região de Saúde, foi realizado o seguinte questionamento: Possui filiação partidária? Qual o partido?

As repostas fornecidas foram: três entrevistados não possuem filiação partidária, três entrevistados são filiados junto ao Partido Democrático Trabalhista (PDT), seis entrevistados possuem filiação junto ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e oito junto ao Partido Progressistas (PP).

Figura 6 - Filiação Partidária



Fonte: Elaborado pela autora

O gráfico acima representa as respostas fornecidas para o quesito. Após análise verifica-se que 14 dos 21 entrevistados demonstram um perfil ideológico voltado para os partidos de centro e de direita.

A classificação dos partidos políticos em direita e esquerda sofre alterações com o passar do tempo e a alteração da sociedade. Os partidos classificados como de direita enfatizam os valores relacionados a liberdade, enquanto os partidos identificados como sendo de esquerda dão ênfase para os valores relacionados a igualdade. Veja que se trata de uma prevalência de

ideias e formação de propostas de governo e não uma negação total aos demais valores (Rotta et al., 2021).

Existe divergência entre os cientistas políticos acerca da definição de cada partido quanto aos critérios de classificação. Nesse sentido:

No Brasil pode-se afirmar que há consenso, entre os cientistas políticos, em torno da classificação dos partidos políticos no espectro esquerda-direita como recurso teórico-conceitual para a análise dos sistemas político e eleitoral. Há algumas divergências, contudo, sobre os critérios de classificação de alocação de cada partido dentro do espectro. (Rotta et al., 2021, p. 102)

Contudo, mesmo havendo divergências quanto a classificação, verificou-se que alguns partidos passaram a se identificar como partidos de centro, sob a alegação de adoção de posições intermediárias entre esquerda e direita. Uma forma de classificação dos partidos políticos é criada por Krause, Machado e Miguel (2017), na qual definiu da seguinte forma: PDT, PT, PSB e PPS como partidos de esquerda; PMDB/MDB e PSDB como partidos de centro, e PP, PTB, PFL/DEM, PL e PSC como partidos de direita.

Com base nesses estudos pode-se afirmar que 06 entrevistados se vinculam a partido classificado como sendo de centro e 08 a partido classificado como sendo de direita.

Portanto, visando compreender o perfil dos secretários de saúde atuantes na 11ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, a partir da categorização acima descrita, extraem-se conclusões no sentido de que a maioria dos entrevistados que possui formação acadêmica ou está cursando nível superior de ensino é na área da saúde ou da administração. A maior parte dos gestores está há pouco tempo no cargo, exercendo pela primeira vez a função e se vinculando a partidos classificados em termos de ideologia partidária como sendo de direita ou de centro.

#### 5.2.4.2 Atividades Desempenhadas

Através dessa categoria de análise objetivou-se compreender o cotidiano dos Secretários Municipais de Saúde da região estudada, possibilitando o leitor se inserir na rotina, no contexto fático e global do território estudado.

Em pergunta aberta foi questionado aos entrevistados quais atribuições eram realizadas por eles, para que respondessem livremente. Foi esclarecido que seria importante citar aquilo que era realizado com habitualidade, cotidianamente.

As respostas mais frequentes foram: atendimento ao público, expressão que apareceu dez vezes; agendamento de exames, consultas e procedimentos, que foi citado por oito entrevistados; autorização para compras e utilização de recursos públicos, que apareceu em seis

entrevistas; trabalho de organização e gestão da equipe, que apareceu em cinco falas; visita a unidades de saúde e interior do município, que apareceu em quatro entrevistas; e, de forma mais eventual, aparecendo em uma ou duas entrevistas, verificou-se o uso das expressões reuniões, transporte de pacientes, assinatura de documentos e verificação acerca daquilo que se propõe.

Uma demonstração visual das atividades mais referenciadas pode ser vista na Figura 7.

Figura 7 – Atividades Desempenhadas



Fonte: Elaborado pela autora

Diante a subjetividade desse questionamento, que serve para descrição do cotidiano, do cenário e contexto da pesquisa, levando o leitor a compreensão da realidade regional, sem o intuito de formular juízos de valor ou críticas, mas apenas de se interpretar o contexto e o universo da pesquisa, entende-se adequado a transcrição literal de alguns trechos das entrevistas, corroborando a apresentação dos dados acima.

Para exemplificar extraem-se trechos da fala do entrevistado 14: “se está sendo executado aquilo que se propõe na secretaria de saúde, que é um bom atendimento ao público”, neste mesmo contexto foi utilizada a avaliação de critérios de risco dos pacientes para que sejam ofertados atendimentos “sem penalizar nenhum cidadão por falta de atendimento”.

O entrevistado 03 respondeu: “A gestão dos recursos, das demandas das pessoas na secretaria, emitindo orientações, tais como: ajuda nas rotinas dos ESF’s, das academias de saúde e transporte dos pacientes”. No mesmo contexto, o entrevistado 04 citou: “atendimento direto ao usuário, reuniões, atender as normativas do SUS e acompanhamento de todas as atividades da secretaria”. O entrevistado 05 respondeu: “tento criar condições para o desempenho de políticas públicas que visam a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à

população. Propondo o planejamento, regulando incentivos e a política de gestão dos profissionais de saúde”.

O entrevistado 16 respondeu: “como estamos com pouco pessoal continuo fazendo a regulação, no GERCON13, função que eu fazia antes de assumir como secretária, daí mais as coisas da gestão, atendimento ao público, parte dos recursos e orçamentos, de tudo um pouco”

Diante dos dados coletados e dos exemplos transcritos, denota-se que a rotina de trabalho dos Secretários de Saúde está mais relacionada a resolução de problemas e a busca por soluções para demandas dos pacientes e dos profissionais que atuam na pasta, situações que vão surgindo ao longo dos dias. Se verifica que as atividades de planejamento, construção de medidas a longo prazo ou construção de planos de ação quase não foi referida.

Diante do exposto, verifica-se que os Secretários de Saúde arrolam listas de atividades cotidianas baseadas nos problemas diários. Percebe-se que muitos parecem estar sobrecarregados tentando acompanhar a rotina de todos os segmentos de uma secretaria de saúde, o que inclui, gestão de pessoal, unidades de atendimento, agendamentos de consultas, exames, fornecimento de medicamentos, etc., mas que não foram citadas atividades de projeção, construção de planos de trabalho, mapeamento de redes ou outras formas de organização dos fluxos de trabalho ou das políticas públicas de saúde. Houve citação expressa para a autorização de compras e utilização de recursos, mas em nenhum momento foi falado em programação financeira de longo prazo ou lei orçamentária.

Fica consignado que isso não quer dizer que não realizem tais atividades, mas sim que estas não apareceram nas falas dos entrevistados como atividades rotineiras, cotidianas, as quais foram objeto do questionamento.

#### 5.2.4.3 Tomada de Decisão

A tomada de decisão por parte do gestor foi eleita como categoria de análise dos dados visando compreender especificamente se os entrevistados costumam ouvir a comunidade local para tomar decisões e de que forma isso acontece. Para atender tais objetivos foram realizadas as seguintes perguntas: Costuma ouvir a comunidade para tomar decisões relacionadas às políticas públicas de saúde? Se sim, de que forma isso acontece? Como a manifestação chega ao gestor?

---

<sup>13</sup> GERCON é o sistema oficial de regulação no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, conforme resolução nº 241/2022 - CIB/RS. Disponível em: <https://www.diariooficial.rs.gov.br/materia?id=758741>. Acesso em 31/10/2024.

A primeira pergunta ocasionou respostas diretas e praticamente todos os entrevistados informaram que “sim”, que costumam ouvir a comunidade para a tomada de decisões, apenas dois entrevistados, o 08 e o 15, utilizaram a expressão “a comunidade diretamente não”, mas na sequência o entrevistado 08 afirmou: “eu ouço o conselho de saúde e as deliberações das audiências públicas que costumam acontecer uma vez por ano”. O entrevistado 15, por sua vez, disse: “diretamente não, mas tem os agentes comunitários de saúde e o prefeito que visita muito as comunidades e nos passa o que estão precisando”; na sequência falou que o conselho de saúde é um aliado no papel de interlocutor com a comunidade.

As outras duas perguntas, relacionadas aos canais de comunicação da comunidade com a gestão, permitiam respostas subjetivas, tratando-se de perguntas abertas. Algumas expressões foram mais utilizadas nas respostas, a exemplo do conselho municipal de saúde, citado em doze entrevistas, reuniões ou audiências públicas em seis entrevistas e através dos agentes comunitários de saúde, que apareceram em três entrevistas. Contudo, praticamente todos os entrevistados focaram as respostas no atendimento direto ao usuário do sistema SUS pelo gestor.

Para comprovar os dados acima, transcreve-se alguns trechos das entrevistas: o entrevistado 04 referiu “reuniões e as audiências públicas, quando há participação da comunidade, geralmente isso ocorre na apresentação do relatório de gestão”; o entrevistado 09 respondeu: “através do conselho de saúde, que é uma relação muito proveitosa, que tem a parte da comunidade que vem até os conselhos, as reuniões e que conseguem ouvir. Que como é um município pequeno tem muito essa parte do convívio, que conseguem ouvir, nem tudo a gente consegue atender, mas a gente tenta atender”, esse mesmo entrevistado referiu se reunir uma vez por mês com o Conselho Municipal de Saúde.

O entrevistado 10 pautou sua resposta basicamente no atendimento direto ao usuário do SUS, usando a expressão “eu gosto de interagir diretamente com o povo”, afirmou ter o Conselho de Saúde e participar das reuniões, mas que prefere ouvir as demandas e sugestões diretamente das pessoas, conversar com os que procuram a secretaria de saúde. No mesmo sentido foi a resposta do entrevistado 13: “[...] mas o que mais a gente trabalha são as demandas que surgem durante o dia, com a população mesmo, que eles vêm procurar”. O entrevistado 12 mencionou: “Como a cidade é pequena, as pessoas chegam direto na secretaria, tem o conselho de saúde, mas as pessoas preferem vir direto aqui.”

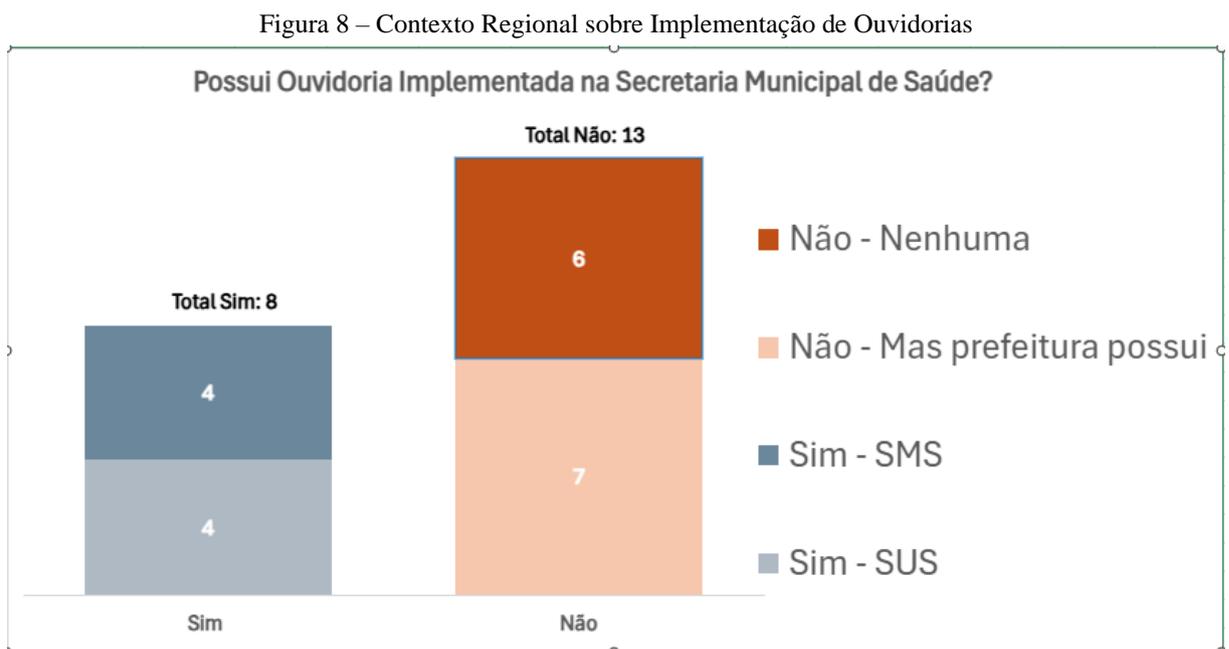
A partir dos dados coletados tem-se que a comunicação direta entre usuário do SUS e gestor é a forma mais usual de oitiva da comunidade local. Isso ocorre também devido ao porte dos municípios da região, que possuem um número baixo de habitantes, se comparados com grandes centros, e que acabam por adotar rotinas de contato direto entre a população e o gestor.

Tais dados podem gerar algumas reflexões práticas visto que ao mesmo tempo que se garante ao indivíduo a possibilidade de acessar diretamente o gestor, sendo acolhido prontamente e ouvido, não há um instrumento de trabalho que permite realizar estatísticas ou mapear a reincidência das sugestões ou reclamações, as demandas são resolvidas ou há tentativa de soluções caso a caso, de forma mais individualizada, mas geralmente não permite projeções coletivas, tomada de decisões de cunho geral ou elaboração de planos de ação. Percebe-se pouca referência a um debate coletivo de ideias, uma construção a partir do diálogo entre a comunidade e a instituição ou a criação e utilização de mecanismos de controle social mais adequados.

#### 5.2.4.4 Ouvidoria do SUS

Nessa categoria objetivou-se contextualizar a situação das ouvidorias na região estudada, a partir das seguintes perguntas: Existe algum canal de Ouvidoria implementado na Secretaria Municipal de Saúde? Se sim, é uma Ouvidoria do SUS?

Para essa pergunta foram oito respostas “sim”, sendo que destas quatro referiram ser ouvidoria do SUS e quatro referiram ser ouvidoria da secretária de saúde, ou seja, não vinculada ao sistema Ouvidor SUS, do Ministério da Saúde. Treze entrevistados disseram não ter canal de ouvidoria nas secretarias de saúde, destes sete disseram que tem canal de ouvidoria na prefeitura do município.



Fonte: Elaborado pela autora

Em complemento as respostas objetivas, apareceram algumas considerações feitas pelos entrevistados, por exemplo, o entrevistado 09 respondeu que embora o município não possua canal de ouvidoria implementado, eles recebem demandas que chegam por outros canais e são enviadas por e-mail para que respondam aos cidadãos. Outro exemplo foi a resposta fornecida pelo entrevistado 06 que disse "vamos solicitar adesão ao sistema Ouvidor SUS, pois pretendemos ter o canal da ouvidoria na secretaria de saúde".

Nesse contexto pode-se extrair o entendimento de que os gestores municipais de saúde se identificam como autoridades responsáveis pelo recebimento, análise e elaboração de resposta às demandas da sociedade, contudo, ainda não existe um trabalho mais direcionado para a institucionalização da Ouvidoria do SUS como mecanismo formal de tramitação das demandas.

Percebe-se a intenção dos participantes em informar que se submetem aos questionamentos da sociedade, que são responsáveis por responder eventuais demandas que chegam verbalmente ou por e-mail, mas parece não haver conhecimento suficiente sobre todas as abordagens da Ouvidoria do SUS, limitando-se a pensar sobre responder demandas, sem compreender que poderiam utilizar o instrumento para pesquisas de satisfação, comunicação indireta, bancos de dados estatísticos, confecção de relatórios como instrumento de gestão, entre outros.

Por outro lado, o entrevistado 18 disse existir canal de ouvidoria na secretaria de saúde, mas nunca ter sido acionado pelos cidadãos, em que pese já tenham recebido demandas pela ouvidoria da prefeitura municipal e enviada para eles através de e-mail. Nesse caso a reflexão é ainda mais profunda, visto que se denota uma realidade onde formalmente a Ouvidoria do SUS foi implementada, mas aparentemente sem resultado prático, ou seja, sem uso. Existem duas possibilidades: a primeira delas seria de uma Ouvidoria criada no papel, mas sem qualquer divulgação dos canais para atendimento e sem espaço público adequado e visível para acolhimento dos indivíduos. A segunda, o total desinteresse da sociedade em utilizar o recurso disponível.

Dessa informação conclui-se que nem os demais servidores do executivo municipal tem conhecimento da existência de uma ouvidoria específica para as demandas de saúde, visto que se utilizaram de um e-mail para fazer contato com o gestor competente para ofertar a resposta, ao invés de direcionar o cidadão para o acolhimento na ouvidoria que seria competente.

De maneira geral, com base neste critério de análise, cujo objetivo era contextualizar a situação da Ouvidoria do SUS na 11ª Região de Saúde, verificou-se que a maioria das secretarias de saúde não possui canal de ouvidoria implementado. Tal diagnóstico pode ser, inclusive, uma das causas de aparecerem tantas respostas no sentido de atendimento direto do

gestor com o cidadão no critério de análise anterior, pois na maioria dos municípios não há uma estrutura formalizada para acolhimento e registro das manifestações relacionadas as políticas públicas de saúde, logo, isso pode gerar uma maior procura do cidadão diretamente ao gestor.

A interpretação acima pode conduzir a pelo menos dois raciocínios: o primeiro relacionado a desburocratização, afinal o gestor estaria em atendimento direto da população, não se valendo de intermédios; e, um segundo, talvez mais complexo, no sentido de que o gestor, por não ter um fluxo padronizado de acolhimento de demandas, reclamações, denúncias e sugestões ocupe praticamente todo o seu tempo resolvendo situações isoladas, demandas individuais e, diante, disso acabe não conseguindo fazer uma análise mais profunda da situação das políticas públicas de saúde no viés da coletividade, da ordenação do cuidado e do estabelecimento dos fluxos de trabalho.

Em seguida os entrevistados foram questionados se já haviam trabalhado com a Ouvidoria do SUS e, em caso positivo, se gostariam de compartilhar alguma experiência em relação a isso. Todas as respostas foram negativas.

Nesse critério de avaliação pode-se perceber um certo desinteresse ou desinformação dos entrevistados sobre o papel da Ouvidoria do SUS, demonstrando que há muito trabalho de educação e conscientização a ser realizado, visando o aprofundamento dos conhecimentos teóricos e práticos sobre as funções e a importância da Ouvidoria do SUS, como instrumento de participação social e de gestão, para uma governança mais democrática e uma construção coletiva de políticas públicas.

Existe uma lacuna para a intensificação do debate na região estudada, havendo espaço para um trabalho colaborativo entre o Ministério da Saúde, a Secretária de Estado e os Conselhos de Saúde, como atores propulsores do cumprimento das diretrizes legais relacionadas a participação social no SUS.

Por fim, buscou-se analisar a percepção dos gestores quanto a aplicabilidade da ouvidoria como ferramenta para a elaboração das políticas públicas de saúde e para isso foi realizado o seguinte questionamento: Acredita que a Ouvidoria do SUS possa contribuir para a elaboração das políticas públicas de saúde? De que forma?

Todos os entrevistados responderam que sim. Quanto as justificativas ou complementos as respostas afirmativas, observou-se o uso de algumas expressões de forma mais corriqueira, tais como: ouvir, prestar informação, receber denúncias, saber o que a população necessita e melhorar os serviços.

Para comprovar, citam-se trechos das entrevistas: o entrevistado 21 referiu que “a ouvidoria do SUS é um espaço essencial para a participação social, contribuindo para um sistema de saúde mais justo e eficiente”. O entrevistado 5 afirmou “ser papel da ouvidoria

mediar conflitos entre o cidadão e os serviços e dessa forma auxilia também na construção de melhores serviços e políticas públicas”. O entrevistado 20 disse: “a ouvidoria serve para ouvir as pessoas e ouvir não custa nada, muitas vezes o que elas dizem serve para somar, tu tira o que pode somar, o que é produtivo, e o que acha que não, tu descarta”.

Em contrapartida o entrevistado 14 trouxe uma outra interpretação, que foi extraída na íntegra: “depende das intenções de quem é o responsável. Daqueles que tem o senso de reclamar com a intenção de melhorar e daqueles que só reclamam e não ajudam a melhorar”. O entrevistado 15 também apresentou considerações nesse sentido: “eu vejo que no âmbito do nosso município a ouvidoria tá virando muita coisa política, você consegue identificar quem fez a reclamação e o porquê. Mas em âmbito geral, no SUS, traz benefícios. Mas nos municípios pequenos tem uma base de politicagem”.

Houve ainda uma fala, do entrevistado 12, na qual este narra situações em que o gestor oferta o canal da ouvidoria para o registro das demandas e os cidadãos optam por não utilizar, transcrevo: “daí eles dizem, mas eu não quero formalizar, quero dizer só pra ti e daí tu vê o que pode fazer”. Este entrevistado traz essa fala no contexto de insegurança dos usuários do sistema em se identificar ou em denunciar irregularidades, citando, inclusive uma negativa do usuário em se responsabilizar pela veracidade da fala. Em certo momento da fala, esse mesmo entrevistado afirma: “acho que as pessoas ainda não estão acostumadas a isso”.

Diante disso, os dados conduzem para uma interpretação no sentido de que os gestores entrevistados compreendem a ouvidoria como um canal de construção para as políticas públicas de saúde, como uma ferramenta hábil para esse intuito, mas ponderam a falta de cultura da sociedade no seu uso adequado, tanto no sentido de não optarem pelo uso, mesmo que ofertado, quanto no mau uso, utilizando o serviço com finalidade eleitoreira.

A partir dessa interpretação, verifica-se que mesmo havendo consenso entre os entrevistados no sentido de que a Ouvidoria do SUS possui um papel importante para a construção de políticas públicas de saúde, existem severas ressalvas e críticas em relação ao uso da ferramenta. A ideia de que os registros possuem finalidade eleitoreira demonstra a ausência de uma educação mais cívica para a população, a qual ainda carece de conhecimento acerca dos seus direitos, mas também não preconiza a responsabilidade social de alguns atos. Contudo, essa ressalva também pode ser concebida como uma percepção subjetiva dos gestores ao receberem críticas, ou seja, compreenderem as críticas apenas como ataque eleitoral.

As interpretações acima demonstram a fragilidade existente na região acerca de uma gestão social da coisa pública, pode-se dizer que praticamente não há mecanismos de promoção emancipatória da sociedade civil no quesito utilização da Ouvidoria do SUS, para a construção coletiva de políticas públicas de saúde. Avança-se um pouco ao pensar em utilização da

Ouvidoria do SUS para o controle social e controle de qualidade dos serviços ofertados, mas ainda distante de uma sociedade democrática participativa.

#### 5.2.4.5 Participação Social

Para a categoria Participação Social foram estabelecidos dois critérios de análise: a percepção do gestor sobre o conceito de participação social e a percepção do gestor sobre o uso da ouvidoria do SUS para a participação social. Esses dois critérios estão diretamente ligados ao objetivo geral da pesquisa.

A partir dos dados coletados, acerca da percepção dos entrevistados sobre a participação social, verifica-se que a maioria compreende a participação social como o alcance dos serviços de saúde, como meio para a entrega de soluções para as demandas individuais. No sentido de que participação social é dar voz para que o indivíduo possa postular a sua necessidade.

Um trecho que exemplifica isso foi extraído da fala do entrevistado 02, que diz: “a participação social é dar acesso à comunidade, para a necessidade de cada um”. Essa compreensão pode demonstrar as características de uma sociedade individualista, pois, mesmo se tratando de políticas públicas, o raciocínio apresentado corresponde a uma preocupação com soluções para problemas individuais, a entrega de um cuidado individual.

Pode-se afirmar que a individualidade distingue os indivíduos, de certa forma tornando-os únicos. As individualidades podem ser úteis na formação de raciocínios plurais, na medida em que promovem uma variação de situações para análise, contudo, no contexto do questionamento demonstra uma preocupação restrita ao encaminhamento das demandas individuais de saúde, de atendimento personalizado, desprendendo-se das diretrizes de saúde coletiva, como campanhas de vacinação, programas de prevenção e grupos terapêuticos, por exemplo.

Para o entrevistado 05, a participação social é a “participação da população na formulação do conjunto de políticas públicas que garantem os direitos básicos da população”. Para o entrevistado 03 é a “população ter como se manifestar e ser ouvida”. Para o entrevistado 01 participação social é “onde a população em geral juntamente com os órgãos públicos possam ter voz (...)” O entrevistado 06 também utilizou a expressão “voz do povo” para definir participação social.

Nessa perspectiva observa-se uma aproximação com o pensar coletivo, consegue se extrair uma consciência um pouco mais emancipatória da sociedade, quando se utiliza a expressão “voz do povo”, visto que, no contexto apresentado, irradia um certo ar mais democrático.

Por outro lado, o entrevistado 16 percebe a participação social como um espaço para entender como a sociedade vê os serviços de saúde, utilizando a seguinte frase para expressar isso:

“eu acho que é a população né, da forma que eles veem o serviço, porque no serviço, as vezes no dia a dia a gente acaba fazendo sempre da mesma forma né e eles que estão de fora, que tem as demandas deles eu acho que é bom eles nos trazerem e a gente pensar na forma de atendimento”.

Dessa entrevista percebe-se a aproximação da participação com o controle social, uma preocupação com qualidade do serviço e a forma como ele se apresenta. O entrevistado se preocupou em contextualizar a satisfação do usuário em relação aos serviços disponíveis no SUS.

A entrevista número 04 trouxe uma percepção diferenciada, quando fala, entre outras coisas que “é o pensar em conjunto e a tomada de decisões de uma forma mais justa”, aqui refletindo mais no sentido de justiça social do que de entregas individuais ou controle social. Neste contexto, a participação social foi compreendida como medida para a equidade nas políticas públicas de saúde, se aproximando do combate às iniquidades apresentadas em uma sociedade hegemônica ou com histórico de colonização por grupos dominantes.

Se aproximando dessa percepção o entrevistado número 15 que disse que “participação social é participar da sociedade ativamente”. Nesta senda, o entrevistado 21 apresentou uma resposta que traduz ser o conceito de participação social um instrumento da democracia, ele usou expressamente a frase: “Esse conceito é fundamental em democracias, pois promove o exercício da cidadania”.

A partir das respostas dos entrevistados 15 e 21 denota-se uma aproximação com os conceitos de educação cívica e democracia participativa, correlacionando a articulação direta da sociedade para a promoção das políticas públicas.

Pelo exposto nesse critério avaliativo, interpreta-se que foram várias as concepções de participação social apresentadas pelos entrevistados. A maioria compreende a participação social como espaço para a elaboração de pedidos individuais de atendimentos em saúde, mas ao final apresentou-se a posição dos entrevistados que entendem a participação social como forma de controle social ou espaço para uma manifestação cívica, um exercício de democracia.

No outro critério analisado, a respeito da percepção do gestor sobre o uso da ouvidoria do SUS para a participação social, o que se percebeu foi que todos responderam de forma afirmativa, ou seja, de que entendem ser a ouvidoria do SUS um canal que viabiliza a participação social na gestão das políticas públicas de saúde, contudo, as respostas em geral se

limitaram ao uso da expressão “sim” ou “acho que sim”, sem outras complementações ou fundamentações.

Na entrevista de número 06 houve a seguinte afirmação: “se for bem usado, acredito que sim, mas a ouvidoria ainda serve para muita picuinha”, extraída de um trecho maior, mas que traz uma ponderação sobre o uso da ouvidoria como canal de participação social. Esse comentário pode refletir na percepção do gestor sobre os aspectos culturais da sociedade, demonstrando que o instrumento colocado à disposição dos cidadãos ainda não esteja bem compreendido, ainda não esteja cumprindo a função social para a qual foi pensado.

No mesmo contexto, o entrevistado 15 disse: “eu acho que sim, mas isso deveria ser trabalhado na sociedade, para que eles compreendam o que é ouvidoria, porque hoje tu fala em ouvidoria eles pensam: Ah! Vou lá reclamar!”.

Desses argumentos verifica-se a necessidade de uma educação permanente em saúde coletiva e aspectos cívicos, a promoção de uma transformação cultural, a partir de um processo enraizado de submissão ao estado posto, uma acomodação ao que se conhece.

Outra questão pontuada foi a do entrevistado 10 que afirmou ser a participação social mais abrangente, pois ela serve para que a sociedade possa oferecer sugestões, enquanto a ouvidoria do sus se apresenta para colher mais reclamações, afirmando ser isso que ele percebe na prática.

Dessa fala conclui-se uma limitação a compreensão dos mecanismos disponibilizados pela Ouvidoria do SUS, visto que, se o entrevistado se limita a entendê-la como canal de denúncias, restringindo sua atuação, inclusive comparando-a com a participação social.

De fato, os estudos teóricos demonstram ser a participação social um conceito bem mais abrangente, mas no sentido de ser possível exercê-la por diversas formas, tais como: através de manifestações diretas em plebiscitos e referendos; manifestações através de organismos da sociedade civil, como sindicatos, conselhos e associações; e mesmo através de canais de comunicação entre a sociedade e os gestores públicos, como as ouvidorias e os canais disponibilizados pela Lei de Acesso à Informação - LAI. Não há correlação entre a participação social e a ouvidoria com a necessidade de ser a demanda correspondente a uma reclamação, pelo contrário, essa pesquisa demonstra o quão abrangente podem ser tais institutos.

Portanto, nessa categoria de análise, os dados conduzem para uma interpretação no sentido de os gestores municipais de saúde, atuantes na 11ª Região de Saúde, afirmam compreender a Ouvidoria do SUS como instrumento para a participação social, contudo levantam ponderações em relação a cultura para o uso da ferramenta, as inadequações nos registros.

Neste ponto conclui-se que, na realidade encontrada, a Ouvidoria do SUS não vem sendo utilizada como instrumento para a participação social, o que já adianta a resposta ao problema de pesquisa.

Embora os entrevistados tenham respondido de forma afirmativa, o que se verifica é que mesmo possuindo concepção de que a Ouvidoria do SUS serviria como instrumento para a participação social, a realidade se distancia, quando os dados demonstram que poucos municípios possuem uma ouvidoria implementada e um número ainda menor corresponde aos gestores que entendem a sua utilização para além do registro de reclamações ou insatisfações a determinado serviço prestado.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O capítulo destinado às considerações finais visa interrelacionar os resultados obtidos na pesquisa, envolvendo os estudos teóricos encontrados a partir da literatura e os dados obtidos na pesquisa de campo, com as considerações do pesquisador, promovendo uma discussão que serve para a compreensão da temática envolvida, colaborando com estudos prévios e sugerindo possíveis aprofundamentos em pesquisas futuras.

Com a intenção de produzir inferências na perspectiva de contribuir para a qualificação das diretrizes de implementação e execução das políticas públicas de saúde e almejando cooperar com possibilidades de desenvolvimento regional a partir do aumento na qualidade de vida, esta pesquisa objetivou analisar se os gestores municipais de saúde, no âmbito de abrangência da 11ª Região de Saúde - Sete Povos das Missões, do estado do Rio Grande do Sul, compreendem a Ouvidoria SUS como instrumento de participação social para elaboração, gestão, planejamento e execução das políticas públicas de saúde.

Em função da problemática abordada nesta pesquisa, o estudo se desenvolveu em etapas, primeiramente com a formação de um arcabouço teórico de compreensão e sustentação do tema de pesquisa, desenvolvido de forma expressa nos capítulos 2, 3, 4. O aporte teórico, encontrado na literatura, é capaz de qualificar a sociedade e os gestores acerca das temáticas objeto deste estudo, existe um vasto repertório tratando das questões relacionadas a democracia, a participação social, as ouvidorias e as políticas públicas, incluindo as formas de gestão do território.

Através do estudo teórico pode-se perceber o quanto a participação social está fundamentada na compreensão do conceito de democracia. Verificou-se que atualmente a maior parte dos países ocidentais se descrevem como estados democráticos, mesmo havendo divergências literárias quanto aos limites do conceito de democracia. Percebeu-se que mesmo havendo situações contemporâneas distintas, o autorreconhecimento das nações é no sentido de uma identidade democrática.

Nesse aspecto, a característica predominante, apresentada no suporte teórico dessa pesquisa, é de que o conceito de democracia se baseia na criação de Estados governados pelo povo. Existe uma tendência em tornar o povo protagonista na gestão da coisa pública, seja no processo eleitoral, com a escolha dos representantes, seja na atuação cívica direta.

Vislumbrou-se que o conceito de democracia pode variar a depender do cenário jurídico, político e do momento histórico vivenciado, visto que países com diferentes experiências, trajetórias históricas ou culturais afirmam ser igualmente democráticos. Constatou-se que no Brasil o aprofundamento do debate acerca da democracia ocorreu após a era ditatorial e com o

surgimento da Constituição Federal de 1988, momento em que houve a caracterização do Estado democrático de direitos.

Além disso, os estudos teóricos também demonstraram que, em que pese a literatura apresente diversos modelos de democracia, foi nos modelos de democracia deliberativa e democracia participativa que se encontrou o debate mais aprofundado sobre a participação social, objeto específico deste estudo.

Pode-se compreender que os modelos de democracia deliberativa e democracia participativa emergiram como forma de transformação social, no século XX, a partir da preocupação com o debate político e a responsabilização por parte dos governantes. Também se verificou que se via naquele momento uma necessidade de superação da realidade vivenciada, abrindo-se espaço para uma construção teórica que incluísse o cidadão no protagonismo da atividade política, inclusive utilizando elementos da democracia grega antiga, baseada nas discussões em praça pública, sobre os assuntos de interesse comum.

Assim, ficou demonstrado que tanto a democracia deliberativa, capitaneada por Habermas, quanto a democracia participativa, defendida por Macpherson e Carole Pateman, entre outros, projetam o debate coletivo e a deliberação entre pares para a gestão da coisa pública.

Encontraram-se algumas diferenças entre os dois modelos de democracia, sendo a democracia deliberativa considerada mais normativa, ao passo que a democracia participativa teria uma atuação mais prática, usual. Outra distinção demonstrada nos estudos teóricos é que a democracia deliberativa se baseia na autonomia e liberdade dos indivíduos para deliberar, sendo mais adequada para realidades sociais semelhantes. Ou seja, talvez o principal aspecto a ser considerado em relação ao caso brasileiro, visto que o país possui relevante distanciamento entre as classes sociais e distintos cenários de desenvolvimento.

Em que pese o Brasil adote o modelo de democracia deliberativa em diversos aspectos, desde a eleição de representantes, até outras formas deliberativas, ampliaram-se os apoiadores da democracia participativa, considerada menos exigente que a anterior, mas igualmente defensora da centralidade da participação do indivíduo na gestão da coisa pública. Verificou-se que também existe fluidez no conceito de democracia participativa, mas a característica predominante, apresentada na revisão de literatura, é de que a participação social não se limita na escolha de representantes para governar. A maior parte dos autores estudados afirmam que o modelo não tem a intenção de superar a representação política, contudo, defende o protagonismo do cidadão nos espaços decisórios, especialmente na gestão das políticas públicas. Uma exceção encontrada foi a posição de Paulo Bonavides, que defende um modelo de democracia participativa como forma de superação da representação eleitoral.

A democracia participativa fomenta a emancipação cívica dos indivíduos, fundamenta uma sociedade civil organizada e preconiza a apropriação por parte dos cidadãos das temáticas envolvendo a gestão pública, incluindo as políticas públicas. Contudo, ela não se desprende do modelo de democracia representativa, permitindo a coexistência dos institutos, o que, pelo menos em tese, tornaria a representação política mais responsável e correlacionada ao espelhamento dos eleitores, no sentido de efetivamente defenderem as ideologias do povo representado.

Esses aspectos geram uma reflexão sobre a situação da representatividade política na sociedade brasileira, na medida em que muitos governantes eleitos trocam suas siglas partidárias e conseqüentemente seu colégio eleitoral com frequência, demonstrando pouca afinidade ideológica, quiçá um desejo de apenas estar no poder, independentemente do seu papel como representante do povo.

Outra indagação que vem à mente é: o que o povo espera de um representante seu? Na hora da escolha dos representantes conseguem ter clareza da ideologia defendida por determinado partido ou candidato? O cidadão brasileiro efetivamente analisa as propostas constantes no plano de governo protocolado na justiça eleitoral dos candidatos?

Não há respostas exatas para essas reflexões, apenas traduzem o quão complexo pode ser o cenário da representatividade em nosso país. O que está definido é que atualmente o Brasil é um país com sistema eleitoral baseado na representação, com a regulamentação de alguns atos de democracia direta, tais como plebiscitos e referendos e que constitucionalmente prevê a necessidade da participação social nas políticas públicas.

A partir dos estudos realizados sobre a participação social, também foi encontrada uma diversidade conceitual, contudo, os aspectos centrais são: colocar o indivíduo em atuação política, desenvolver espaços de discussão e fomentar o exercício ampliado da cidadania, objetivando-se a construção de políticas públicas que reflitam os anseios sociais e não apenas de classes políticas dominantes ou grupos específicos.

Tenciona-se para a participação ser compreendida como um avanço, uma conquista social, aquilo que pertence ao povo e não pode retroceder, contudo, nem sempre é fácil defender esse tipo de tese em uma sociedade na qual alguns grupos econômicos ou estratos de classe mantêm a hegemonia sobre outros, em processos históricos de dominação.

Com base nisso verifica-se o quão complexo é falar de participação social, visto que a depender do momento histórico ela pode ser valorizada e otimizada e, em contrapartida, pode ser sufocada, relativizada ou entendida como ineficiente, pois a literatura também apresenta diversas críticas sobre a sua eficiência. A exemplo disso, estão os que defendem que o modelo de administração pública aplicado no Brasil, modelo burocrático, quase que inviabiliza o uso

da participação social, pois ele não atua com base na inovação e capacidade de compartilhamento entre Estado e sociedade.

Contudo, o próprio texto constitucional apresenta diversos espaços destinados para a participação social e dentre eles encontram-se as ouvidorias, instituições criadas com o objetivo de ouvir a sociedade, aproximando-a da gestão política, permitindo o controle social e uma atuação proativa da sociedade em relação às políticas públicas.

Na seara das políticas públicas de saúde se constatou a formação da rede de ouvidorias do SUS, estruturada com o intuito de fomentar a participação cidadã na gestão e condução dos programas relacionados à saúde coletiva.

Nesse contexto, com suporte teórico e com base nos dados coletados na pesquisa de campo, verificou-se que o contexto da Ouvidoria do SUS, na 11ª Região de Saúde, do estado do Rio Grande do Sul, ainda é bastante fragilizado, pois, mesmo havendo autorização normativa para a implementação do instrumento em nível municipal, apenas quatro, dos vinte e um entrevistados, afirmaram possuir uma Ouvidoria do SUS implementada no município sede.

A partir desses dados, foi possível interpretar que mesmo existindo legislação federal para a constituição da rede de Ouvidorias do SUS, algo a mais precisa ser feito para que se altere a realidade regional encontrada, ou seja, aparentemente os municípios não serão proativos nesse aspecto, sendo necessário um incentivo financeiro e educativo para que as Ouvidorias do SUS passem a existir e a operar de forma adequada.

Mas e se o Ministério da Saúde tornasse obrigatória a instituição das Ouvidorias do SUS? Tudo indica que a questão estaria resolvida, pelo menos, formalmente. Mas a solução seria totalmente antidemocrática, impositiva e poderia ferir o pacto Inter federativo, um dos princípios basilares da Nação. O pacto federativo garante justamente a autonomia dos entes federados para as principais decisões, visando o exercício de governos harmoniosos e de acordo com as previsões constitucionais, promovendo a cooperação técnica e o equilíbrio financeiro e não a subordinação irrestrita.

Dessa forma, em um cenário ideal, a tomada de decisão para a instalação de uma Ouvidoria do SUS em nível municipal deveria seguir os princípios e diretrizes locais de governança, apoiados pela pressão social ou manifestação favorável da sociedade civil local, além de estar amparada em disponibilidade operacional e financeira. Contudo, isso não deve servir de respaldo para o comodismo, para a imutabilidade da situação encontrada, muito pelo contrário, os questionamentos servem para instigar o debate e construir possibilidades de viabilização em cada uma das realidades apresentadas.

Todos os secretários de saúde afirmaram em suas entrevistas que compreendem a Ouvidoria do SUS como um instrumento para a implementação da participação social e, através

do contexto global das falas, foi possível se extrair a conclusão de que todos entendem a participação social como importante para o planejamento e execução das políticas públicas. Contudo, isso demonstra uma aparente contradição daquilo que é dito com aquilo que é encontrado, ou seja, com a realidade fática existente.

Não se pretende aqui discutir responsabilidades ou tecer críticas individuais, visto que a gestão da coisa pública é transmitida de tempo em tempo, não se atribuindo responsabilidades pelas decisões apenas aos que se encontram na função no momento da pesquisa, especialmente neste contexto em que a maioria dos entrevistados está exercendo o cargo há menos de um ano, o que, inclusive, pode demonstrar um ponto de vulnerabilidade da pesquisa, ou seja, o período no qual foram realizadas as entrevistas ter coincidido com o período de campanha para a disputa eleitoral municipal.

No momento dos agendamentos das entrevistas foi possível perceber certo receio tanto em se submeter a uma pesquisa de campo no período eleitoral, quanto em organizar a disponibilidade de tempo para o encontro. Em diversos contatos a pesquisadora percebeu o uso das expressões “momento complicado” e “momento delicado”, isso inclusive fez com que fossem, na medida do possível, agendados os encontros em local e horário que coincidia com a realização de outras atividades, especialmente a reunião da Comissão Intergestores Regional - CIR ou as reuniões nos hospitais da região, realizando as entrevistas após tais eventos, visando otimizar o tempo dos entrevistados.

Contudo, o que se interpreta disso é que a região estudada ainda possui uma lacuna quando se trata de implantação de ouvidorias na área da saúde. A ferramenta, embora conhecida pelos gestores, ainda não possui espaço relevante de atuação. A questão cultural também foi citada como ponto crítico, pois há um certo receio por parte dos gestores quanto ao uso inadequado das ouvidorias, que poderia, pelo menos em tese, fortalecer o embate político partidário e retardar o processo de implantação das ouvidorias.

Assim, no mesmo sentido em que Pedro Demo defende que a participação social é um processo em construção, aquilo que vem sendo conquistado pela sociedade, a inserção de uma nova estratégia de participação social também é. Logo, neste aspecto, verifica-se a necessidade preeminente de um trabalho permanente e focado para a divulgação e conscientização do uso adequado das ouvidorias na área da saúde, baseado na transformação de aspectos da cultura política, incorporando valores, hábitos e atitudes coerentes com os princípios da democracia e da cidadania.

Diante disso, sugere-se a ampliação dos mecanismos de educação permanente na área da ouvidoria, podendo abranger as universidades no processo de elaboração e execução das atividades pedagógicas e sociais envolvendo a temática, bem como a necessidade de uma

atuação mais intensa por parte do Ministério da Saúde e da Secretária de Estado, inclusive com a disponibilização de material pedagógico e recursos específicos de implantação e custeio dos serviços de ouvidoria.

Em seguimento, constatou-se que o perfil atual dos gestores é prevalência na nomeação de pessoas com nível superior de escolaridade ou cursando nível superior, cujas áreas de formação predominantes são nas áreas de saúde ou administração. Também se verificou que a maioria dos entrevistados exerce a função pela primeira vez e está há pouco tempo no cargo, ou seja, há menos de um ano.

No cenário relacionado ao cotidiano observou-se que existe uma predominância nas atividades de execução, de solução de problemas imediatos, em detrimento de funções de planejamento e mapeamento ou construção de diretrizes de atuação e planejamento orçamentário. O contexto encontrado se coaduna com a percepção dos entrevistados acerca do conceito de participação social, visto que os resultados indicam uma concepção relacionada a fornecer um espaço para que o cidadão possa reivindicar e assim ocorrer a entrega de serviços de saúde, atividades prestacionais e solucionadoras de demandas individuais. Pouco se discutiram as noções de construção coletiva de políticas públicas ou transformação do modelo vigente.

Também não se extraíram informações relevantes sobre a participação da sociedade no controle, monitoramento e fiscalização das políticas públicas de saúde. Contudo, esse aspecto não foi objeto de questionamento direto e específico, então a ausência de falas nesse sentido também pode ser resultante da falta de provocação sobre isso. Os questionamentos sobre participação social foram abertos e de forma abrangente, para que o entrevistado respondesse de forma voluntária e com base nos seus conhecimentos e experiências.

Houve sim um vasto entendimento de que as audiências públicas e os conselhos de saúde são instituições aptas a auxiliar o gestor na oitiva da comunidade, aliás, todos os entrevistados afirmaram ouvir a comunidade local na hora de tomar decisões, mas, nas narrativas sobre o cotidiano, o que se percebeu das falas foi uma preocupação sobre as decisões concernentes a demandas individuais, tais como a autorização para o agendamento do exame de determinado cidadão, ou a autorização da compra de serviços através dos consórcios de saúde, entre outros.

Por parte dos entrevistados houve ainda a afirmação de que os municípios pesquisados são de pequeno porte e, portanto, o gestor tem facilidade de estar em contato direto com a população. Em diversos momentos das entrevistas pode-se interpretar essa concepção dos gestores, no sentido de que conseguem alcançar de forma direta a sociedade, mesmo sem o uso da ouvidoria ou outra ferramenta.

Em certa medida esses comentários parecem justificar a ausência das ouvidorias, como se o acesso direto e facilitado a população fosse suficiente, não havendo uma necessidade, pelo menos imediata, da implantação da Ouvidoria do SUS. Essa percepção dos entrevistados se dissocia daquilo que a literatura apresenta como predominante no país, ou seja, de vigorar o modelo de administração pública burocrática.

Tais argumentos geram preocupação na medida em que permanecendo o modelo atual e a sensação aparente de desburocratização, não haverá espaço para o avanço na participação social em sua plenitude, permanecendo o diálogo individualizado entre gestor e usuário do SUS, sob a perspectiva da solução de problemas imediatos, sem foco na construção coletiva e priorização de elementos estruturantes das políticas públicas de saúde.

Por outro lado, sem a pretensão de esgotar a temática, havendo maiores possibilidades para a pesquisa, que inclusive possam tecer conclusões mais apuradas ou aprofundadas, com base nos referenciais abordados, aliados aos dados coletados na pesquisa de campo, os resultados apontaram para a verificação de que os Secretários de Saúde atuantes na região estudada compreendem a Ouvidoria do SUS como instrumento de participação social, para a construção das políticas públicas de saúde, embora essa compreensão esteja puramente no campo teórico, pois se dissocia da realidade encontrada.

O contexto teórico e prático analisado permite interpretar os resultados no sentido de que existe uma compreensão da importância da participação social, existe a noção de que a Ouvidoria do SUS é um canal de fomento a participação social, contudo, a realidade vivenciada se distancia dessas concepções, especialmente quando se verifica que apenas quatro municípios possuem Ouvidoria do SUS implementada na região estudada.

Entende-se que existe margem para uma construção de políticas públicas de saúde de forma mais coletiva na região estudada. Mas, para que isso ocorra, o trabalho passará invariavelmente por uma transformação cultural, ampliando a credibilidade das ouvidorias, divulgando de forma eficiente os seus objetivos e funcionalidades, conscientizando os gestores que os canais de ouvidoria não servem para burocratizar ou atrasar, mas que além de permitirem o diálogo com a sociedade, se constituem em verdadeiras ferramentas de gestão, produzindo dados e estatísticas, que avaliados periodicamente, podem demonstrar anseios coletivos, além de viabilizarem o controle social.

Ressalta-se que apesar das dificuldades e limitações da pesquisa, inclusive sobre o período de levantamento dos dados, através das entrevistas, ter coincidido com período de campanha eleitoral e substancial substituição de titulares do cargo de secretário de saúde, a interpretação acima permite a elaboração de algumas sugestões, medidas para auxiliar na construção teórico-científica e prática sobre a utilização da Ouvidoria do SUS como

instrumento de participação social na elaboração, planejamento e execução das políticas públicas de saúde, na 11ª Região de Saúde, do estado do Rio Grande do Sul:

- a) A transformação cultural é um processo dinâmico, que envolve períodos de avanço e retrocesso, mas, neste momento, sugere-se que a elaboração de uma recomendação expressa por parte do Ministério da Saúde, aliada a uma fonte de custeio, seria uma forma eficaz de ampliar o número de municípios com Ouvidoria do SUS implementada;
- b) A divulgação dos canais da Ouvidoria do SUS e suas funcionalidades de forma simples e objetiva para fácil compreensão da população, através de mecanismos com amplo espectro na realidade local, como programas de rádio e internet, folder e explicações por parte dos agentes comunitários de saúde, que poderiam ser parceiros dos ouvidores neste processo de construção coletiva;
- c) A ampliação do debate nas universidades, especialmente nas áreas da saúde e da administração, amplamente formadoras de profissionais em exercício nos cargos de secretário de saúde, conforme demonstrado no capítulo de análise dos dados, tópico perfil do gestor;
- d) Elaboração de medidas de incentivo à educação cidadã, com a promoção de campanhas, workshops e oficinas sobre cidadania e direitos civis, inclusive para adolescentes, envolvendo a importância da participação social e da organização da sociedade civil a fim de se projetar melhores condições futuras;
- e) Normatizar que o ocupante do cargo de Ouvidor nas Secretarias Municipais de Saúde possua assento nas reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde, como mecanismo que favorece a aproximação da Ouvidoria com os debates da comunidade e como espaço para que ela seja divulgada e sua atividade mais bem compreendida.

Por fim, entende-se que o objeto dessa pesquisa foi alcançado, sendo atingidos tanto o objetivo geral, quanto os específicos, em um diálogo aproximando a teoria e a realidade encontrada a partir das entrevistas. Permitiu-se apontar algumas perspectivas para novos estudos, com aprofundamento da temática e novas considerações a fim de auxiliar na construção de sugestões para o desenvolvimento regional, especialmente sob o viés das políticas públicas de saúde.

Assim, conclui-se que a participação social, através da Ouvidoria do SUS, pode contribuir para a formação das políticas públicas de saúde e ser propulsora no desenvolvimento

regional, especialmente visando o aumento na qualidade do atendimento, na resolução de problemas sociais e na construção democrática para o SUS. A intersecção entre a participação social, as políticas públicas de saúde e o desenvolvimento regional possuem um largo campo de estudos, os quais podem ser aprofundados em estudo futuro.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Débora Cristina Rezende de. Os desafios da efetividade e o estatuto jurídico da participação: a Política Nacional de Participação Social. **Sociedade e Estado**, v. 32, n. 3, p. 649–680, set. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/se/a/dkh5j7kcmC66KNqBcvCTN3p/?lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2024.

ALLEBRANDT, Sérgio Luis; RIBAS, Taciana Angélica Moraes; POLLETO, Luíza Fracaro; MALAQUIAS, Jenifer Friedrich. Controle Social do Desenvolvimento Regional na Região do Corede Missões (Rio Grande Do Sul), na Perpesctiva dos Agentes Públicos e Atores Sociais. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, v. 14, n. 2, 2018.

Disponível em: <https://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/3584>. Acesso em: 15 abr. 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 1977.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria constitucional da democracia participativa**. 2ed. Malheiros editores Ltda: São Paulo, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 4 mai. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 9.795 de 17 de maio de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 de mai. 2019. Disponível em:

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=9795&ano=2019&ato=21bUza65keZpWT995>. Acesso em: 4 mai. 2023.

BRASIL. **Decreto Federal 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 28 de jun. 2011.

Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 4 mai. 2023.

BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 19 de set. 1990. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 4 mai. 2023.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, Diário

Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 28 de dez. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 4 mai. 2023.

BRASIL. Lei 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 26 de jun. 2017. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm). Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Manual das Ouvidorias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_ouvidoria\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_ouvidoria_sus.pdf). Acesso em: 4 mai. 2023.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Democracia Republicana e Participativa. **Novos Estudos Cebrap**, v.71, p. 77-91, 2005. Disponível em: [https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/bresser\\_-\\_democraciarepublicana\\_participativa-cebrap.pdf](https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/bresser_-_democraciarepublicana_participativa-cebrap.pdf). Acesso em: 08 fev. 2024.

COELHO, Vera Schattan Ruas Pereira; NOBRE, Marcos. **Participação e Deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34 Letras, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília. 2000. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-11a-conferencia-nacional-de-saude/view#:~:text=A%2011%C2%AA%20Confer%C3%Aancia%20Nacional%20de,%C3%A0%20sa%C3%BAde%20com%20controle%20social>. Acesso em: 18 set. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília. 2003. Disponível em <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/12a-cns>. Acesso em 18 set. 2024.

CÔRTEZ, Soraya. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 102-127.

DAHL, Robert. **Poliarquia: Participação e Oposição**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1997.

DALLABRIDA, Valdir Roque. Governança territorial e desenvolvimento: introdução ao tema. In: DALLABRIDA, Valdir Roque (Org.). **Governança territorial e desenvolvimento: descentralização político-administrativa, estruturas subnacionais de gestão do desenvolvimento e capacidade estatais**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2011. p. 15-38.

DALLABRIDA, Valdir Roque *et al.* Governança nos Territórios ou Governança Territorial: Distância Entre Concepções Teóricas e a Prática. **Revista grifos**, v. 25, n. 40, p. 43-66, 2016. Disponível em: <https://pegasus.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/grifos/article/view/3356>. Acesso em: 26 fev. 2024.

DEMO, Pedro. **Participação é Conquista**. São Paulo: Cortez Editora, 1993.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. **Políticas públicas: princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 2012

FARIA, Claudia Feres. Democracia Deliberativa: Habermas, Cohen e Bohman. **Revista Lua Nova**. 2000. Nº49. P. 47/68. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/VH5sdwRWmTZFXm9dFYCzKDM/>. Acesso em: 05 jul. 2024.

FERNANDEZ, Michelle Vieira *et al.* Ouvidoria como instrumento de participação, controle e avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2021.v31n4/e310403/>. Acesso em: 16 fev. 2024.

FURTADO, Celso. **Introdução ao desenvolvimento: enfoque histórico-estrutural**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo; COSTA, Danilo da; GONÇALVES, João Carlos. Algumas Considerações sobre o Conceito de Políticas Públicas: o que o Estado lucra com as políticas públicas. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*. Ano III, Vol.III, n.7, jul.-dez., 2020. Disponível em: <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/37/49>. Acesso em: 16 dez. 2024.

GRIGOLI, Juliana de Jesus. Quatro modelos normativos de democracia representativa: as versões elitista, liberal, pluralista, participativa e deliberativa. **Revista Pensamento Plural**, Pelotas, n.14, p. 113-126, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/pensamentoplural/article/view/3239>. Acesso em: 08 fev. 2024.

HABERMAS, Jürgen. Três modelos normativos de democracia. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 36, p. 39–53, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/tcSTz3QGHghmfzbvL6m6wcK/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 abr. 2024.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e Democracia. Entre Factibilidade e Validade**. Volume I. Tradução Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileir, 1997.

HELD, D. 1987. **Modelos de democracia**. Belo Horizonte: Paideia.

KRAUSE, S.; MACHADO, C. A. M.; MIGUEL, L. F. (org.). **Coligações e disputas eleitorais na Nova República. Aportes teórico-metodológicos, tendências e estudos de caso**. 1. ed. Rio de Janeiro; São Paulo: Fundação Konrad Adenauer; Edunesp, 2017.

LEAL, Rogério Gesta. **A Democracia Deliberativa como Nova Matriz de Gestão Pública: alguns estudos de casos**. Santa Cruz do Sul. Editora Unisc, 2011.

LIMA, Luciana Dias de. **Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil: desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos**

20 Anos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. Disponível em: [https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/15-PJSSaudeAmanha\\_Texto0015\\_A4\\_21-12-2015.pdf](https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/15-PJSSaudeAmanha_Texto0015_A4_21-12-2015.pdf). Acesso em: 15 set. 2024.

LIEVORI, Jonhny Estefano Ramos; FILHO, José Célio Belém Pinho; SENHORA, Victor Augusto Benes. Democracia Digital e Participativa no Brasil: Desafios e perspectivas para o século XXI. **UNESC em revista**. Ano 4. 2020. Disponível em: <http://200.166.138.167/ojs/index.php/revistaunesc/article/view/154/46>. Acesso em: 31 out. 2024

LYRA, Rubens Pinto. As Vicissitudes da Democracia Participativa No Brasil. Brasília a. 36 n. 141 jan./mar. 1999. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/447/r141-03.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Acesso em: 31 out. 2024.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn. **Modelos Contemporâneos de Democracia e o Papel das Associações**. Revista de Sociologia e Política, Curitiba, v. 20, n. 43, p. 59-80, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/fynBKXWD6sgKLVYfJTCC6NF/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jan. 2024.

MACPHERSON, Crawford Brough. A democracia liberal: origens e evolução. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978.

MAEYAMA, Marcos Aurélio; BERTUCCI, Felipe Marcolini Dantas; LOBLEIN, Juliano de Paula; DOLNY, Luíse Ludke; NILSON, Luana Gabriele; MUNARO, Clarice Aparecida; CUTOLO, Luis Roberto Algea. Participação social na saúde no Brasil – revisão integrativa. Revista Brasileira de Tecnologias Sociais. v.3. n° 2. 2016. p. 23-36. Disponível em: <https://periodicos.univali.br/index.php/rbts/article/view/10614>. Acesso em 23 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.416, de 7 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 República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 07 de nov. 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/2014/prt2416\\_07\\_11\\_2014.html#:~:text=Estabelece%20diretrizes%20para%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o,\(SUS\)%20e%20suas%20atribui%C3%A7%C3%B5es.&text=Considerando%20a%2010%C2%AA%20Reuni%C3%A3o%20Ordin%C3%A1ria,Ar](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/2014/prt2416_07_11_2014.html#:~:text=Estabelece%20diretrizes%20para%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o,(SUS)%20e%20suas%20atribui%C3%A7%C3%B5es.&text=Considerando%20a%2010%C2%AA%20Reuni%C3%A3o%20Ordin%C3%A1ria,Ar). Acesso em: 04 mai. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2013**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 13 de ago. 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html). Acesso em: 04 mai. 2023.

NOBRE, M. Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução. In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. (Eds.). **Participação e deliberação**: Teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34, 2004.

OUVIDORIA GERAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Memória da Ouvidoria-Geral do Poder Executivo do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2017. 21p.

Disponível em: <https://ouvidoriageral.rs.gov.br/upload/arquivos/202202/21174904-memoria-oge.pdf#:~:text=Com%20o%20objetivo%20de%20abrir,junto%20ao%20Gabinete%20do%20Governador>. Acesso em: 15 abr. 2024.

PATEMAN, Carole. **Participação e Teoria Democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PESSOTO, Umberto Catarino; RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck; GUIMARÃES, Raul Borges. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, n.1, p.9-22, 2015.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bXtn5xy5M9SfVdNd5QsMFxs/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 30 set. 2024

PINHEIRO, Letícia; MILANI, Carlos. **Política externa brasileira: as práticas da política e a política das práticas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

PREDIGER, Reneo Pedro; SCHERER, Luciana; ALLEBRANDT, Sérgio Luis. *Hermenêutica de Profundidade e suas Possibilidades Metodológicas: um levantamento bibliométrico da produção científica com essa metodologia. **Contribuciones a las Ciencias Sociales***, 2018.

Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/ccss/2018/01/hermeneutica-produccion-cientifica.html>. Acesso em: 25 jan. 2024.

PUTNAM, Robert D. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. 5.ed. tradução Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

RIBEIRO, Renato Janine. **A democracia**. 3 ed. São Paulo: Publifolha, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei N° 11.179, de 25 de junho de 1998**. Dispõe sobre a consulta direta à população quanto à destinação de parcela do Orçamento do Estado do Rio Grande do Sul voltada a investimentos de interesse regional. *Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul*, Palácio Piratini, Porto Alegre, 26 de jun. 1998. Disponível em:

<https://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/11.179.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto Estadual nº 51.999/2014**. Aprova o Regimento Interno da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde – SUS, da Secretária da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – SES/RS. *Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul*, Palácio Piratini, Porto Alegre, 13 de nov. 2014.

Disponível em:

<https://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/DEC%2051.999.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto Estadual 51.999, de 14 de novembro de 2014**. Aprova o Regimento Interno da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde – SUS, da Secretária da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – SES/RS. *Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul* nº 221, Porto Alegre, RS, 14 de nov. 2014. disponível em:

<https://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/DEC%2051.999.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2023.

ROTTA, Edeimar; LAGO, Ivann Carlos; LIMA, Daniela Morais de; SMOLSKI, Felipe Micail da Silva; ROSSINI, Neusa. *Ideologias partidárias e aplicação do fundo público: um estudo*

dos municípios da Região Funcional 7/RS/Brasil. Editora Unijuí. ISSN 2237-6453. Ano 19, n. 57, out./dez. 2021. Disponível em:  
<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/desenvolvimentoemquestao/article/view/10512>. Acesso em 17 dez. 2024.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Mapa com a Divisão das Macrorregiões, Coordenadoria Regionais e Regiões de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2024 – 2027. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202410/30121947-plano-estadual-saude-versao-final-site.pdf>. Acesso em: 31 out. 2024.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Mapa da 11ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2022. Disponível em:  
<https://saude.rs.gov.br/midia/imagem/crs-12>. Acesso em: 29 abr. 2024.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLATO, Carlos Fenández; LUCIO, María Del Pilar Baptista. **Metodologia de Pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTO, Gabriela Ornelas Marinho do Espirito. A cidadania brasileira à luz dos valores neoconstitucionais: Uma análise da democracia participativa no Brasil do século XXI. **Research, Society and Development**, v.10, n.7, 2021. Disponível em:  
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16789/14724>. Acesso em: 31 out. 2024.

SCHUMPETER, Joseph. **Capitalismo, Socialismo e Democracia**. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura, 1961.

SCHMIDT, João Pedro. Para Estudar Políticas Públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. **Revista do Direito**. Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, set/dez. 2018. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/12688>. Acesso em: 26 set. 2024.

SECCHI, Leonardo. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. Ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SILVA, Carmem. Participação Social: Dilemas da Retomada. SOS Corpo. Instituto Feminista para a Democracia. 2023. Disponível em: <https://soscorpo.org/wp-content/uploads/SILVA-C-Participacao-Social-Dilemas-da-Retomada-2023.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2024.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Malheiros Editores, 1997.

SILVA, Raelma Paz, JESUS, Elizabeth Alves de, RICARDI, Luciani Martins, SOUZA, Maria Fátima de, MENDONÇA, Ana Valéria Machado. O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS. *Rev. Saúde em Debate*. Rio de Janeiro. v. 40. n. 110. p. 81 – 94. Jul – Set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xVRWnRXnsLR5qzPVfNgLbJs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2024.

SILVA, Rita de Cássia Costa da; PEDROSO, Marcelo Caldeira; ZUCCHI, Paola. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São

Paulo, v. 48, n. 1, p. 134-141, fev. 2014. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/XSbJCzgpMgCb6zMnztWD/>. Acesso em: 19 fev. 2024.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, v. 08, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgSgDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 nov. 2023.

SOUSA, Francisco Danúbio Timbó de, SOUSA, Ana Lúcia Pereira Martins de. Políticas públicas em saúde: um artigo de revisão sobre o Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 3, n.3, p. 110-127, 2019. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/politicas-publicas-em-saude>. Acesso em: 12 out. 2023.

STRUECKER, Denise Regina, HOFFMANN, Micheline Gaia. Participação Social nos Serviços Públicos: caracterização do estado da arte por meio da bibliometria e da revisão sistemática. **REGE Revista de Gestão**. v. 24. Issue 24. 2017. p. 371 – 380. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1809227616306233>. Acesso em: 23/09/2024.

TENÓRIO, Enes Cruz Hora; SANTOS, Jacicleide Maria. Reflexões sobre o processo de implementação da política pública de saúde no Brasil. **Espaço Público**, v. 2, p. 18-25, 2018. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politicaspublicas/article/view/238593/30375>. Acesso em: 03 out. 2023.

THOMPSON, John B. **Ideologia e Cultura Moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 9. ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

VERONESE, Marília Veríssimo, GUARESCHI, Pedrinho Arcides. Hermenêutica de Profundidade na Pesquisa Social. **Ciências Sociais Unissinos**, v. 42, n.2. p. 86-93, 2006. Disponível em: [https://revistas.unissinos.br/index.php/ciencias\\_sociais/article/view/6019](https://revistas.unissinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/6019). Acesso em: 25 jan. 2024.

## APÊNDICE A - Roteiro Semiestruturado De Entrevista

1. Nome
2. Formação (grau de instrução)
3. Há quanto tempo está na função de Secretário Municipal de Saúde?
4. Já exerceu o cargo em outro momento? Quantas vezes?
5. Possui filiação partidária? Qual o partido?
6. Poderia descrever de forma sucinta quais as principais atribuições que exerce na atividade (rotina)?
7. Costuma ouvir a comunidade para tomar decisões relacionadas às políticas públicas de saúde?
8. Se sim, de que forma isso acontece? Como a manifestação chega ao gestor?
9. Existe algum canal de Ouvidoria implementado na Secretaria Municipal de Saúde? Se sim, é uma Ouvidoria do SUS?
10. Já trabalhou diretamente com a Ouvidoria do SUS? Se sim, gostaria de compartilhar alguma experiência prática?
11. Acredita que ela possa contribuir para a elaboração das políticas públicas de saúde? De que forma?
12. O que entende por participação social?
13. Vê a Ouvidoria do SUS como forma de participação social?

## **APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

### **OUVIDORIA DO SUS COMO INSTRUMENTO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

Prezado participante;

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **OUVIDORIA DO SUS COMO INSTRUMENTO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**, desenvolvida por Jeana Rückert Ribeiro Willms, CPF 012.089.520-05, discente do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas - Mestrado, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Cerro Largo - RS, sob orientação do Professor Dr. Reneo Pedro Prediger.

O objetivo central do estudo é analisar o papel das Ouvidorias do SUS como instrumento de participação social no processo de planejamento e gestão das políticas públicas de saúde. A análise refere-se ao contexto regional na 11ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul - Sete Povos das Missões e busca interpretar as percepções dos gestores municipais de saúde acerca da temática.

Tal estudo justifica-se pela linha de pesquisa Dinâmicas Sociopolíticas e Experiências de Desenvolvimento, do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas - Mestrado, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Cerro Largo, na qual estudam-se as relações entre o mundo sociopolítico e cultural, as dinâmicas e experiências de desenvolvimento e gestão de municípios, entre outros tópicos, especialmente no que tange a gestão municipal e a tomada de decisão participativa como ferramenta de desenvolvimento regional.

Este termo de consentimento livre e esclarecido, servindo de convite para participação na pesquisa será entregue antes do início da entrevista, com tempo suficiente para leitura e compreensão, estando a pesquisadora disponível para sanar eventuais dúvidas.

O convite a sua participação se deve à ocupação no cargo de Secretário Municipal de Saúde, no território de abrangência da pesquisa. Sua participação contribuirá de maneira efetiva para os resultados do estudo, visando a elaboração de um referencial teórico científico acerca de instrumentos de desenvolvimento regional pela perspectiva das políticas públicas de saúde.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A participação consiste substancialmente em aceitar o convite, aportando consentimento neste termo, e se dispondo a responder as perguntas realizadas pela pesquisadora e relacionadas aos objetivos da pesquisa acima descritos.

A sua participação consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada, que será focada na troca de ideias e no diálogo, através de um roteiro pré-definido de tópicos e questões alusivas aos objetivos da pesquisa acima descritos.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 30 (trinta) minutos.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro, em meio digital, em conta drive da pesquisadora, com login e senha intransferível.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A entrevista será gravada somente para a transcrição das informações e somente com a sua autorização.

Assinale a seguir conforme sua autorização:

**Autorizo gravação**       **Não autorizo gravação**

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, físico ou digital, por um período de cinco anos. Após o período todos os arquivos serão deletados do meio digital e incinerados os de meio físico.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de colaborar para a produção de inferências visando contribuir para a qualificação das diretrizes de implementação, execução e fiscalização das políticas públicas de saúde na 11ª Região de Saúde - Sete Povos das Missões.

A participação na pesquisa poderá causar alguns riscos durante a entrevista ou observação da entrevistadora, como situações de constrangimento; desconforto emocional relacionado a presença da pesquisadora; vergonha; estresse; quebra de sigilo diante de situações de seu conhecimento; cansaço físico, etc. Esses riscos muitas vezes são expressos na forma de desconforto; possibilidade de constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados; medo de não saber responder ou de ser identificado ou estresse. Entretanto, ações minimizadoras dos potenciais riscos expostos serão tomadas, desde a garantia do sigilo em relação as suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos; a utilização de uma abordagem humanizada, através de escuta atenta e acolhimento, com a obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa; a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo de pessoas e/ou comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro; garantia da retirada do seu consentimento prévio, caso desista de participar da pesquisa.

Caso no decorrer da pesquisa ocorra a exposição de algum dos riscos elencados, será informado o serviço a que o trabalhador está vinculado e do mesmo modo, se necessário, agendado nova data para continuidade da pesquisa ou assegurada sua desistência a qualquer tempo.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

CAAE:

Número do Parecer de aprovação no CEP/UFFS:

Data de Aprovação:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato profissional com o(a) pesquisador(a) responsável:

Tel: (55) 99994 - 2662

E-mail: [jeanaribeiro@hotmail.com](mailto:jeanaribeiro@hotmail.com)

Endereço para correspondência: Travessa das Hortênsias, 407, Bairro Menezes, Santo Ângelo - RS. CEP: 98802 – 715.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS:

Telefone: (0XX) 49- 2049-3745

E-mail: [cep.uffs@uffs.edu.br](mailto:cep.uffs@uffs.edu.br)

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899 Chapecó - Santa Catarina – Brasil

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C - Termo de Ciência e Concordância da Instituição Envolvida****TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA**

Com o objetivo de atender as exigências do CEP - Comitê de Ética em Pesquisa, envolvendo seres humanos, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), a 12ª Coordenadoria Regional de Saúde, órgão público, de atuação regional e vinculação a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, CNPJ 87.958.625/0001-49, sediada na Avenida Brasil, nº 622, Bairro Centro, em Santo Ângelo - RS, representada pelo Coordenador Regional de Saúde Rodrigo Reis, CPF 92573916049, RG 5066622951, brasileiro, servidor público, residente e domiciliado na Rua Marechal Floriano, 1033, ap. 302, Bairro Centro, Santo Ângelo, mantenedora envolvida na pesquisa intitulada **OUVIDORIA DO SUS COMO INSTRUMENTO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**, declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que a pesquisadora deverá cumprir as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.

Santo Ângelo, 20 de junho de 2024.

Jeana Rückert Ribeiro Willms

Pesquisadora

Rodrigo Reis

Coordenador Regional de Saúde

12ª Coordenadoria Regional de Saúde