



---

## CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E O SERVIÇO DE OUVIDORIA NO BRASIL

### NATIONAL HEALTH CONFERENCES AND OMBUDSMAN SERVICE IN BRAZIL

### CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD Y SERVICIO DE DEFENSA EN BRASIL

Marco Antônio dos Santos<sup>1</sup>

Vanessa Ribeiro Neves<sup>2</sup>

Maria Cristina Sanna<sup>3</sup>

#### Resumo

O estudo objetivou identificar, descrever e analisar o que os relatórios finais das 10<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde mencionaram sobre ouvidoria na saúde. Estudo histórico-documental, que examinou os relatórios finais das conferências mencionadas, disponíveis no site do Ministério da Saúde. Esses documentos foram lidos e analisados conforme sua sequência cronológica. Os achados foram compilados e organizados em categorias de análise, empregando-se os critérios de similaridade e pertinência temática. O presente estudo apontou o conteúdo e o percurso das ações propostas pelas 10<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde para a institucionalização da Ouvidoria como instrumento de controle social do Sistema Único de Saúde pelos conselhos de saúde.

**Descritores:** Participação Social; Participação Comunitária; Conferências de Saúde; História.

#### Abstract

The study aimed to identify, describe and analyze what the final reports of the 10<sup>th</sup>, 11<sup>th</sup>, 12<sup>th</sup> and 13<sup>th</sup> National Health Conferences mentioned about the health ombudsman. Historical and documentary study, which examined the final reports of the conferences mentioned, available on the Ministry of Health website. These documents were read and analyzed according to their

---

<sup>1</sup>Sociólogo. Educador em Saúde Pública. Especialista em Educação em Saúde e Saúde Pública pela FSP- USP. Assessor técnico da Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Gerenciamento em Saúde e Enfermagem (GEPAG). E-mail: hokubosantos@gmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Gerenciamento dos serviços de Enfermagem pela UNIFESP. Membro do GEPAG.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pesquisadora independente. Orientadora Credenciada junto à Pós-Graduação da UNIFESP. Pesquisadora do GEPAG.

chronological sequence. The findings were compiled and organized into categories for analysis, using the criteria of similarity and thematic relevance. This study pointed out the content and course of actions proposed by the 10<sup>th</sup>, 11<sup>th</sup>, 12<sup>th</sup> and 13<sup>th</sup> National Conference on Health for the institutionalization of the “Ouvidoria” as an instrument of social control of the Health System by health councils.

**Descriptors:** Social Participation, Community, Health Conferences; History.

### Resumen

El estudio tuvo como objetivo identificar, describir y analizar lo que los informes finales de la 10<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> y 13<sup>a</sup> Conferencias Nacionales de Salud mencionaron sobre la defensoría de la salud. Estudio histórico y documental, que examinó los informes finales de las conferencias mencionadas, disponibles en el sitio del Ministerio de Salud. Estos documentos fueron leídos y analizados en función de su secuencia cronológica. Los hallazgos fueron compilados y organizados en categorías para el análisis, utilizando los criterios de similitud y relevancia temática. Este estudio señala el contenido y el curso de las acciones propuestas por la 10<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> y 13<sup>a</sup> Conferencia Nacional de Salud para la institucionalización de la Defensoría como un instrumento de control social del sistema de salud por los consejos de salud.

**Descritores:** Participación Social, Participación comunitaria, Salud Conferencias; Historia.

### Introdução

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) são estâncias de formulação de políticas públicas, que tem como objetivo avaliar e propor as diretrizes para o desenvolvimento de saúde. Contam com a participação de representantes de diversos segmentos da sociedade e são realizadas a cada quatro anos, como definido nas Leis Orgânicas de Saúde<sup>1</sup>.

As Conferências estaduais e municipais são realizadas, em todo o país, antes da Conferência Nacional<sup>1</sup>. Nelas são abordados os mesmos temas já previstos para a etapa nacional, de cuja discussão emergem propostas que, posteriormente, são levadas à Conferência Nacional<sup>1</sup> para discussão mais ampla.

A 1<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1941, durante o governo Vargas. A concepção de saúde então vigente era ancorada na ideologia curativa e não preventiva, embora incluísse a defesa sanitária da população, a assistência social aos indivíduos e às famílias e a proteção da maternidade, da infância e da adolescência.

A 2<sup>a</sup> CNS aconteceu em 1950. Nela estabeleceu-se legislação referente à higiene e segurança do trabalho e à prestação de assistência médica e sanitária preventiva para trabalhadores e gestantes. Não há registros formais sobre a 2<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde<sup>1</sup>.

A 3ª CNS ocorreu em 1963, dez anos após a criação do Ministério da Saúde. Nela foi apresentada a proposta inicial de descentralização de saúde. Além disso, propôs-se que fossem definidas as atribuições dos governos federal, estaduais e municipais no campo das atividades médico-sanitárias, com a efetiva participação dos municípios na solução dos problemas de saúde pública. A ditadura militar, instaurada no Brasil a partir de 1964, veio obstruir a utilização de quaisquer canais formais e informais de controle da administração pública e, conseqüentemente, de defesa dos direitos do cidadão. Nos anos de 1967, 1975, 1977 e 1980 aconteceram a 4ª, 5ª, 6ª e 7ª CNS, respectivamente, que acompanharam as decisões dos governos militares e tiveram caráter técnico<sup>1-2</sup>.

Em 1986, aconteceu a 8ª CNS, que marcou a história da formulação de políticas de saúde no Brasil. Foi a primeira a ser aberta à sociedade. Participaram dessa conferência quase cinco mil pessoas, entre delegados e observadores de todas as regiões e segmentos sociais. Impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, os delegados propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolvia promoção, proteção e recuperação. As propostas aprovadas nessa CNS foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal de 1988, como nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90).

A 9ª CNS, realizada em 1992, foi convocada pelo Decreto nº 99.045, devido a diversos adiantamentos promovidos pelo governo Collor, e contou com a presença de 4.500 pessoas, entre delegados, participantes credenciados e observadores. A partir dessa conferência, as administrações que se seguiram no Ministério da Saúde atuaram na mesma direção, formulando soluções e adotando providências sobre gestão municipal, criação de comissões intergestores bipartite, em nível estadual, e tripartite, em nível federal<sup>3</sup>.

Convocado pelo decreto nº 1.727, de 04/12/95, foi realizada a 10ª CNS, que contou com a participação de 1.260 delegados, 351 convidados credenciados e 1.341 observadores. O principal assunto abordado foi a construção do modelo de atenção à saúde, tendo-se debatido a seguinte temática: Saúde, cidadania e políticas públicas; Gestão e organização dos serviços de saúde; Controle social na saúde; Financiamento de saúde; Recursos humanos para saúde; e Atenção integral à saúde. Nesse mesmo ano, foi promulgada a Norma de Operação Básica do SUS (NOB 96), que interpelava mecanismos de participação e já estava consolidada.

A 11ª CNS, que ocorreu no ano 2000, destacou o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), com as dificuldades e propostas para sua efetivação, afirmando que a

efetivação do SUS só seria possível com o controle social. Além disso, foi à primeira conferência na qual o tema “Humanização na atenção à saúde” foi discutido.

A 12ª CNS, convocada pelo Decreto nº 9.872, de 05/05/90, foi antecipada em um ano, para que suas propostas norteassem as ações de governo no período de 2003-2007. Essa conferência, cujo tema era “Saúde é um direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos e o SUS que queremos”, contou com a participação de cinco mil pessoas, entre as quais 3.500 eram delegados. Com o objetivo principal de reafirmar o direito à saúde, os principais temas foram divididos em eixos, a saber: Direito à saúde; A seguridade social e a saúde; A intersetorialidade das ações de saúde; As três esferas de governo e a construção do SUS; A organização da atenção à saúde; Controle social e gestão participativa; O trabalho na saúde; Ciência e tecnologia e a saúde; O financiamento da saúde; e Comunicação e informação em saúde.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, em Brasília (DF), foi precedida por 4.413 conferências municipais e 27 estaduais e contou com 3.068 delegados, 302 observadores e 210 convidados. Teve como tema central “Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento” e apresentou os seguintes eixos temáticos: Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI; Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento políticas públicas para a saúde e qualidade de vida; O SUS na seguridade social e o Pacto pela Saúde; e a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. Cada um dos temas foi discutido em mesas-redondas, compostas por quatro expositores e um debatedor, que coordenou as discussões entre delegados e convidados. A estrutura instalada para a 13ª Conferência Nacional de Saúde mobilizou milhares de pessoas em todo o país<sup>1</sup>.

A Carta Magna brasileira de 1988 já havia posicionado a Saúde como “um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visassem à redução do risco de doenças e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”<sup>4</sup>; porém, só com a edição das Leis Orgânicas da Saúde, a proposição constitucional, que incluía o controle social, pode se efetivar. Nessa perspectiva, a Ouvidoria em Saúde tornou-se um instrumento da gestão pública e do controle social para a defesa do direito à saúde e do aperfeiçoamento da qualidade e eficácia das ações e serviços prestados pelo SUS.

Por meio do fortalecimento da gestão participativa, também proporcionada pelo trabalho da Ouvidoria, com a escuta dos usuários e dos profissionais vinculados ao sistema, é possível

identificar problemas de estrutura, funcionamento e resultados, bem como captar as reais necessidades da sociedade<sup>4</sup>, somando-se aos demais mecanismos de controle social.

Com as transformações decorrentes da consolidação do processo democrático e a luta incessante para assegurar os direitos e garantias do cidadão, despertou-se a utilização da Ouvidoria como um processo de promoção de defesa dos direitos e interesses individuais e coletivos e de incentivo ao exercício da cidadania, por meio do controle social da administração pública.

A Ouvidoria é um serviço oferecido a uma dada clientela, comunidade ou população para receber críticas, sugestões, queixas e elogios de usuários ou clientes referentes ao desempenho de órgãos públicos ou empresas privadas<sup>5</sup>. É um dos principais canais para a democratização das relações institucionais com a sociedade, revelando o nível de compreensão do significado das relações sociais, mesmo quando permeadas pela técnica, como é o caso da assistência à saúde, em que a fragilidade em que se encontram o usuário e seus familiares é marcante.

No Brasil, a consolidação das ouvidorias iniciou-se a partir de 1986, quando foi criada a primeira ouvidoria pública brasileira, na cidade de Curitiba/PR, e, a partir daí, difundiu-se por todo o país<sup>6</sup>. Se fosse instituída apenas como Ouvidoria Geral, como se pretendia, a ouvidoria se reportaria ao parlamento, ficando estagnada, afastada do cidadão, o que dificultaria o cumprimento de seu papel político. Da forma como ficou estabelecido, o ouvidor tornou-se representante direto do cidadão e é ele quem tem a gerência sobre a ouvidoria.

O profissional que atua na Ouvidoria é chamado de ouvidor ou de ombudsman tem a função de receber críticas, sugestões, reclamações e deve agir em defesa imparcial da comunidade. Em termos práticos o significado é semelhante, com uma sutil diferença: ao recorrer ao ouvidor, o cidadão-cliente aproxima-se do serviço público; ao recorrer ao ombudsman, o cliente-consumidor se reporta a uma empresa<sup>7</sup>.

As principais características esperadas em um ouvidor são: imparcialidade, empatia, sensibilidade, maturidade, independência e autonomia. O ouvidor deve estar ligado à direção do serviço, sem intermediários, e uma das virtudes que deve possuir é saber ouvir, desenvolvendo cada vez mais esta qualidade, mantendo o sigilo, não emitindo juízo de valor, evitando preconceitos, pré-julgamentos e comentários que possam denegrir a imagem de alguém. É fundamental que o ouvidor conheça a estrutura do serviço da instituição, sendo consciente do seu papel e, ao mesmo tempo, seja comprometido como usuário<sup>8</sup>.

O ouvidor defende o cidadão, de modo que a ouvidoria passou a funcionar de maneira contrária à sua origem, quando o ouvidor controlava os súditos em prol do rei<sup>5</sup>. Atualmente, a pressão exercida sobre este profissional influencia a efetividade do serviço oferecido pelo órgão público. Cabe ressaltar que o objetivo da ouvidoria não é solucionar problemas, e sim encaminhar e solicitar providências, a fim de promover a reparação do erro cometido<sup>8</sup>. Trata-se de uma ação estratégica, por meio da qual o ouvidor vai além da correção de erros, atuando no processo, sugerindo mudanças nos procedimentos e apresentando novas proposições<sup>9</sup>.

O governo do Estado de São Paulo estabeleceu que todas as organizações ligadas ao estado devem ter sua ouvidoria, formando uma rede. No total, somente na área pública, o Estado de São Paulo agrega, segundo informações oficiais do Governo estadual, cerca de 165 ouvidorias<sup>10</sup>.

Serviços de saúde são cenários propícios para ocorrência de conflitos, cabendo ao ouvidor ser mediador e facilitador do diálogo entre os vários atores envolvidos na prestação e recepção desses serviços. Nesses serviços, a ouvidoria teve seu início com a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde nº. 8.080/1990 e 8.142/90, que regulamentaram o SUS, e dispuseram sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e organização e funcionamento dos serviços correspondentes, incluindo o controle social, em direção à redemocratização das relações sociais.

A ouvidoria é uma ferramenta indispensável à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS)<sup>11</sup>, que propõe um processo de pactuação democrática e coletiva, favorecendo a gestão participativa e compartilhada. Seu foco estratégico é a satisfação do usuário com os serviços prestados pelas agências de saúde, contribuindo como instrumento de gestão. Sua instalação é relativamente recente nos serviços de saúde brasileiros e a produção científica sobre esse tema ainda é pouco conhecida, o que justifica a realização do presente estudo.

## **Objetivo**

Identificar, descrever e analisar o que os relatórios finais das 10<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde (CNS) mencionaram sobre ouvidoria na saúde.

## **Materiais e Método**

Estudo histórico, realizado por meio consulta aos relatórios finais das CNS, sem limite temporal de investigação.

A consulta foi realizada exclusivamente nos 13 relatórios finais das CNS, disponíveis *online* no *site* do Ministério da Saúde. Os relatórios foram lidos e analisados, conforme sua sequência cronológica. Foram selecionadas quatro deles, correspondentes à 10<sup>o</sup>, 11<sup>o</sup>, 12<sup>o</sup> e 13<sup>o</sup> CNS, por serem os únicos nos quais o tema ouvidoria foi citado.

Após leitura e análise do conteúdo, os achados foram organizados por similaridade e pertinência temática e discutidos à luz da literatura científica sobre o tema, relacionando-os aos eventos ocorridos no sistema de saúde ao longo do período estudado.

A seguir, foram ordenados cronologicamente, possibilitando a discussão dos achados.

Como no presente estudo utilizaram-se fontes documentais disponibilizadas publicamente, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## Resultados

Os documentos pesquisados evidenciaram que as discussões sobre ouvidoria na saúde durante as CNS pronunciaram as práticas democráticas estimuladas pelo panorama político-econômico-social vigente à época.

A 10<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde<sup>12</sup> preconizou o aprofundamento e o fortalecimento do controle social para democratização do SUS, recomendou que os Conselhos e os Gestores do SUS deveriam constituir e implementar novos mecanismos de participação, os quais deveriam ser assegurados pelos Gestores todas as informações necessárias para a análise e deliberação das questões a eles pertinentes, bem como para divulgação junto aos usuários. Entre os mecanismos, incluem-se: Ouvidorias e Serviços Disque-Denúncia em todos os níveis do SUS, vinculados aos Conselhos de Saúde.

Um estudo<sup>13</sup> sobre humanização e controle social apontou que as macroestruturas de controle social, como as Conferências e Conselhos não permitem, por si só, o enfrentamento dos mecanismos de normatização e de exclusão da cidadania que ocorrem no nível das micropolíticas de saúde engendradas no interior das várias instituições do SUS. Assim sendo faz-se necessário construir microestruturas de controle social, e as ouvidorias possuem grande potencial para desempenhar essa função. Compreender essa dimensão das microestruturas no contexto da

saúde ainda é um caminho inexplorado pelas Ciências da Saúde no Brasil.

Vale destacar que a visão ampliada de saúde foi, então, fundamental para o fortalecimento da idéia de atenção integral, apresentando o gestor como protagonista desse processo associado à idéia de satisfazer às necessidades da população.

A 11ª CNS recomendou a criação de instrumentos de controle social vinculados aos conselhos, objetivando fortalecer seu papel fiscalizador, tornando-os mais efetivos. Para tanto, enfatizou a criação de ouvidorias vinculadas aos Conselhos de Saúde, de fácil acesso à população e que operassem como instâncias de encaminhamento de reivindicações e sugestões, para auxiliar na busca de soluções para os problemas nos serviços de saúde.

Mencionou, também, a instalação de serviços denominados “Disque-SUS”, objetivando receber críticas, sugestões, queixas e elogios de usuários, referentes ao desempenho das instituições prestadoras de serviços de saúde, para que pudessem aproximá-los das instâncias de controle social do sistema.

Além disso, sugeriu que as ouvidorias fossem eleitas pela sociedade civil, com autonomia em relação ao governo e dotações orçamentárias próprias, e fossem criadas por meio de leis formuladas pelas instâncias administrativas do SUS, garantindo, assim, a defesa dos direitos dos cidadãos e possibilitando a fiscalização pelos usuários do serviço.

Em se tratando da satisfação do usuário, um estudo<sup>15</sup> demonstrou que a utilização dos serviços de ouvidoria pela população é muito pequena e que sua resolubilidade não atende às expectativas desse público. Além disso os gestores apontaram a necessidade de ampliar a divulgação e facilitar ao acesso de ouvidoria, bem como de informar aos usuários os objetivos desse serviço e promover parceria efetiva entre usuários e ouvidores. Desse modo, a população utilizaria esse serviço como um instrumento para efetivar o controle social e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Percebeu-se, nessa Conferência, a linha de continuidade com a anterior, que já recomendara o controle social, efetivado por meio dos conselhos de saúde. Houve, portanto, o aprofundamento do tema e a recomendação da implementação de políticas de saúde que atendessem às necessidades locais.

A 12ª CNS<sup>16</sup> acrescentou outros instrumentos para o fortalecimento do controle social e da gestão participativa, como a disponibilização de urnas lacradas e livros de ocorrências para coleta e registro de sugestões, elogios ou queixas, em todas as unidades de saúde. Devidamente



identificados, esses instrumentos forneceriam dados a serem discutidos durante as reuniões dos conselhos gestores.

Os relatórios destas manifestações, bem como as providências tomadas pelos conselhos junto aos setores responsáveis, passaram a ser encaminhados ao Conselho Municipal e/ou Estadual de Saúde, para que pudessem subsidiar as comissões de ouvidoria dos Conselhos de Saúde na análise das atividades em saúde e na humanização das relações, resgatando e fortalecendo o comportamento ético e contribuindo para mudanças culturais nas diferentes instâncias de governo. Defensores desses avanços ganharam mais um instrumento de mobilização e controle social, possibilitando a implementação do acesso universal, garantindo, assim, os direitos de cidadania para toda a população.

Percebeu-se, nessa Conferência, o processo de continuidade iniciado na anterior, o controle social, efetivado por meio dos conselhos de saúde e tendo como papel fundamental o aprofundamento desse tema e a implementação das políticas de saúde atendendo às necessidades locais, ou seja, a fiscalização da aplicação dos recursos e dos serviços prestados pelas instituições de saúde a comunidade.

Na 13ª CNS<sup>17</sup> apresentou-se a proposição que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde deveriam viabilizar a implantação das ouvidorias com Disque-saúde e estabelecer a integração destas com os respectivos conselhos, instituindo a apresentação sistemática de relatórios periódicos, informando o número, as características e a resolutividade das denúncias recebidas, objetivando o fortalecimento do SUS.

Um estudo<sup>18</sup> sobre o processo de participação social em saúde apontou que os usuários dos serviços do SUS precisam buscar seus direitos constitucionalmente garantidos, recorrendo não somente à ouvidoria, mas também a outros instrumentos que possibilitem o controle social, tais como os Conselhos Gestores de unidades de saúde e o Conselho Municipal de Saúde. Essa interação possibilitaria a avaliação de condutas do sistema de saúde e a melhoria dos serviços prestados, contribuindo para a fiscalização dos recursos públicos e atuando como mecanismos favoráveis à comunicação entre usuários e instituições.

A partir dos dados apresentados, pode-se afirmar importância da discussão da ouvidoria nas CNS como um dos instrumentos de gestão para controle social do SUS.

## **Conclusão**

O presente estudo apontou o conteúdo e o percurso das ações propostas pelas 10<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> CNS para a institucionalização da Ouvidoria como instrumento de controle social do SUS pelos conselhos de saúde.

É relevante ressaltar que os relatórios finais da CNS analisados apontaram que, por meio do controle social, a sociedade civil foi envolvida no exercício da reflexão e discussão dos problemas que afetavam a vida da coletividade, pois esse tem como objetivo minimizar e prevenir as deficiências dos serviços, conjugando as expectativas dos usuários e buscando obter dados que conduzam ao bom desempenho desses serviços.

Dados oriundos da ouvidoria são fontes de informações que expressam as necessidades dos usuários dos serviços de saúde, que, por meio das manifestações, informam os motivos de sua frustração e/ou níveis de satisfação.

Em poder dessas informações, a ouvidoria pode estabelecer integração com os conselhos de saúde, e em conjunto pode-se discutir, avaliar e dar encaminhamento adequado às demandas apontadas, garantindo a fiscalização, possibilitando a melhoria da qualidade dos serviços e incentivando os prestadores dos serviços de saúde a contribuírem para o aperfeiçoamento da assistência prestada, conforme determinação governamental e das Conferências Nacionais de Saúde.

Ainda que a presente pesquisa tenha apresentado algumas limitações para o seu desenvolvimento, como versar sobre história recente e apresentar poucos documentos, a ausência de estudos similares corrobora a importância de discutir e produzir pesquisas com essa temática. Outros os estudos podem ser elaborados a partir deste, como ouvir os atores sociais, utilizando a História Oral, e comparar esta história com a de outras Ouvidorias.

Espera-se que os dados apresentados possam ser úteis a pesquisadores e gestores e que esse estudo possa servir como estímulo para ensejar outros que contribuam para acrescentar conhecimento sobre o tema, como o que se espera ter feito com este que se finda.

## Referências

1. Portal da saúde – Conferência Nacional de Saúde – [citado em 2013] Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area>

2. Dourado, E.P. V; Sanna, M.C - Participação da enfermagem nas Conferências Nacionais de Saúde. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2009 vol.62, n.6. [citado em 2013] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a12v62n6.pdf>
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.100 p. (CONASS Documenta; 18). [citado em 2013] Disponível em: [http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_18.pdf](http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf)
4. Sobrinho, EJMA. Capucci, PF. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. *Estudos Avançados*, Volume 17, número 48, 2003. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2003, pp. 209-227. [citado em 2013]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142003000200018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000200018)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS - Oficina de Ouvidorias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.76 p. [citado em 2013] Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina\\_ouvidorias\\_SUS\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_ouvidorias_SUS_2006.pdf)
6. Ouvidoria/Ombudsman no Brasil e no Mundo - Portal da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman – São Paulo [citado em 2013] Disponível em: <http://abosaopaulo.org.br/>
7. Borges, D.C. Responsabilidade Social empresarial e seus benefícios / Rio de Janeiro, 2012. Universidade Candido Mendes. AVM Faculdade Integrada Programa de Pós-graduação em Gestão em Relacionamento com Cliente e Ouvidoria. [citado em 2013] Disponível em URL: [http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias\\_publicadas/K221166.pdf](http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/K221166.pdf)
8. Portal da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman – São Paulo [citado em 2013] Disponível em: <http://abosaopaulo.org.br/>
9. Paes, A. M. C. et al. Ouvidoria em Serviços de Saúde – Exercício de Cidadania. A Experiência do Hospital de Base do Distrito Federal (HBCF). *Revista de Saúde do Distrito Federal*, 1998 jul./set. 9(3): 9 12. [citado em 2013] Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a13.pdf>
10. Vismona, E.L. O ouvidor no Brasil.[citado em 2013] Disponível em URL: <http://www.abonacional.org.br/>
11. Portal da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. [citado em 2013]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco\\_teorico.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico.pdf)
12. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde; 1996, Brasília (DF), Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 1996. Paulo [citado em 2013]

Disponível [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_10.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf)

13. Carvalho, DB; Santana, JM; Santana, VM. Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 29, n. 1, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000100014>
14. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde; 2000, Brasília (DF), Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Paulo [citado em 2013]  
Disponível [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf)
15. Vêras, MMS. A satisfação dos usuários do SUS com o Serviço de ouvidoria em saúde de Fortaleza - CE /Universidade Federal do Ceará UFC Pós-graduação - Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia. Disponível em:  
<http://www.ipea.gov.br/participacao/images/dissertacaomirellaveras.pdf>
16. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde; 2003, Brasília (DF), Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Paulo [citado em 2013]  
Disponível [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf)
17. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde; 2008, Brasília (DF), Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Paulo [citado em 2013]  
Disponível [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_13.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_13.pdf)
18. Antunes LR. Ouvidorias do SUS no processo de participação social em saúde Coletiva, vol. 5, núm. 26, janeiro-fevereiro, 2008, pp. 238-241, Editorial Bolina Brasil.  
Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/842/84202604.pdf>

Data de submissão: 17/12/2013

Data de aprovação: 04/06/2014