

AS OUVIDORIAS E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO: O CONTROLE SOCIAL NAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

THE OMBUDSMEN AND ITS INSTITUCIONALIZATION: THE COMMUNITY INVOLVEMENT IN MUNICIPAL HEALTH AUTHORITIES

Nathalie Alves AGRIPINO *

Edvânia Maria da SILVA**

Leonardo CARNUT***

Rosalva RAIMUNDO****

Resumo: Nos estudos sobre controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) pouco tem se discutido sobre o caso das ouvidorias. Assim, este trabalho visou conhecer a situação das ouvidorias no estado de Pernambuco. Usou-se a abordagem qualitativa através da pesquisa documental de 185 Relatórios Anuais de Gestão (RAG), com a análise de conteúdo das pactuações/execuções descritas pelas secretarias de saúde cuja matriz interpretativa transitou entre a teoria institucional e a Análise Institucional. Ao analisar a situação das ouvidorias, 88,1% (163) dos municípios não implantaram nenhuma no período analisado. Sobre as “situações das ouvidorias descritas”, verificou-se que a temática mais frequente foi “0 Proporção de municípios com ouvidorias implantadas”. Do ponto de vista da análise da institucionalidade, é possível afirmar que a institucionalização das ouvidorias no estado é propositalmente incipiente. Mesmo considerando a padronização que estes documentos detêm, a forma como estes foram pactuados sugere maior preocupação com a norma do que com a participação.

Palavras-chaves: Participação Social, Institucionalização, Ouvidoria, Relatórios Anuais.

Abstract: In studies on community involvement in the Unified Health System, it has been fewer discussed about the case of ombudsmen. This work aimed to know the situation of the ombudsman in the state of Pernambuco. The qualitative approach was used through the documentary research of 185 Annual Management Reports, with the content analysis of the pacts/executions described by the health secretariats whose interpretative matrix moved between institutional theory and Institutional Analysis. About the ombudsman, 88.1% (163) of the municipalities did not implement anyone in the period. Regarding the “ombudsman situations described”, it was found the most frequent theme was “0 Proportion of municipalities with established ombudsmen”. From the Institutional Analysis, it is possible to state that the institutionalization of ombudsman offices in the state is purposely incipient. Even considering the standardization of these documents, the way they were agreed suggests a greater concern with standard form than the social participation.

Keywords: Social Participation, Institutionalization, Ombudsman, Annual Reports.

Submetido em 24/09/2018.

Aceito em 16/10/2019.

* Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco (2018). Especialização Promoção e Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho (2019). Técnica na Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador/DSASTE/MS. QMSW 05 Lote 02 D – 127. Sudoeste – Brasília/DF. E-mail: <nathaliealves7@gmail.com>.

** Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco (2018) e graduação em Bacharelado em Gastronomia e Segurança Alimentar pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (2009) e graduação em Bacharelado em Gastronomia e Segurança Alimentar pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (2009). Rua Joaquim Possidônio, 40, Residencial União, apt 02, Janga, Paulista/PE, Cep: 53435-210. E-mail: <edvania.86silva@gmail.com>.

** Sanitarista com formação de base em Ciências Sociais (UFPE) e Odontologia (UPE). Pós-Doutor em Saúde Pública (Ciências Sociais e Humanas em Saúde) pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Possui Doutorado em Saúde Pública (Política, Gestão e Saúde) pela FSP-USP (2015). Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS). Campus São Paulo. Rua Pedro de Toledo, 859, Vila Clementino, São Paulo, SP. E-mail: <leonardo.carnut@gmail.com>.

** Mestre em Saúde Pública pelo Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ-PE. Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade de Pernambuco (UPE) e Gestão Ambiental pelo Instituto Federal de Pernambuco. Especialização em Saúde Pública (UPE). Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (COREMU IMIP). Gerente de Vigilância Sanitária DSVI – Prefeitura do Recife. Rua Manoel Joaquim de Almeida, 231, Apto 1002, Recife, PE. E-mail: <rosalva_jupi@hotmail.com>.

Introdução

Diferentemente da sociologia, que considera o controle social como o papel coercitivo do Estado sobre a sociedade (BERGER, 2007), com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) houve uma inversão neste sentido. Neste setor, entende-se como controle social, o papel da sociedade no controle das ações do Estado podendo ser realizado sob diversas formas. Dentre elas, as ouvidorias têm sido apontadas como aquelas que podem possibilitar maior proximidade do cidadão com a máquina pública (MACHADO, 2014; CARVALHO, 2015).

Desde o início dos estudos sobre controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), muitos esforços foram realizados na investigação sobre os conselhos de saúde como forma operacional do controle social sobre o sistema (ASSIS; VILLA, 2003; ALMEIDA; BARBOSA, 2014), entretanto pouco tem se discutido sobre outras expressões práticas desse controle, como no caso das ouvidorias.

Conceitualmente, as ouvidorias consistem em um espaço democrático no qual o cidadão/usuário pode expressar sua opinião, trazendo alguma reclamação, denúncia, elogio, solicitação ou ainda alguma sugestão; sua principal função é “ouvir” a manifestação acerca dos serviços prestados (BRASIL, 2013).

Entretanto, em que pese a importância das ouvidorias como espaço de exercício da gestão participativa, a relação ouvidoria com o controle social requer uma cultura política de participação que não é espontânea. Esta participação deve ser construída forjando sujeitos interessados que prezam pela execução das decisões tomadas no âmbito estatal, cuja qualidade da participação depende, ainda, do conhecimento acerca dos instrumentos (jurídicos, financeiros, técnicos) necessários para exercer este controle.

Quando se trata do setor saúde, a percepção sobre a qualidade (VUORI, 1991; FADEL; RÉGIS FILHO, 2009) dos serviços prestados pode ser considerado como a questão central sobre a procura dos usuários às ouvidorias, especialmente no que tange aos elementos subjetivos relacionados à assistência direta propriamente dita (DESLANDES, 2006).

Assim, a busca pela opinião do usuário no SUS vem sendo considerada um método importante para melhorar o cuidado em saúde, fornecendo informações na perspectiva de quem usa o serviço e, se bem trabalhadas, podem permitir o aprimoramento dos mesmos (COTTA et al, 2005).

Em geral, há uma expectativa de que cabe aos gestores e trabalhadores deixarem afetar-se pelas demandas dos usuários dos serviços de saúde e que estes vão “naturalmente” aperfeiçoar seus processos de trabalhos visando satisfazer os usuários (DIAS; RAMOS; COSTA, 2010).

Por este motivo, diz-se com frequência que as ouvidorias devem ser iniciativas que partam das administrações públicas locais como forma de canalizar as demandas da sociedade civil para o contínuo melhoramento dos serviços públicos, gerando, necessariamente, um sistema de retroalimentação (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013), devolvendo ao usuário os encaminhamentos realizados.

No entanto, o que se percebe é que a responsabilidade das diferentes municipalidades (e seus atores) não tem sido um tema de pesquisa de interesse pela comunidade acadêmica, ajudando a perpetuação de certo ‘senso comum’ sobre o tema.

Os poucos estudos sobre ouvidorias no SUS (ASSIS; VILLA, 2003; ARAÚJO, 2012; SANTOS JÚNIOR, 2012; LIMA; RIVERA, 2006; BRASIL, 2013) tem se concentrado na reflexão sobre como estes dispositivos têm contribuído para o exercício da democracia ou ainda como tem sido o processo de trabalho em algumas iniciativas locais. Mesmo considerando a relevância desta produção, ainda persiste uma lacuna a respeito da dimensão em que as ouvidorias têm tomado no âmbito de sua institucionalização no interior do sistema.

Quando se trata de ‘institucionalização’, é sabido que há diversas tradições de pesquisa que concebem o conceito tomando-o para si interpretações específicas. Considera-se nesta pesquisa o conceito de institucionalização como um processo de construção da:

instituição como sendo a forma assumida pela produção e reprodução de relações sociais em um dado modo de produção, como um reflexo da organização das relações de produção nessa sociedade. (LINS; CECÍLIO, 2008; p.492).

Ainda que se reconheça a instituição como forma de reprodução de um modo de produzir às relações nas organizações, a teoria institucional contemporânea, de ênfase normativa e cujo nível transita entre a sociedade e o ‘campo organizacional’ (PARSONS, 1954), ajuda a capturar ‘o concreto’ que expõe o primeiro momento para uma crítica dialética sobre a institucionalização de uma ação gerencial, como no caso das ouvidorias.

Por isso, utilizar-se do que nos interessa da sociologia institucional parsoniana se torna profícuo para capturar os dados sobre o concreto, contudo, não deve ser o horizonte de análise. Reconhecer que esta teoria institucional está assentada em uma trajetória conservadora ao longo de sua consolidação é essencial (CARVALHO; VIEIRA; SILVA, 2012), portanto, nos ajuda somente até o ponto da identificação do real.

A análise institucional (LOURAU, 1996), herdeira e crítica construtiva do marxismo ajuda a compreender melhor a institucionalização a luz do conceito exposto por Lins e Cecílio (2008). Ao pensar a instituição como um reflexo da organização das relações de produção, em uma dada sociedade, concebe-se a institucionalização como um dos momentos da instituição (no caso o controle social) ou formas singulares (no caso desta pesquisa, as ouvidorias) que congregam os dois outros momentos, da universalidade e da particularidade. Aqui, consideramos a universalidade do controle social, e a particularidade das ouvidorias como forma deste controle em uma tentativa de síntese.

Embasando-se nisso, é que este estudo tem por objetivo conhecer a situação das ouvidorias no estado de Pernambuco a partir da pactuação/execução descritas pelas secretarias municipais de saúde. O intuito é analisar a magnitude das ouvidorias como forma de controle social devidamente institucionalizado no âmbito do SUS.

Para tanto, três objetivos específicos foram foco deste estudo: caracterizar as proporções em que são contemplados o controle social (em sentido amplo) e a ouvidoria (em sentido específico) nas secretarias municipais do estado de Pernambuco; analisar as categorias emergentes dos conteúdos dispostos sobre controle social nos documentos que apresentam as pactuações/execuções do controle social e ouvidorias nestas secretarias; e, por fim, realizar algumas aproximações do conceito de “institucionalização” ao caso das ouvidorias como forma de controle social.

1. Percurso metodológico

A aproximação do objeto de estudo foi realizada por meio da abordagem qualitativa, tomando-se a pesquisa documental como método eleito para a coleta de dados. Para a (des)reconstrução dos dados foi utilizada à análise de conteúdo clássica, do tipo frequencial, conforme descrito por Bauer (2010). Quando se trata da pesquisa com documentos, Cellard (2008) justifica seus usos como fonte de pesquisa pelo fato de que, além de ampliar o entendimento sobre questões socioculturais, estes materiais são um testemunho registrado de atividades particulares ocorridas num passado recente.

Contudo, é necessário dar a precisão conceitual adequada ao método de coleta eleito para este estudo. Há uma diferença, ainda que tênue, mas fundamental, sobre ‘pesquisa documental’ e uma ‘análise documental’. A análise documental é mais ampla e considera desde o contexto da produção do documento até suas minúcias textuais (CELLARD, 2008), enquanto que a ‘pesquisa documental’ se utiliza do documento de forma mais focada, muitas vezes mais preocupada com a construção de um *corpus* textual do que com a reconstrução da atmosfera contextual (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Assim, nesta pesquisa documental, construiu-se o *corpus* com foco na busca por conceitos-chave (controle social e ouvidorias) e a lógica interna de escrita do texto tão-somente.

Neste caso, a escolha pelo ‘documento’ como material empírico é pertinente. Para trabalhos que se debruçam sobre a realidade de um serviço, a coleta de documentos em forma textual provenientes de organismos públicos (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2008; FLICK, 2009) tende a ser a forma mais adequada para uma primeira aproximação, já que este método não depende de pessoas que cedam entrevistas (PATTON, 2002; LIAMPUTTONG; EZZY, 2005), tornando o processo de coleta mais célere.

Assim, os documentos usados nessa pesquisa para identificar a pactuação/execução do controle social e das ouvidorias foram os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) das secretarias municipais de saúde, sendo os mais atualizados entre o período 2011 a 2015. Para a captura destes documentos, acessou-se o portal eletrônico do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SargSUS), que arquiva e disponibiliza livremente os documentos gerenciais fundamentais para gestão do setor saúde dos municípios. Coletaram-se os Relatórios Anuais de Gestão de todos os municípios de Pernambuco para proceder à análise com foco no que estes documentos versam sobre o controle social e as ouvidorias descritas pelos municípios.

A organização da análise foi realizada em duas etapas: uma primeira, na qual foi conduzida uma leitura flutuante do material para proceder a impregnação da lógica no qual foi confeccionado. Após isso, uma segunda etapa se dedicou a identificar o ‘*corpus*’ do texto sob análise (TRIVIÑOS, 2008) que, neste estudo, se restringiu ao conteúdo relacionado ao controle social, em especial sobre a ouvidoria.

Após a leitura flutuante os dados foram sistematizados em duas perspectivas. Uma primeira cuja finalidade foi ter uma visão panorâmica da totalidade do conteúdo do material através da apreciação das principais repetições de unidades de texto (tomando-se, aqui, a ‘unidade proposicional’) (BAUER, 2010) e em seguida, uma propriamente dita no conteúdo através da análise das categorias para descrever os agrupamentos dos temas relativos ao objeto sob estudo (POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2009).

Após as emergências temáticas categorizadas, seus conteúdos serviram de subsídio para realizar uma aproximação deste material com o conceito de institucionalização com a finalidade de levantar hipóteses sobre como é que o processo de institucionalização do controle social se encontra no âmbito das secretarias municipais do estado de Pernambuco, especialmente no que se refere à ouvidoria como serviço constituinte deste controle.

Partiu-se para a reflexão sobre a problemática do conceito de “institucionalização” trazida pela análise institucional (LOURAU, 1996), na tentativa de síntese, crítica, ainda que restrita ao primeiro momento de construção do dado, mas fundamental para análises futuras mais robustas sobre a institucionalização das ouvidorias *in loco* nessas secretarias municipais.

Os documentos analisados neste estudo são de caráter público não se constituindo assim em uma pesquisa envolvendo seres humanos conforme explicitado na resolução nº. 466/2012 (BRASIL, 2013).

2. Resultados e discussão

2.1. Uma descrição panorâmica e específica dos conteúdos

Na pré-análise dos documentos, observou-se como se organizava a edição e publicação dos Relatórios Anual de Gestão (RAG). De acordo com as Portarias nº 3.085/GM e nº 3.332/GM, o RAG é o instrumento de planejamento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS), consolidados com base no conjunto de ações, metas e indicadores, como também fornecem orientações necessárias ao Plano de Saúde e às Programações Anuais de Gestão.

Nos dias 29 e 30 de junho de 2016 foram coletados 181 RAG dos municípios de Pernambuco, entre os anos de 2011 a 2015, no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SargSUS). Quatro municípios não haviam enviado nenhum Relatório de Gestão até aquele momento, portanto não estavam disponíveis no SargSUS.

Foi possível perceber, ao ler cada relatório, que sua confecção segue uma padronização que varia ano a ano. Notou-se que os RAG nos formatos mais novos possuem menos informações, e aqueles nos

formatos antigos apresentam-se mais completos. A identificação do controle social nos relatórios foi feita minuciosamente. Foi preciso ler cada objetivo, ação, indicador e meta, visando encontrar sinônimos do termo controle social e participação social. Os RAG de 2015 (formato mais novo) apresentam dados sobre controle social no meio e no fim do documento, antecedendo dados sobre atenção à saúde da assistência. Os RAG de 2011 a 2014 (formato mais antigo) apresentam a citação do termo no início, no meio e no fim de cada relatório, variando de acordo com o município.

Foi identificado na análise os objetivos ‘das ações’, ‘dos indicadores’, ‘das metas’ e ‘da situação das ouvidorias em saúde’. Isso tinha como objetivo perceber como o município se organiza para fortalecer a participação da comunidade, prevista na Lei 8.080/90. Os documentos apresentaram algumas semelhanças em sua construção. Os objetivos, os indicadores e as metas repetiram-se com bastante intensidade nos relatórios e, além disso, os conteúdos destes pouco dialogam entre si, principalmente quanto aos indicadores e as metas. Foi possível observar que os municípios costumam produzir este instrumento de gestão dando pouca importância a sua construção. Na coleta e na construção das tabelas e gráficos, notou-se ainda que os municípios deixaram a desejar na ampliação do controle social na formulação dos objetivos, ações, indicadores e metas inscritas no documento, fato que já nos adianta que o controle social nesses documentos não goza de tanta importância.

Quanto ao processo de (des)reconstrução dos dados, foi traçado um olhar panorâmico sobre os documentos. Quanto à proporção de ‘atualização’ dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) na totalidade dos 185 municípios de Pernambuco entre os anos de 2011 a 2015, é possível afirmar que 54% (100) dos municípios de Pernambuco possuem seus RAG atualizados no ano de 2015, seguido dos municípios que possuem atualização no ano de 2014, correspondendo a 28,1% (52). O somatório dos municípios mais desatualizados entre os anos de 2011 a 2013 correspondem a 15,7 % (29). Apenas 2,2 % (4) municípios de Pernambuco não apresentaram Relatório Anual de Gestão disponibilizados no SargSUS no período consultado.

A partir desse quadro mais geral, optou-se por promover uma análise desagregada pelas Regiões de Saúde do estado de Pernambuco, denominadas pela secretaria de saúde do estado de Gerências Regionais de Saúde (Geres).

Para a análise dos dados por Geres, observou-se as presenças, ausências e repetições do conteúdo para construção dos *corpus*. Primeiramente, quanto à repetição dos objetivos, pode-se identificar pela tabela 1 que 63,7% (14) dos municípios da Geres III são os que mais repetiram pelo menos um objetivo sobre o controle social em seus RAG. Em seguida sendo acompanhada pela Geres IX com 36,4% (4). Existiu a predominância quanto às repetições de pelo menos dois objetivos entre as Geres V, VI, VII, VIII, IX, X e a XI, que quando somadas, contemplaram um percentual de 71,3% (58) dos municípios pernambucanos. As Geres I e II são as que possuem maior número de municípios que não repetiram seus objetivos, sendo respectivamente 55% (11) e 35% (7). Em âmbito geral 5,9 % (11) dos municípios não possuem objetivos descritos em seus relatórios.

Em relação à presença de ações relacionadas ao controle social identificadas nos relatórios, pode-se verificar pela tabela 1 que apenas 21,6% (40) municípios possuem ações descritas. Nas Geres I, II e XII é predominante o quantitativo de municípios que se preocupam em incorporar conteúdo de ações da Programação Anual de Saúde, correspondendo respectivamente 45% (9), 40% (8) e 40% (4). Dos 185 municípios de Pernambuco, 78,4% (145) não possuem ações descritas no RAG quanto ao controle social.

Neste momento, analisando a situação específica das ouvidorias descritas nos Relatórios Anuais de Gestão, foi possível notar que dos 185 municípios 88,1% (163) não implantaram nenhuma ouvidoria conforme expresso na tabela 1. A Geres XII apresentou 80% (8) de seus municípios sem ouvidoria implantada. Apenas 12 municípios conseguiram atender as metas propostas para o controle social, implantando ouvidorias para fortalecer a participação social, o que correspondeu a 6,5% (12) dos municípios Pernambucano, outros 5,4% (10) dos municípios nem citam em seu relatório a palavra ouvidoria.

Tabela 1

Proporção sobre as repetições dos objetivos e ações referentes ao controle social, e situação da ouvidoria no Relatório Anual por Geres dos municípios de Pernambuco. Junho, 2016.

Geres	Repetições dos Objetivos										Identificação das Ações sobre Controle Social no RAG						Situação descrita sobre a Ouvidoria no relatório								
	Não Repete Objetivos		Repete 1 Objetivo		Repete 2 Objetivos		Não Possui Objetivos		Total de Municípios		Possuem Ações de Controle Social no RAG		Não Possuem Ações de Controle Social no RAG		Total de Municípios		Ouvidoria Implantada		Ouvidoria Não Implantada		Não Cita a Palavra Ouvidoria		Total de Municípios		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
I	11	55,0	5	25,0	2	18,2	2	18,2	20	100,0	9	45,0	11	55,0	20	100,0	1	5,0	17	85,0	2	10,0	20	100,0	
II	7	35,0	2	18,2	11	55,0	0	0,0	20	100,0	8	40,0	12	60,0	20	100,0	1	5,0	19	95,0	0	0,0	20	100,0	
III	0	0,0	14	63,7	5	22,7	3	13,3	22	100,0	2	9,0	20	91,0	22	100,0	0	0,0	19	86,4	3	13,6	22	100,0	
IV	6	18,7	10	31,3	14	43,7	2	6,3	32	100,0	7	21,9	25	78,1	32	100,0	5	15,6	24	75,0	3	9,4	32	100,0	
V	3	14,3	2	9,5	13	61,9	3	14,3	21	100,0	4	19,0	17	81,0	21	100,0	1	4,8	19	90,4	1	4,8	21	100,0	
VI	0	0,0	3	23,0	10	77,0	0	0,0	13	100,0	1	7,7	12	92,3	13	100,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0	13	100,0	
VII	1	14,3	0	0,0	6	75,7	0	0,0	7	100,0	0	0,0	7	100,0	7	100,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	7	100,0	
VIII	1	14,3	0	0,0	6	75,7	0	0,0	7	100,0	2	28,6	5	71,4	7	100,0	1	14,3	6	85,7	0	0,0	7	100,0	
IX	0	0,0	4	36,4	7	63,6	0	0,0	11	100,0	1	9,0	10	91,0	11	100,0	1	10,0	10	90,0	0	0,0	11	100,0	
X	1	8,3	2	16,7	9	75,0	0	0,0	12	100,0	2	16,7	10	83,3	12	100,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	12	100,0	
XI	0	0,0	2	20,0	7	70,0	1	10,0	10	100,0	0	0,0	10	100,0	10	100,0	0	0,0	9	90,0	1	10,0	10	100,0	
XII	2	20,0	3	30,0	5	50,0	0	0,0	10	100,0	4	40,0	6	60,0	10	100,0	2	20,0	8	80,0	0	0,0	10	100,0	
Total	32	17,3	47	25,4	95	51,4	11	5,9	185	100,0	40	21,6	145	78,4	185	100,0	12	6,5	163	88,1	10	5,4	185	100,0	

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SargSUS) (2016).

Ainda sobre o processo de (des)reconstrução dos dados, neste segundo momento abordou-se os conteúdos dos *corpus* existentes sobre o controle social e as ouvidorias nos documentos. Assim, realizou-se uma análise frequencial dos temas tentando agrupar os conteúdos descritos nos RAG relacionados aos “objetivos do controle social”, às “ações relacionadas ao controle social” e sobre as “situações das ouvidorias descritas”.

Para isso, procedeu-se a identificação de estruturas léxico-semânticas que se aproximavam do ponto de vista de significado gerando um conjunto de conteúdos assemelhados por um “tema” (análise temática). É importante ressaltar que os RAG que apresentavam objetivos e ações exatamente iguais (conforme descrito anteriormente) pelo menos um deles foi excluído.

Esse procedimento teve como finalidade garantir que os RAG que apresentavam essa repetição literal não atribuíssem à análise frequencial dos temas emergentes um valor superior a um tema que, na realidade poderia ter. Isso por se tratar da cópia fiel de um RAG de uma secretaria qualquer e que na realidade não expressa a organização dos membros da gestão na confecção do documento. Assim, dos 74 conteúdos identificados (que não apresentam repetições literais) foi possível agrupá-los em 17 temas. Estes últimos expressam os conteúdos dos objetivos para com o controle social nos Relatórios Anuais de Gestão do SUS das secretarias municipais de saúde do estado de Pernambuco, conforme pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2

Proporção da análise temática frequencial dos objetivos que não se repetem nos Relatórios Anuais de Gestão. Junho, 2016.			
Número de Temas			
Emergidos	Conteúdo dos Temas Agrupados	Nº	%
1	Fortalecer as ações do Controle Social.	19	25,68
2	Viabilizar a participação dos conselheiros em eventos de interesse ao controle social.	9	12,16
3	Realização de reuniões ordinárias e extraordinárias.	7	9,45
4	Nenhum objetivo encontrado.	7	9,45
5	Implantar mecanismos de gestão compartilhada.	6	8,11
6	Garantir espaços físicos adequados para atendimento dos serviços de ouvidoria.	4	5,40
7	Capacitar os conselheiros de saúde.	4	5,40
8	Não possuem RAG.	4	5,40
9	Solidificar a ouvidoria como canal efetivo e direto de comunicação entre usuário e gestor.	3	4,10
10	Fortalecimento da capacidade comunicativa.	2	2,70
11	Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.	2	2,70
12	Qualificar a gestão do SUS.	2	2,70
13	Assegurar a deliberação autônoma do controle social.	1	1,35
14	Descentralizar os serviços de ouvidoria para o hospital do município.	1	1,35
15	Servidores efetivos capacitados como ouvidores do SUS.	1	1,35
16	Garantir em 100% a manutenção do conselho municipal de saúde.	1	1,35
17	Aprimoramento das instâncias e processos de participação social no SUS.	1	1,35
TOTAL		74	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SargSUS) (2016).

Foi possível perceber que 25,68% (19) dos conteúdos estão relacionados com o tema: “Fortalecer as ações do Controle Social”. O segundo tema mais frequente foi “Viabilizar a participação dos conselheiros em eventos de interesse ao controle social” 12,16% (9) e dois temas foram identificados como temas mais frequentes: “Realização de reuniões ordinárias e extraordinárias” 9,45% (7) e “Nenhum objetivo encontrado” 9,45% (7). Todos os demais temas identificados a seguir obtiveram uma frequência menor (Tabela 2).

No que se refere às ações relacionadas ao controle social identificadas nos RAG, foi possível identificar 308 conteúdos que foram categorizados em um total de 25 temas que emergiram dos relatórios, conforme pode ser visto na tabela 3. Dentre eles, o mais frequente foi “Nenhuma ação no Documento” 46,10% (142). O segundo tema mais frequente foi “Estruturar o espaço físico do Conselho Municipal de Saúde (CMS)” 8,44% (26) e três temas foram identificados como o terceiro mais frequente “Implantar a ouvidoria municipal de saúde”, “Reunião com o conselho municipal de saúde” e “Qualificar os conselheiros municipal e regional de saúde” todos representando 5,19% (16) do total do conteúdo.

Tabela 3

Proporção da análise temática frequencial das ações relacionadas ao controle social identificadas nos Relatório Anuais de Gestão. Junho, 2016.

Número de Temas Emergidos	Conteúdo dos Temas Agrupados	Nº	%
1	Nenhuma Ação no Documento.	142	46,10
2	Estruturar o espaço físico do CMS.	26	8,44
3	Implantar a ouvidoria municipal de saúde.	16	5,19
4	Reunião com o conselho municipal de saúde.	16	5,19
5	Qualificar os conselheiros municipal e regional de saúde.	16	5,19
6	Elaboração dos instrumentos de gestão.	15	4,87
7	Fortalecimento da participação social do SUS.	11	3,57
8	Reformular a Lei do Conselho Municipal de Saúde.	10	3,25
9	Realizar a conferência municipal de saúde.	10	3,25
10	Apoiar o conselho municipal de saúde, nas supervisões na rede de saúde.	8	2,60
11	Desenvolver ações de mobilização social.	7	2,30
12	Implementar as ações da ouvidoria municipal de saúde.	4	1,30
13	Não possuem nenhum RAG.	4	1,30
14	Promoção de capacitação de servidores efetivos como ouvidores do SUS.	3	1,00
15	Realizar 01 planejamento participativo.	3	1,00
16	Monitoramento das deliberações das conferências de saúde (VI CMS).	3	1,00
17	Ampliar as ações de educação popular em saúde;	2	0,65
18	Dar transparência à população da existência do Conselho Municipal de Saúde.	2	0,65
19	Descentralização dos serviços de ouvidoria.	2	0,65
20	Garantir a alternância da presidência do conselho de saúde.	2	0,65
21	Elaborar cronograma de participações.	2	0,65
22	Implantar/implementar o sistema de informação da ouvidoria.	1	0,30
23	Ações Ouvidoria: Atender a todas as demandas no prazo de 15 dias.	1	0,30
24	Disseminar informações sobre o SUS.	1	0,30
25	Realização de estudo sobre a portaria do ParticipaSUS.	1	0,30
TOTAL		308	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SargSUS) (2016).

Especificamente sobre os conteúdos relacionados à situação das ouvidorias, foi possível identificar 266 conteúdos que puderam ser categorizados em um total de 19 emergências temáticas, conforme pode ser visto na tabela 4. A mais frequente foi relacionada com “0 Proporção de municípios com ouvidorias implantadas” 63,91% (170). A segunda mais frequente tratou-se do tema “Garantir a implantação e manutenção da Ouvidoria” 10,15% (27) e o terceiro “1 Proporção de municípios com ouvidorias implantadas” 5,26% (14).

Tabela 4

Proporção da análise temática frequencial sobre a situação descritas das ouvidorias nos Relatório Anuais de Gestão. Junho, 2016.

Número de Temas Emergidos	Conteúdo dos Temas Agrupados	Nº	%
1	0 Proporção de municípios com ouvidorias implantadas.	170	63,91
2	Garantir a implantação e manutenção da Ouvidoria.	27	10,15
3	1 Proporção de municípios com ouvidorias implantadas.	14	5,26
4	Capacitar os conselheiros municipais de saúde sobre o papel da ouvidoria.	9	3,38
5	Não apresenta informações sobre as ouvidorias.	8	3,00
6	Solidificar a ouvidoria como canal efetivo e direto de comunicação entre usuário e gestor.	6	2,25
7	Rede de Humanização e Ouvidoria da Saúde.	5	1,88
8	Participação do conselho de saúde.	5	1,88
9	Redefinir as competências da ouvidoria.	4	1,50
10	Implementar as ações da ouvidoria municipal de saúde.	4	1,50
11	Não possuem RAG	4	1,50
12	Descentralizar os serviços de ouvidoria.	3	1,10
13	Realizar ações para incorporação do conceito de Ouvidoria.	1	0,38
14	Implantar uma linha 0800 para Ouvidoria da Saúde.	1	0,38
15	Avaliar a satisfação do usuário da Atenção Básica e Média complexidade.	1	0,38
16	Fortalecer a gestão do SUS.	1	0,38
17	Realizar parceria com a ouvidoria municipal.	1	0,38
18	Elaborar relatório quadrimestral sobre o perfil das demandas captadas pela ouvidoria.	1	0,38
19	Serviços de ouvidoria do SUS divulgados.	1	0,38
TOTAL		266	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SargSUS) (2016).

2.2. Refletindo sobre as características do controle social, das ouvidorias e sua institucionalização no SUS

Ao se refletir sobre os dados produzidos a respeito do controle social e a posição das ouvidorias é possível abstrair algumas hipóteses sobre sua institucionalização para o fomento da participação social em saúde no estado estudado.

De forma geral, pode-se sugerir que há certo descompromisso das secretarias municipais de saúde de Pernambuco em implantar ouvidorias como forma de ampliar o controle social no processo decisório no setor saúde e na qualificação da gestão. Stozt (2006) já apontava como limites do controle social no SUS

as dificuldades dos usuários no controle da execução da política de saúde no caso dos conselhos. Isso permite refletir sobre o lugar mais marginal ainda em que as ouvidorias se encontram nesse cenário, conforme apresentado nos dados.

Os primeiros resultados trouxeram a preocupação com o cumprimento normativo previsto na lei 141, Art. 36, § 1º. (VUORI, 1991; BRASIL, 2012). Esta normativa estabelece que as esferas de governo têm até o dia 30 de março do ano da execução financeira para enviar seu relatório anual de gestão, aguardando o parecer conclusivo do conselho de saúde e assim disponibilizar os relatórios dentro do prazo para conhecimento público, utilizando o sistema de apoio ao relatório de gestão do SUS (SargSUS).

Contudo, o que se percebeu na análise dos documentos das secretarias é a inconformidade com esta norma. Isto pode estar associado aos problemas com os recursos humanos e por sua vez ao despreparo técnico-científico no preenchimento deste instrumento (BRASIL, 2013; LIMA, 2013). Exatos 46% (85) dos municípios não disponibilizaram relatórios atualizados no ano de 2015, o que já denota a desimportância que o relatório apresenta enquanto instrumento de planejamento e controle da gestão do SUS.

Foi possível identificar que a cada ano é pactuado com o conselho nacional de saúde um tipo de formatação e a padronização do relatório anual de gestão para municípios com mais de 50.000 habitantes. Esta padronização apesar de ser prevista na lei 141/2012, Art. 36, § 4º (BRASIL, 2012) levanta dúvidas sobre as reais necessidades dos municípios referentes ao controle social, da sua ampliação e sobre a qualidade do documento como instrumento norteador das atividades pensadas e executadas pelos municípios.

Lima e Rivera (2009) assinalam que desde 1996 já existia uma tendência de negligência com o preenchimento e aprovação de documentos importantes sobre as pactuações feitas no SUS. Os autores enfatizam que, quando estes documentos existem, eles explicitam muito mais as questões financeiras que as ações e impactos, demonstrando claramente quais elementos importam para os gestores em cena.

Isso pode ser endossado quando os dados apontam que 76,8% dos municípios repetem seus objetivos. Trata-se de uma espécie de ‘copiar-e-colar’, muitas vezes de forma apressada, entre os funcionários do corpo técnico-administrativo que limita a confecção do documento e, portanto, impede uma reflexão crítica sobre como avançar na institucionalização do controle social como ferramenta para qualificar a gestão do SUS, tornando esse ponto mais uma exigência técnica a ser cumprida burocraticamente.

A Gerência de Saúde que menos apresenta repetições em seus objetivos é a Geres I, onde 55% (11) de seus municípios mostram-se diferentes na construção de seus objetivos. Isso pode estar relacionado com o fato da Geres I compreender os municípios de Recife e região metropolitana, tradicionalmente mais desenvolvidos e com corpo técnico maior e mais qualificado. Contudo, é importante ressaltar que 78,4% (145) dos municípios não apresentam em seus Relatórios nenhuma ação relacionada ao controle social em geral. Esse dado pode ser explicado por diversas razões.

Uma hipótese que pode ser fortemente considerada no caso do estado em análise é a forma como os relatórios são padronizados e elaborados. Em diversos municípios, especialmente aqueles mais distantes

da capital, consórcios são feitos com um técnico especializado em sistemas de informação ou prestadoras que fornecem o mesmo serviço para um conjunto de municípios. Isso favorece a replicação dos mesmos conteúdos em diversos municípios (inclusive a replicação da ausência destes conteúdos) e colabora para que não haja a produção de um relatório singular e que expresse o conteúdo da discussão de seus conselheiros (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Especificamente no caso das ouvidorias, verifica-se que 88,1% (163) dos municípios não implantaram nenhuma ouvidoria de acordo com o último relatório emitido por cada secretaria. Este problema pode estar atrelado à insignificância que as ouvidorias apresentam para os gestores como forma operacional de controle social. Mesmo considerando que a participação social consiste em um princípio do SUS, estabelecido pela lei 8.080/90, posicionar-se sobre o Sistema e ajudá-lo a desenvolver-se, no que se refere às formas de controle social, é prerrogativa inerente dos gestores dos sistemas de saúde. No entanto, estudos apontam que, quando as ouvidorias existem no SUS, elas se constituem em experiências focais, em pouquíssimos municípios e ainda não são consideradas essenciais (MACHADO, 2014; CARVALHO, 2015).

Mesmo tendo em vista que é de extrema importância que a esfera estadual atue em conjunto com seus municípios para garantir a execução de objetivos e ações, que disseminem a participação social criando uma cultura organizacional de diálogo entre a população e os serviços; os dados sugerem que a ouvidoria não é uma forma operacional de controle que apresente manifestação concreta na maior parte dos municípios estudados, remetendo também uma reflexão ao papel do âmbito estadual nesse sentido.

É sabido que as ouvidorias são importantes canais de comunicação, pois elas fornecem retorno sobre o serviço que vem sendo fornecido. As manifestações recebidas a partir das ouvidorias podem ser analisadas não só para a elaboração de um relatório de gestão, mas também para subsidiar a avaliação do trabalho ofertado à população. Mesmo sendo uma ferramenta que possibilite ao gestor compreender as dimensões da qualidade dos serviços (CAVALCANTE, 2014), é possível afirmar que a implantação das ouvidorias nas secretarias de saúde do estado de Pernambuco ainda é incipiente.

Ao analisarmos os conteúdos sobre o controle social dos objetivos que não apresentam repetições, foi possível notar que os municípios tratam do 'Fortalecimento da participação social' como principal forma de avançar nesse quesito, entretanto, sua formulação 'genérica'/'não-específica' sugere que este conteúdo é uma simples intenção. É possível fazer essa afirmação quando se compara com o segundo conteúdo mais frequente 'Viabilizar a participação dos conselheiros em eventos de interesse ao controle social' que está mais elaborado e específico, sugerindo que os municípios possam ter se debruçado sobre essa questão.

Ainda assim, essas duas categorias mostram o quão frágil é o olhar de quem está na construção destes instrumentos. Apesar de englobar o assunto do controle social, através da proposição deste objetivo, pouco se pode considerar 'avanço' no conteúdo destas categorias que já deveriam estar adequadamente implantadas segundo preceitos legais (BRASIL, 1990).

Dentre o que se identificou nas ações referentes ao controle social, percebeu-se, ainda, como temática mais frequente que os municípios ‘deixam em branco’, sugerindo mais uma vez a vontade de não se comprometer com ‘aquilo que não se quer fazer’. Essa esquivia em assumir o controle social como elemento essencial dificulta o processo de transparência dos serviços públicos, característica já bem documentada por Pinto (2006) sobre a relação executivo-legislativo. Por exemplo: em alguns municípios é proposto a estruturação do espaço físico do Conselho municipal de saúde, porém na prática das metas executadas, observa-se que isso não acontece efetivamente pela repetição da meta nos anos seguintes.

Quando se analisa a situação das ouvidorias, fica claro que os municípios até tentam propor, mas não executam nada que traga sentido ao que tange a ampliação do controle social no SUS através das ouvidorias. Foram 19 temáticas emergentes nos textos dos relatórios, onde as principais relatam o conteúdo: ‘0 Proporção de municípios com ouvidorias implantadas’. Esta apresenta 170 repetições em 181 relatórios analisados, o que demonstra o descaso com a possibilidade de implantação das ouvidorias.

Ampliar o controle social ocasiona pressão social sobre as decisões referentes ao setor saúde, o que pode ser muito perigoso em se tratando de gestores e corpo técnico com intencionalidades escusas.

Em face a essa situação, é possível fazer primeiras aproximações sobre como as ouvidorias se encontram institucionalizadas no estado de Pernambuco. Levando-se em consideração que a teoria institucional visa explicar o funcionamento das instituições e suas organizações nas sociedades, o conceito de institucionalização ajuda a pensar o caso das ouvidorias como ampliação de um setor (controle social) de uma organização (secretarias) trazendo indícios sobre o *ethos* público das gestões em questão.

Por isso, só é possível pensar em uma ‘institucionalização’ (LINS; CECÍLIO, 2008) a partir dos dados analisados, que (por mais que apresentem problemas de preenchimento) são produtos de consensos políticos sobre a condução dos sistemas de saúde municipais. Assim, os Relatórios Anuais de Gestão ajudam a identificar, pelo menos normativamente, a institucionalização das ouvidorias como forma particular de controle social em saúde (NETO; DURÁN, 2016).

Assim, é possível dizer que as ouvidorias não são consensos e nem estão institucionalizadas na maior parte dos municípios do estado de Pernambuco, demonstrando o quanto esta forma de controle social não é prioridade. Isto sugere o descompromisso com o *ethos* públicos dos gestores destes serviços de saúde. Neste quesito, este estado ainda tem muito que avançar.

Seja no âmbito da produção acadêmica universitária, seja no âmbito da produção estatal de estatísticas e controle administrativo, existem poucos estudos e informações sobre esse amplo universo (NETO; DURÁN, 2016). No entanto, quando se pensa na capacidade de reprodução que estas organizações detêm (LOURAU, 1996), o RAG como forma de controle administrativo demonstra como as gestões não desejam que a população interpele o Estado, e, quando isso ocorra, que seja de forma tutelada.

Este trabalho possibilitou entender a constituição do campo de atuação política no que diz respeito às ouvidorias do SUS, em uma perspectiva estrutural, nos 185 municípios pernambucanos e como suas

principais características institucionais. É importante lembrar que esses registros no RAG são escolhas políticas e denotam a preocupação/ênfase em determinada ação/meta.

Mesmo considerando que esta ótica estrutural seja limitada (PARSONS, 1954) para compreender a dialética entre o universal e particular no caso das ouvidorias (LOURAU, 1996), é necessário reconhecer que esta forma de capturar o concreto é de grande valor para se ter como base a materialidade das ouvidorias neste estado em ‘grande escala’. Isso pode servir de acúmulo de informação inicial para repensar qual a essência do processo de controle social vivenciado no SUS pernambucano.

Ao se observar o caso das ouvidorias como ferramenta de gestão e como instância de controle social, a decisão majoritária é não implantá-las, comprometendo a perspectiva direta do usuário sobre o Sistema Único de Saúde (BRASIL 2009).

Desde a criação do SUS, os espaços institucionais de participação social (Lei 8.080/90 e 8.142/90) foram estabelecidos, mas ainda os municípios resistem em cumprir com o dever de promover condições para o exercício do controle social, não apenas via conselhos e conferências, mas principalmente em outros espaços e a partir de outros mecanismos institucionais, como no caso das ouvidorias.

A falta de interação entre gestão e usuários devido a inexistência das ouvidorias (163 municípios) ou incipiência por parte daquelas que já se encontram implantadas (12), dificulta a participação cidadã e conseqüentemente a própria autoavaliação da gestão quanto aos serviços prestados à população.

É importante mencionar que as manifestações, independente de sua natureza, sempre carregam sinais de alerta, desafios e muitas reflexões (BRASIL, 2006). Portanto, esta captura do concreto ajuda a refletir sobre as ouvidorias e sobre o controle social em geral, assim como sobre a imprescindível tarefa de promover e estruturar canais abertos e acessíveis de comunicação com a população (BRASIL 2009).

Considerações finais

Ante o exposto, este estudo traz contribuições para avançar no conhecimento científico sobre como as ouvidorias se apresentam pela informação trazida pelas próprias gestões municipais. Em outras palavras, é o próprio município descrevendo (ou não) o papel que ele reserva para as ouvidorias e sua dimensionalidade.

Assim, do ponto de vista da proporção em que são contemplados o controle social (em sentido amplo) e a ouvidoria (em sentido específico) nas secretarias municipais pode-se afirmar que menos de um quarto das secretarias de saúde no estado de Pernambuco se propõem a desenvolver objetivos para operacionalizar as ouvidorias em suas gestões. Mesmo considerando a padronização que os documentos oficiais detêm – os RAGs –, a forma como foram elaborados sugerem maior preocupação com a norma do que com as necessidades de implantação do controle social no SUS.

Do ponto de vista da análise das categorias emergentes dos conteúdos dispostos sobre controle social nos documentos que apresentam as pactuações/execuções do controle social e ouvidorias (quando

estes existem nos documentos), os RAG mais novos possuem menos informações, e os mais antigos apresentam-se mais completos. As gestões municipais dos serviços de saúde deixam a desejar no que se refere ao estabelecimento de ouvidorias para receber os usuários e suas opiniões para fortalecer o SUS.

Por fim, ao realizar algumas aproximações do conceito de “institucionalização” ao caso das ouvidorias como forma de controle social, diante da pouca quantidade de ouvidorias implantadas é possível afirmar que a forma na qual a gestão em saúde se posiciona politicamente sobre a sua institucionalização incita reflexões sobre a real garantia do seu *ethos* público.

Portanto, mesmo sabendo que as ouvidorias têm um papel fundamental na qualificação da gestão, este estudo aponta caminhos sobre qual é realmente o SUS que se quer e se luta, e, sem ampla participação social, sua construção ficará restrita ao mais residual da administração pública no Estado brasileiro.

Referências

ALMEIDA Manuel Guedes de; BARBOSA, Débora Regina Marques. Controle social no campo da saúde: considerações para debate. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, Recife. v. 5, n. 1: 71-76, 2014.

ARAÚJO, Viviane de Assis. **Ouvidoria em vigilância sanitária no âmbito da gestão estadual do SUS**: cenários e opiniões. Dissertação: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2012.

ASSIS, Mariluce Maria Araújo, VILLA, Tereza Cristina Scatena. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo. v. 3, n. 11, p. 376-382, 2003.

BAUER, Martin W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, Martin W.; GASKEL, Geroge. organizadores. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 189-217.

BERGER, Peter. A perspectiva sociológica – o Homem na sociedade. In: _____. **Perspectivas sociológicas** – uma visão humanística. 29a. edição, Petrópolis: Vozes, 2007, pp. 78-105.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Ouvidoria Fiocruz. Relatório Anual de Atividades: 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em : http://www.fiocruz.br/media/relatorio_ouvidoria_2006.pdf. Acesso em: 24 set. 2018.

BRASIL. Lei nº 141, 13 de janeiro de 2012. Regulamenta os valores mínimos a serem repassados pelos entes federativos. Diário oficial da União. 13 Jan 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 24 set. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Define as diretrizes para organização e funcionamento do Sistema de Saúde brasileiro. Diário oficial da União. 19 Set 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 24 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em : <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidoria SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio_cecilia_donnangelo_ouvidoria_sus.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 13 Jun 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 24 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Guia de orientações básicas para a implantação de ouvidorias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_implantacao_ouvidorias_sus.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

CARVALHO, Lilianny Mara Silva. **Participação Social**: ouvidoria da saúde como parte da construção da democracia brasileira. Dissertação: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri; 2015.

CARVALHO, Cristina Amélia; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; SILVA, Sueli Maria Goulart. A trajetória conservadora da teoria institucional. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, Recife, v. 10, n. Esp, p. 469-496, 2012.

CAVALCANTE, Maria Lailze Simões Albuquerque. Ouvidorias públicas: conceito, papel, evolução e qualidade no controle social. **Revista Controle**, Fortaleza. v. 12, n. 2, p. 266-281, 2014.

CELLARD, André. Análise documental. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 295-316.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre. v. 15, n. 4, p. 227-234, 2005.

DESLANDES, Sueli Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Organizadora. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DIAS, Orlene Veloso; RAMOS, Lais Helena; COSTA, Simone de Melo. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. **Revista Pró-univerSUS**, Vassouras. v. 1, n. 1, p. 11-26, 2010.

FADEL, Marianella Aguiar Ventura, RÉGIS FILHO, Gilsée. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro. v. 43, n. 1, p. 7-22, 2009.

FLICK, Uwe. Utilização de documentos como dados. In: Flick U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 230-237.

LIAMPUTTONG, Pranee; EZZY, Douglas. Unobtrusive methods. In: _____. **Qualitative research methods**. Oxford: Oxford University Press, 2005. p. 100-123.

LIMA, Juliano de Carvalho; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 22, n. 10, p. 2179-2189, 2006.

LIMA, Marcus Wilke Silva. **Ouvidoria: um instrumento de gestão participativa?** Dissertação: Universidade Federal do Pará; 2013.

LINS, Auristela Maciel; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 18, n. 3, p. 483-499, 2008.

LOURAU, René. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1996. 293p

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. Ouvidoria no SUS e direito responsivo: avanços e desafios na garantia de direitos e na construção de novos direitos. In: GUIZARDI, Francini Lube. et al., organizadores. **Políticas de participação e saúde**. Rio de Janeiro: Universitária UFPE; 2014. p. 349-370.

NETO, Fernando Lima; DURÁN, Paulo Renato Flores. Ouvidorias públicas e conselhos de políticas: avanços e desafios na democratização da participação social e nas relações entre estado e sociedade. In: MENEZES, Ronald do Amaral; CARDOSO, Antônio Semeraro Rito, organizadores. **Ouvidoria pública brasileira: reflexões, avanços e desafios**. Brasília: IPEA, 2016. p. 55-77.

PARSONS, Talcott. **Ensayos de Teoría Sociológica**. Paidós: Cábildo, Buenos Aires, 1954.

PATTON, Michael Quinn. Field work strategies and observation methods. In: _____. **Qualitative research and evaluation methods**. California: Sage Publications, 2002. p. 259-338.

PINTO, Élide Graziane. Discricionariedade, contingenciamento e controle orçamentário. **Revista de gestão & tecnologia**, Pedro Leopoldo - MG. v. 6, n. 2, p. 1-23. 2006

POPE, Catherine; ZIEBLAND, Sue; MAYS, Nicholas. Analisando dados qualitativos. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 77-96.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. A observação. In: _____. **Manual de Investigação em Ciências Sociais** - Trajectos. Lisboa: Gradiva. 2008. p. 156-207.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Raquel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Santa Vitória do Palmar, RS, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SANTOS JÚNIOR, Adalberto Fulgêncio. **Ouvidoria no Sistema Único de Saúde: um espaço e gestão democrática e participativa?**. Dissertação: Universidade Federal da Paraíba; Paraíba, 2012.

STOTZ, Eduardo Navarro. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 30, n. 73/74, p. 141-144, 2006.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Pesquisa qualitativa. In: _____. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas. 2008. p. 116-119.

VUORI, Hannu. A qualidade da Saúde. **Divulgação Saúde para Debate**, Londrina. n. 3, p. 17-25, 1991.