



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO,
CONTABILIDADE E GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS (FACE)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO (PPGA)**

LARISSA CRISTINA FRANÇA SANTOS

**REDE CEGONHA: UMA ANÁLISE DO
PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO A PARTIR
DA OUVIDORIA-GERAL DO SUS**

Brasília - DF

2016

LARISSA CRISTINA FRANÇA SANTOS

**REDE CEGONHA: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO A
PARTIR DA OUVIDORIA-GERAL DO SUS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Brasília, Mestrado Profissionalizante em Administração Pública, linha de pesquisa Gestão de Políticas Públicas, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração.

Prof^ª. Dr^ª. Suylan de Almeida Midlej e Silva

Brasília – DF

2016

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi investigar se os dados provenientes da pesquisa avaliativa da Ouvidoria-Geral do SUS contribuíram efetivamente no processo de implementação do Programa Rede Cegonha. Para atender a essa finalidade, foram os temas Teoria Democrática, Instâncias Participativas, Ouvidoria Pública, Implementação de Programas Governamentais, Pesquisa Avaliativa e Avaliação de Implementação. O método utilizou das técnicas de análise documental, entrevistas individuais semiestruturadas e observação. Ademais, foram mapeadas as variáveis obtidas por meio dos resultados da pesquisa avaliativa da Ouvidoria utilizando-se de estatística descritiva. Os resultados apontam que os dados dessa Instância Participativa afetaram parcialmente a implementação da Rede Cegonha. Obteve-se êxito no redirecionamento da política no âmbito do Ministério da Saúde, mas na Unidade Federativa estudada os resultados da pesquisa da Ouvidoria apenas dotaram a gestão de conhecimento, sem reverberar propriamente em suas ações. No caso dos estabelecimentos de saúde pesquisados, não se observou que a gestão tenha se apropriado dos resultados dessa mesma pesquisa avaliativa para alterar a realidade relatada pelas usuárias dos serviços.

Palavras-chave: Pesquisa avaliativa; Ouvidoria-Geral do SUS; Rede Cegonha.

ABSTRACT

The objective of this research was to investigate whether the data originated by the evaluative research of the SUS General Ombudsman Office Department contributed effectively in the process of implementation of the Stork Network Program. To meet this purpose, the following themes were discussed: democratic theory, participatory institutions, public ombudsman, implementation of governmental programs, evaluative research and evaluation of implementation. The design was based in analysis of documents, individual semi-structured interviews and observation. Furthermore, the variables obtained through the results of the evaluative research of the Ombudsman Office Department were identified. Descriptive statistics was used to determine these variables. The results of this research indicated that the data originated by this Participatory Institution partially affected the implementation of Stork Network. In the Ministry of Health, the policy was effectively redirected in the light of the evaluative research; in the studied Federated Unit, though, the evaluative research was presented to the bureaucracy, it was not noticed its effect on its very management actions. In the case of the studied health establishments, it was not observed the use of the evaluative research of the SUS General Ombudsman Office Department in order to modify the reality reported by citizens.

Keywords: Evaluative research; SUS General Ombudsman Office Department; Stork Network.

Lista de figuras

Figura 1: Modelo Lógico da RC.

Figura 2: Os espaços da pesquisa e da avaliação.

Figura 3: Modelo lógico da RC.

Figura 4: Informação sobre o local do parto (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).

Figura 5: Visitação ao local do parto (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).

Figura 6: Realização do parto no local indicado (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).

Figura 7: Motivos pelos quais a gestante não fez o parto no local indicado (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).

Figura 8: Atendimento no primeiro serviço de saúde buscado (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).

Figura 9: O acompanhante e a cena do parto (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).

Figura 10: O perfil dos acompanhantes (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).

Figura 11: Motivos para o acompanhante não ter estado presente (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).

Figura 12: Média para acolhimento (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).

Figura 13: Nota para o serviço prestado (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).

Figura 14: Nota para o atendimento prestado ao bebê (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).

Figura 15: Tipo de parto (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).

Figura 16: O pele a pele (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).

Figura 17: Sugestão de modelo de atuação transversal.

Lista de quadros

Quadro 1. Síntese das diferenciações, trazidas por Cohen e Franco (2008), entre avaliação e pesquisa avaliativa.

Quadro 2. Regiões de saúde da Unidade Federativa.

Quadro 3: Ações de implementação e ações propostas da RC que esta pesquisa irá analisar.

Quadro 4. Questões relacionadas aos eixos analisados.

Quadro 5: Ações da pesquisa e procedimentos metodológicos, conforme os objetivos específicos da pesquisa.

Quadro 6: Síntese das ações realizadas pelo Ministério da Saúde no âmbito da vinculação.

Quadro 7: Síntese das ações realizadas pela Secretaria de Estado de Saúde, no âmbito da vinculação.

Quadro 8. Síntese das ações realizadas pelos hospitais, no âmbito da vinculação.

Quadro 9. Síntese das ações realizadas pelo Ministério da Saúde, no âmbito das boas práticas baseadas em evidências científicas.

Quadro 10: Síntese das ações realizadas pela Secretaria de Estado de Saúde, no âmbito das boas práticas baseadas em evidências científicas.

Quadro 11: Síntese das ações realizadas pelos hospitais, no âmbito das boas práticas baseadas em evidências científicas.

Quadro 12. Síntese das ações realizadas pelo Ministério da Saúde, no âmbito da implementação da lei do acompanhante.

Quadro 13. Síntese das ações realizadas pela Secretaria de Estado de Saúde, no âmbito da implementação da lei do acompanhante.

Quadro 14. Síntese das ações realizadas pelos Hospitais, no âmbito da implementação da lei do acompanhante.

Quadro 15. Síntese das ações realizadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado de Saúde e pelos Hospitais, no âmbito da vinculação.

Quadro 15. Síntese das ações realizadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado de Saúde e pelos Hospitais no âmbito das boas práticas.

Lista de abreviaturas e siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

Anatel – Agência Nacional de Energia Elétrica

ANTT – Agência Nacional de Transportes Terrestres

Antaq – Agência Nacional de Transportes Aquaviários

ANAC – Agência Nacional de Aviação Civil

APS – Atenção Primária à Saúde

AR – Alto Risco

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CGSM – Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DEMAS – Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS

DF – Distrito Federal

DOGES – Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS

GF – Gestora Federal

GUF – Gestora da Unidade Federativa

HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização

IP – Instância Participativa

MS – Ministério da Saúde

NUPE – Núcleo de Pesquisas

PAR – Plano de Ação Regional

Participa SUS – Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Petrobras – Petróleo Brasileiro S.A.

PS – Profissional de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PSH – Profissional de Saúde do Hospital

RA – Região Administrativa

RC – Rede Cegonha

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UCI – Unidade de Cardiologia Integrada

Unicamp – Universidade Estadual de Campinas

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

1 – Introdução.....	10
1.1. Problema de pesquisa	12
1.2. Justificativa	15
1.3. Objetivos	17
2 - Referencial teórico	18
2.1. Teoria democrática	18
2.2. Instâncias participativas	Erro! Indicador não definido.
2.3. Ouvidoria pública.....	23
2.4. Implementação de Programas Governamentais.....	27
2.5. Pesquisa avaliativa.....	32
2.6. Avaliação de implementação.....	37
3 – Método.....	39
3.1. Caracterização da pesquisa	39
3.2. Coleta dos dados	41
3.3. Análise dos dados	45
3.4. Modelo lógico.....	53
4 – Resultados e Discussão.....	56
4.1. Ações da Rede Cegonha a partir de dados da Ouvidoria do SUS	56
4.2. Comparação das ações implementadas pela Rede Cegonha em 2012 e 2015	73
4.2.1. O cenário em 2012.....	73
4.2.2. O cenário em 2015.....	93
4.3. A Ouvidoria do SUS como instrumento de gestão.....	98
5 – Considerações finais	107
6 – Recomendações	110
Referências	113
ANEXO I.....	119
APÊNDICE I.....	131
APÊNDICE II.....	132
APÊNDICE III	133

1 – Introdução

Analisar a interação entre Estado e sociedade é, cada vez mais, essencial para compreender a complexidade que é a atuação estatal. Era preciso ir além da discussão do papel do Estado em termos de eficiência e eficácia, sobretudo diante das problemáticas sociais contemporâneas. Com uma Administração Pública que não mostrava eficiência em resolvê-las, emergiu a proposta de incluir a sociedade no seio da Administração Pública, surgindo a chamada Nova Administração Pública. Porém, apesar desse novo modelo de administração anunciar que a participação social estaria no bojo do aparelho do Estado, Paes de Paula (2005) pontua que isso se deu mais como recurso retórico, quando na prática foram expostos mecanismos verticalizados de tomada de decisão.

É nesse contexto que uma série de Instâncias Participativas (IPs) foi criada, principalmente, a partir de 2003 (Pires e Vaz, 2012). Essas Instâncias representam a viabilização de um canal de interlocução entre o Estado e a sociedade, de modo a dar visibilidade às expectativas da população. Isso possibilita que o Estado legitime a sua atuação a partir dessas demandas, ao invés de se pautar por uma suposta onisciência diante das mais variadas realidades socioeconômicas e culturais. Outro relevante papel das IPs é a criação de ambiente favorável ao engajamento dos cidadãos em assuntos de interesse coletivo. Dessa forma, a tendência é que se minimize uma perspectiva estadocêntrica, em que o Estado tudo deve prover, em prol de uma articulação de todos os atores. Além disso, uma importante contribuição das IPs reside no fato de fornecerem instrumental para que a sociedade controle a atuação estatal. Seja por meio de informações, seja por meio de reivindicações, a responsabilidade sobre as ações e os recursos públicos tendem a aumentar. Quando se dá voz a todos os segmentos sociais, as IPs estão contribuindo para a promoção de valores caros à democracia participativa, como equidade, intensificação de sua capacidade redistributiva, engajamento político e estímulo à crescente participação social.

No entanto, algumas questões nebulosas permeiam a discussão sobre as IPs. Primeiro, a discussão a respeito do que realmente uma IP representa acaba se perdendo, como se a questão de ela simplesmente proporcionar um espaço para os cidadãos vocalizarem os seus anseios fosse suficiente para considerá-la uma instância de participação social. Segundo, o crescimento da quantidade das IPs foi respaldado na crença de que elas proporcionariam canais por meio dos quais a sociedade estabeleceria interlocução com a Administração Pública e, assim, ela seria mais responsiva. Esse resultado, porém, tem encontrado dificuldades metodológicas em ser aferido devido às múltiplas interfaces que essas IPs

proporcionam (Romão et al, 2014). Terceiro, tarefa mais difícil ainda tem sido identificar pesquisas que apresentem as contribuições dessas IPs no desenvolvimento de políticas públicas e programas sociais (Pires e Vaz, 2012). Entre as IPs impulsionadas ao longo desse período, estão os conselhos gestores de políticas públicas, as conferências temáticas, as audiências, as consultas públicas e as ouvidorias públicas (Pires e Vaz, 2012).

Usualmente, as ouvidorias públicas são canais por meio dos quais é estabelecida interlocução entre os usuários dos serviços públicos e a Administração Pública de maneira individualizada. A Ouvidoria-Geral do SUS, no entanto, tem apresentado práticas inovadoras de funcionamento no contexto das ouvidorias públicas por meio da estratégia de buscar a opinião dos usuários do SUS, em vez de simplesmente esperar o cidadão contatar a ouvidoria para se manifestar. Nesse sentido, foi realizada uma pesquisa avaliativa em que foram selecionados os beneficiários de determinado programa de saúde por meio do Disque Saúde 136, central de teleatendimento da Ouvidoria-Geral do SUS, a qual entrou em contato com eles para conhecer sua percepção com relação aos serviços proporcionados pelo programa Rede Cegonha (RC).

Nesse contexto, a RC vem sendo avaliada desde novembro de 2011. O programa se insere em uma proposta de mudança paradigmática na atenção à saúde da gestante, para que o cuidado à saúde da mulher e da criança seja integral, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando as necessidades das beneficiárias do Programa desde a saúde reprodutiva e sexual, passando pelo planejamento familiar, até a criança completar 24 meses (Pasche et al, 2014). A RC também se insere em uma proposta macroestrutural de mudança de paradigma na atenção à saúde. De modo a operacionalizar essa transformação, foi iniciado o processo de construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) na década de 1990 (Mendes, 2011). Essas redes apresentam quatro eixos para atender questões mais específicas atinentes ao cuidado à saúde: a Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de atenção às doenças e condições crônicas e Rede Cegonha. Todos esses eixos são atendidos transversalmente por sistemas logísticos e sistema de apoio (Mendes, 2011).

De acordo com o consenso interfederativo vigente no âmbito do SUS (Santos e Andrade, 2009), na RC, os estados e os municípios aderem ao Programa, devendo orientar-se de acordo com seus quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico, transporte sanitário e regulação (Cavalcanti et al, 2013). O monitoramento e a avaliação desses componentes são feitos por meio do sistema

de Controle, Acompanhamento e Avaliação dos Resultados (e-car), do Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas (SISPART), do Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (SISPRENATAL web), do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), dos dados e das pesquisas da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE/MS) e por meio da Ouvidoria-Geral do SUS (Giovanni, 2014).

A partir dessa avaliação realizada pela Ouvidoria-Geral do SUS, é possível averiguar a influência dessa instituição. Essa análise pretende discutir se esta IP constituiria um espaço de participação social, influenciando o processo decisório, além de contribuir para a implementação de um programa de saúde. Nesse sentido, o presente estudo se propõe a investigar se os dados provenientes da Ouvidoria-Geral do SUS contribuíram efetivamente no processo de implementação da Rede Cegonha.

1.1. Problema de pesquisa

Perez (2004) argumenta que, no âmbito da Administração Pública, só podem ser consideradas instituições de participação social aquelas que não só promovam espaços para que os cidadãos, por meio da participação direta, ou os representantes de grupos organizados, possam dar voz a suas demandas, mas também essas instituições necessariamente devem promover um encaminhamento efetivo a essas discussões.

As ouvidorias públicas são espaços que se propõe a subsidiar o processo decisório do órgão ao qual estão vinculadas a partir da participação e do controle sociais (Baesso, 2013). De acordo com essa definição, as ouvidorias públicas são instituições de participação social. São escassos, porém, os estudos que verificam se essa realidade acontece na prática (Cardoso, 2010).

A Ouvidoria-Geral do SUS apresenta um funcionamento tradicional de qualquer ouvidoria, que consiste no recebimento das manifestações individualizadas, no encaminhamento dessas demandas para as áreas competentes pelo serviço de saúde questionado. Posteriormente, essas manifestações são respondidas para a Ouvidoria-Geral do SUS e esta, por sua vez, responde o cidadão.

Além dessa função, outra atividade consiste na realização de avaliações participativas de determinados serviços de saúde, como ocorreu na RC, quando a Ouvidoria-Geral do SUS ao longo dos anos de 2011, 2012 e 2013 elaborou questionário juntamente com a área gestora do Programa para avaliar sua qualidade junto às mulheres que realizaram parto pelo SUS de novembro de 2011 a janeiro de 2013. Essa foi a primeira pesquisa sobre a RC e

seus resultados foram entregues à área gestora em agosto de 2014. Em fevereiro de 2016, foram entregues os resultados da pesquisa avaliativa realizada junto às mulheres que tiveram parto ao longo de 2013 e existe, ainda, a previsão de entrega dos resultados relativos a 2014 em julho de 2016.

A pesquisa realizada com as mulheres que realizaram parto pelo SUS de novembro de 2011 a janeiro de 2013 foi censitária, contando com um total de 197.907 mulheres efetivamente entrevistadas, por meio do Disque Saúde 136. As respostas aos questionários foram organizadas em planilhas, um relatório a partir desse banco foi elaborado pelas técnicas da Ouvidoria, e ambos foram enviados para a área gestora da RC.

Esse tipo de avaliação dos serviços de saúde começou a ser operacionalizado pela Ouvidoria-Geral do SUS no ano de 2011 e representa um mecanismo inovador no âmbito das ouvidorias públicas para averiguar a satisfação dos usuários dos serviços públicos. Desde 2011, essa atribuição apresentou crescimento. Em 2011, foram realizadas 16 pesquisas; em 2012, 20; em 2013, 55; e em 2014, 42.

Cabe minuciar que nem todas essas 113 pesquisas foram avaliações de fato, pois alguns desses produtos consistiram apenas em contatos realizados para obter, por exemplo, o contato de todos os secretários municipais de saúde ou para informar acerca de algum evento promovido pelo Ministério da Saúde (MS). Dessas 113 pesquisas, apenas 9 constituíram-se em avaliações junto aos beneficiários diretos de programas de saúde, conforme detalhamento abaixo.

- Em 2011, foram feitas duas pesquisas avaliativas:

1) “Pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS, para avaliar a implementação da Rede Cegonha em municípios brasileiros - Projeto Piloto” (Brasil, 2011);

2) “Pesquisa de satisfação dos usuários do SUS”. (Brasil, 2011).

- Em 2012, foram feitas quatro pesquisas avaliativas:

1) “Pesquisa com beneficiários do BPC – Bolsa de Prestação Continuada” (Brasil, 2012).

2) “Avaliação da implantação da Portaria 151 para o diagnóstico da infecção pelo HIV.” (Brasil, 2012).

3) “Pesquisa da Rede Cegonha” (Brasil, 2012).

4) “Pesquisa de Satisfação dos usuários e cuidadores inseridos no Programa Melhor em Casa” (Brasil, 2012).

- Em 2013, foram realizadas três avaliações:

1) “Pesquisa da Rede Cegonha. Público-alvo: mulheres que tiveram parto pelo SUS. Demandante: Gabinete do Ministro” (Brasil, 2013).

2) “Alimentação Infantil. Público-alvo: mulheres que tiveram parto pelo SUS cujos filhos possuem até dois anos de idade. Demandantes: Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/SAS/MS” (Brasil, 2013).

3) “Câncer de colo do útero e de mama. Público-alvo: mulheres atendidas pelo SUS pelos motivos especificados. Demandante: SAS/MS” (Brasil, 2013).

- Em 2014, foram realizadas quatro avaliações:

1) “Pesquisa da Rede Cegonha. Público-alvo: Mulheres que tiveram parto pelo SUS. Demandante: Coordenação Geral da Área Técnica de Saúde da Mulher – CGSM/DAPES/SAS/MS.” (Brasil, 2014).

2) “Pesquisa de Satisfação com usuários e cuidadores de pessoas internadas por Infarto Agudo do Miocárdio - IAM e/ou Acidente Vascular Cerebral – AVC. Público-alvo: Pessoas que ficaram internadas em serviços do SUS por Infarto Agudo do Miocárdio e/ou Acidente Vascular Cerebral. Demandante: Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas - CGAPDC/DARAS/SAS/MS” (Brasil, 2014).

3) “Pesquisa da Alimentação Infantil. Público-alvo: Mulheres que tiveram parto pelo SUS cujos filhos possuem até dois anos de idade. Demandante: Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/SAS/MS” (Brasil, 2014).

4) “Pesquisa Câncer de colo do útero e de mama. Público-alvo: Mulheres atendidas pelo SUS pelos motivos especificados. Demandante: SAS/MS” (Brasil, 2014).

A RC foi selecionada para esta análise porque, conforme observado, foi o único programa que sofreu avaliações em todos os anos, desde o início do funcionamento desse tipo de ferramenta. Na verdade, a área gestora da RC e a Ouvidoria-Geral do SUS reconhecem-se como parceiras e a previsão é de que continuem havendo avaliações da RC ano a ano. Por isso, considera-se que esse é o Programa que tem condições de fornecer as informações necessárias sobre as contribuições da Ouvidoria-Geral do SUS para um programa governamental.

A escolha dessa IP e desse Programa para esta pesquisa se dá também, porque na medida em que a Administração Pública permite e incentiva a participação social no seio de sua gestão, há expectativa crescente por parte da sociedade em relação a um grau de responsividade mínimo por parte do Estado. A Ouvidoria-Geral do SUS, de um lado, engendra processos avaliativos participativos, com busca ativa das usuárias que utilizaram os

serviços de saúde, e a RC, de outro, apresenta a governança participativa e a mobilização das usuárias do SUS como pontos-chave para o sucesso de sua implementação (Pasche et al, 2014). Todo esse processo gera um sentido de corresponsabilização pelo processo avaliativo e de construção coletiva das políticas públicas e, se efetivo, representa, em última instância, um fortalecimento da democracia (Silva, 2011).

Por essa razão, propõem-se o seguinte problema de pesquisa: em que medida os dados provenientes da pesquisa avaliativa da Ouvidoria-Geral do SUS contribuíram efetivamente no processo de implementação da Rede Cegonha.

1.2. Justificativa

Avritzer (2008) e Pires (2012) destacam o crescimento da criação de IPs na Administração Pública brasileira. Apesar disso, existe carência de estudos que afirmam os resultados esperados dessas instituições (Lavalle, 2011).

A mensuração dos resultados é tarefa metodologicamente complexa (Lavalle, 2011) e, no caso das ouvidorias públicas particularmente. Cardoso (2010) considera que existem poucos estudos sobre a efetividade desse instituto, identificando esse tipo de estudo como uma lacuna em termos não apenas metodológicos, mas também no que diz respeito a informações de modo geral. Reforçando o argumento de Cardoso (2010), Santos et al (2015) realizaram pesquisa bibliográfica sobre a produção acadêmica na área de ouvidoria pública e concluem que ela ainda é baixa.

Quando se delimita o campo do estudo e se buscam estudos especificamente sobre as contribuições da Ouvidoria-Geral do SUS, não são encontrados estudos nesse sentido. Por isso, a presente pesquisa pretende ser uma contribuição a essa lacuna constatada na produção acadêmica, além de trazer alguma contribuição em termos metodológicos.

A Ouvidoria-Geral do SUS, de acordo com o artigo 36, inciso VII, da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS, apresenta como atribuição “desenvolver ampla pesquisa para avaliar a satisfação dos usuários e profissionais do SUS, quanto aos serviços e atendimento no âmbito do SUS.” (Brasil, 2013, p. 12). Esse é o resultado, estipulado em legislação, que o presente estudo pretende aferir. Sendo assim, nesse ponto reside a contribuição para o serviço público dessa pesquisa, pois se deseja saber se o mecanismo criado especificamente para fazer a intermediação entre as demandas dos usuários do SUS e a gestão dos serviços de saúde, está logrando efetivar, em alguma medida, as agendas trazidas pelas cidadãs.

Da mesma forma, é relevante estudar a RC pela interface que apresenta com a Ouvidoria-Geral do SUS, desde o momento do lançamento do Programa pelo então Ministro da Saúde, em 18 de abril de 2011. Nesse momento, a Ouvidoria realizou pesquisa piloto com o objetivo de levantar informações a respeito do atendimento recebido pelas parturientes nos municípios brasileiros. A finalidade dessa avaliação era subsidiar o processo de implementação da RC com o mapeamento das práticas e da qualidade dos serviços entregues às usuárias (Brasil, 2015).

A RC não foi um programa formulado em sua íntegra e depois implementado. Ele foi sendo construído a partir de um diagnóstico que já existia sobre as condições de parto e nascimento no Brasil e foi sendo continuamente pensado e repensado por vários *stakeholders*, pelos contextos com os quais os implementadores deparavam e de acordo com as novas informações que sempre se apresentavam.

A escolha da RC não se resume ao fato de ele ter sido um programa que contou com a Ouvidoria para subsidiá-lo com informações desde o seu surgimento, e nem tão-somente porque existia um interesse do então Ministro da Saúde de ligar para cada uma das mulheres para captar a sua percepção sobre dimensões como respeito, violência e acesso ao acompanhante (Brasil, 2015). A importância em estudá-lo também reside em analisar um programa que é fruto de lutas sociais em prol de uma mudança paradigmática na assistência ao parto e nascimento, em prol de um modelo que migrasse do tecnocrático para o humanista (Davis-Floyd, 1998). Ele representa um movimento ainda inconcluso rumo ao tratamento integral da saúde da mulher e da criança, de maneira humanizada, o fim da peregrinação em maternidades, o estabelecimento de boas práticas baseadas em evidências científicas pelos profissionais de saúde, a adequada ambiência para garantir o direito ao acompanhante, etc (Rattner et al, 2014). Em síntese, aproximadamente três milhões de mulheres parem anualmente no Brasil, sendo que cerca de 70% delas o fazem pelo SUS (Brasil, 2011), dependem diretamente desse Programa e de sua boa gestão.

A análise desta pesquisa se restringiu aos componentes pré-natal e parto e nascimento da RC. Deve-se lembrar de que o contexto de surgimento da RC se deu em um cenário de altas taxas de mortalidade materno-infantil e do compromisso do Estado brasileiro, no cenário internacional, de redução da mortalidade materna em três quartos e da mortalidade de crianças menores de cinco anos em dois terços (ONU, 2000). Para se ter uma dimensão dessas taxas, em 2014, a taxa de mortalidade infantil foi de 14,1 para cada mil nascidos vivos no Brasil, e a razão de mortalidade materna foi de 58,19 para cada cem mil nascidos vivos

(Brasil, 2016). Enquanto isso, em outros países da América Latina, como Chile e Uruguai, essa taxa é de apenas um dígito. Diniz (2009) alerta para a convivência paradoxal entre alto desenvolvimento tecnológico e científico ao lado das também altas taxas de mortalidade infantil e materna no Brasil. Por isso, os componentes pré-natal e parto e nascimento são considerados cruciais para a alteração dessa realidade (Cavalcanti et al, 2013).

Outro recorte a ser considerado foi a análise dos dados e da implementação da RC em apenas uma unidade federativa, escolhida por ter sido uma das primeiras em que o programa foi implementado. Além disso, por se tratar de uma pesquisa baseada principalmente em técnicas qualitativas o foco passou a ser uma análise em profundidade, perdendo-se em quantidade.

Finalmente, o recorte temporal da pesquisa se dará nos anos de 2012, ano em que a maioria das mulheres realizou parto, e 2015, ano em que a avaliação fornecida pela Ouvidoria apresenta potencial de produzir efeitos, pois o resultado final das entrevistas com as usuárias foi enviado à área gestora do Programa em agosto de 2014.

1.3. Objetivos

Nesta seção, são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos.

Objetivo Geral

Investigar se os dados provenientes da pesquisa avaliativa da Ouvidoria-Geral do SUS contribuíram efetivamente no processo de implementação do Programa Rede Cegonha.

Objetivos específicos

- Identificar quais foram os dados levantados pela Ouvidoria-Geral do SUS referentes às mulheres que realizaram parto pelo SUS em 2012;
- Comparar as ações de implementação do Programa Rede Cegonha em 2012 e 2015;
- Averiguar se houve mudança efetiva na implementação do Programa Rede Cegonha em 2012 e 2015 e se ela tem alguma relação com os dados levantados pela Ouvidoria-Geral do SUS.

De modo a realizar a análise proposta, esta dissertação se encontra estruturada da seguinte forma: introdução, referencial teórico, resultados e discussão, considerações finais e recomendações. O primeiro capítulo apresentou o objeto de estudo. No segundo capítulo, será apresentado o marco teórico sobre o qual esta pesquisa se debruçou. No terceiro capítulo, todas as técnicas utilizadas serão destrinchadas. No quarto capítulo, o objetivo foi a

apresentação dos dados levantados e o seu cotejamento com a teoria. No quinto capítulo, serão destacados os resultados mais relevantes. No último capítulo, são tecidas recomendações à organização estudada.

2 - Referencial teórico

Este capítulo se encontra dividido em cinco partes. Na primeira, discute-se Teoria Democrática e Administração Pública; na segunda, Ouvidoria Pública; em seguida, volta-se à discussão sobre a implementação de programas governamentais; na quarta parte, discute-se pesquisa avaliativa e, na quinta parte, avaliação de implementação.

2.1. Teoria democrática e Administração Pública

No Brasil, a demanda por maior participação social na gestão pública remonta à década de 1960, sendo a Constituição Federal de 1988 o marco que sagrou esse processo histórico de mobilização. Apesar de a Lei Fundamental ter legitimado o envolvimento da sociedade no seio da administração pública, a concretização de como isso deveria se dar não se pautou em uma trajetória linear e unívoca (Paula, 2005). Apesar disso e a partir de uma perspectiva histórica, é possível constatar que a participação política no país é marcada por um crescimento das instâncias participativas (Avritzer, 2008).

Pateman (1992) aprofunda a discussão sobre em que consiste participação. De acordo com ela, a demonstração de que posicionamentos políticos autoritários são mais comuns entre o segmento da população apático politicamente reforçou o argumento de que a estabilidade só estaria garantida enquanto essa parcela da sociedade permanecesse alijada do processo político. A autora também destacou as contribuições de Rousseau e Mill para a teoria democrática contemporânea. A sua leitura de Rousseau destaca os seguintes papéis desempenhados pela participação política na sociedade: controle, liberdade e integração. Quanto a sua leitura de Mill, ela coloca que o aspecto mais importante de sua teoria se volta para o papel do governo e das instituições na promoção do processo educativo da sociedade. A participação, nesse sentido, garantiria um bom governo. Este só seria possível a partir do desenvolvimento das características necessárias nos indivíduos para o seu exercício. O elemento novo trazido por Mill, de acordo com Pateman, foi o fato de ele ter ressaltado que o verdadeiro processo educativo se dá no nível local, nas situações que afetam o cotidiano do indivíduo. A partir da participação nessa esfera, o indivíduo reúne os atributos para participar em um cenário mais amplo.

Pateman (1992) também é de interesse para essa dissertação por trazer discussão sobre em que consiste participação. De acordo com a autora, a participação envolve um grau tal de empoderamento que as escolhas feitas nesses espaços influenciem, em maior ou menor medida, as decisões tomadas pela “autoridade ortodoxa” tradicionalmente designada para tal. Outro aspecto relevante trazido por Pateman é o fato de ela ressaltar a necessidade de os trabalhadores estarem bem informados sobre os dados da organização para que possam decidir.

Para Beierle e Cayford (2002), a participação consiste em quaisquer dos mecanismos intencionalmente instituídos para envolver o público em geral ou seus representantes no processo decisório da Administração Pública. Dagnino (2004) explica que a participação da sociedade civil no processo decisório é fundamental para o aprofundamento da democracia e a redução da desigualdade. Para Lavallo (2011), participação é um termo polissêmico, pois pode se referir a uma categoria prática do processo político em direção à emancipação popular, a uma categoria teórica que, com o decurso do tempo, acabou por imbricar-se com a categoria prática e a um procedimento institucionalizado, que visa à criação de instâncias que reverberem nos efeitos esperados da participação. Denhardt e Denhardt (2015) conceituam participação enquanto um diálogo que visa à deliberação.

No que diz respeito às instâncias participativas ou interfaces socioestatais cabe aqui ponderar que elas se inserem no procedimento institucionalizado trazido por Lavallo (2011) e também na discussão suscitada por Carlos (2014) que as coloca como

Oportunidades políticas na medida em que geram incentivos institucionais à participação e à ação coletiva, desencadeando mecanismos que favorecem esses grupos [societais] a externar e concretizar suas demandas. (Carlos, 2014, p. 83).

Perez (2004) situa a participação social na necessidade de se rever o modelo weberiano como único pilar da Administração Pública. Ele resalta que o trinômio burocracia, eficiência e legitimidade não reverberou em mais racionalidade, eficiência e legitimidade. Essa foi a crise posta ao Estado de Bem-Estar Social e ao Direito Administrativo que se pretende aperfeiçoar por meio de um modelo da Democracia Participativa, o qual propõem os institutos de participação popular. Estes, para o autor, compelem o Estado a maior efetivação dos direitos humanos, proporcionam maior legitimidade ao agente estatal e ao Direito, intensificam os mecanismos de controle sobre a atuação estatal. Ele visualiza esses institutos como importantes instrumentos impulsionadores da eficiência do Estado e de maior transparência em suas atividades.

Silva (2013) coaduna com a visão de Perez (2004) e acredita que para haver uma nova forma de atuação da Administração Pública é necessário que a burocracia abandone a sua posição tecnicista e distanciada da sociedade – conforme o modelo burocrático preconizado por Weber – e seja calcada no trinômio participação, legitimidade e eficiência. Perez (2004), como estudioso da área do Direito, conclui que a participação social consiste em princípio implícito da Administração Pública, pois não se encontra explicitamente elencado no artigo 37 da Constituição Federal de 1988. Em sua análise acerca dos princípios jurídicos regulamentadores da Administração, ele conclui uma contradição do modelo atual vigente: o princípio da participação se choca com os do formalismo, da estrita legalidade e da estruturação burocrática do processo decisório.

Em seu estudo, o entendimento de Perez (2004) sobre o que são os institutos de participação social contemplam as seguintes características: eles devem possibilitar que o cidadão comum participe no processo decisório, na execução e no controle das atividades estatais; esses institutos podem assumir a forma tanto representativa quanto direta; eles devem possibilitar a participação de qualquer cidadão interessado, sem restrições. Em síntese, ele assim conceitua tais institutos:

Podemos definir os institutos jurídicos de participação popular na Administração, em traços gerais, como instrumentos legalmente previstos que possibilitem aos administrados, diretamente, ou através de representantes escolhidos especificamente para este fim, tomar parte na deliberação, na execução ou no controle das atividades desenvolvidas pela Administração Pública, com o objetivo de tornar mais eficiente a atuação administrativa e dar efetividade aos direitos fundamentais, por meio da colaboração entre a sociedade e a Administração, da busca da adesão, do consentimento e do consenso dos administrados e, afinal, da abertura e transparência dos processos decisórios. (Perez, 2004, p. 96).

Paula (2005) ressalta a necessidade dessas instâncias viabilizarem a comunicação entre as autoridades tradicionalmente responsáveis por tomar determinadas decisões e as diversas camadas sociais. Essa é uma faceta crucial para que a participação social seja efetivamente impulsionada. Pires (2012) prefere a terminologia interfaces socioestatais à participação social, pois a ênfase de sua análise recai sobre os canais instituídos para a interação Estado-sociedade e de que esses arranjos impactam na Administração e na sociedade. Para ele, essas interfaces são consideradas espaços para a negociação dos conflitos entre os diversos atores, ele ressalta que esses espaços são intencionalmente criados.

Avritzer (2009) discute a diferença entre participação e as IPs, chamadas por ele de Instituições Participativas. Para ele, a participação consiste em um conceito político ou sociológico que trata de um interesse do indivíduo de participar ou está inserido em um

sistema político que possui como princípio a participação. Por outro lado, uma IP consiste em desenho institucional a partir do qual se promove a participação. Ademais, ele aponta as seguintes características das IPs: trata-se de instituições híbridas, no sentido de que atuam entre a esfera da representação e a da participação; transforma mecanismos de interação típicos e voluntários da sociedade civil em instituições permanentes; a interação também se dá com partidos políticos e atores estatais de maneira central; o desenho institucional é marcadamente relevante para a efetividade das IPs, pois disso dependem a sua capacidade de reduzir elementos hierárquicos, já presentes na entidade política, e o fortalecimento de estruturas horizontalizadas, também já presentes na sociedade civil.

Avritzer (2009) aprofunda o seu estudo sobre as mudanças em termos de desenho institucional trazidos pelas IPs. Nessa seara, a sua tese central situa o desenho institucional das IPs como algo incompatível com uma estrutura *top-down* e hierárquica de organização da Administração Pública, conforme teorizado por Weber em 1968. O autor discute essa relação – participação e hierarquia – a partir dos três tipos de IPs que surgiram no Brasil na década de 90: o modelo *bottom-up*, o desenho de compartilhamento de poder e o de ratificação. O primeiro é aquele em que qualquer cidadão pode participar, o envolvimento do governo no processo decisório é baixo, o nível decisório mais elevado é constituído pela sociedade civil. O autor alerta que esse desenho institucional só é viável quando há profundo consenso entre a sociedade civil e os atores políticos envolvidos. Na IP do tipo compartilhamento de poder a sociedade civil elege representantes para participarem dela, esses representantes dividem com os atores estatais o poder decisório e a sua institucionalização é regulamentada por lei. Esse modelo não propicia tanto a participação quanto o primeiro, mas a vantagem é que depende menos do sistema político local. O último desenho institucional trazido por Avritzer detém como característica o fato de não substituir a atuação estatal na condução de uma política pública, podendo aprová-la ou rechaçá-la tão-somente. A maior prerrogativa desse modelo é o fato de ser obrigatório consultar esse formato de IP. O autor considera esse desenho efetivo em um contexto em que nem a sociedade civil, nem os atores políticos mais progressistas, estejam empoderados.

Pires e Vaz (2012) analisam os institutos criados pelo governo federal como estratégia de gestão capaz de impulsionar a inclusão e maior eficiência no uso dos recursos públicos. Nesse sentido, eles questionam quais foram os efeitos reais dessas interfaces socioestatais sobre a sociedade brasileira, também se perguntam se os efeitos das interfaces variam de acordo com a política pública afetada por ela.

Antes de adentrarem ao objetivo do artigo, Pires e Vaz (2012) mencionam por que preferem a terminologia interfaces socioestatais à participação social. Para eles, o termo interface socioestatal é mais abrangente do que participação social, conforme explicitado abaixo (Pires e Vaz, 2012):

Entendendo o primeiro como base analítica provedora de maior capacidade, em termos de alcance e precisão, na compreensão e explicação tanto da complexidade quanto da variabilidade dos canais de interlocução existentes atualmente entre Estado e sociedade no país. (Pires e Vaz, 2012, p.8)

Depreende-se do exposto por Pires e Vaz (2012) que as interfaces consistem em espaços de interação Estado-sociedade em diversos âmbitos da Administração Pública, desde planejamento até monitoramento e avaliação. Os autores completam explicando que a diferenciação em relação à conceituação de instâncias voltadas à participação social reside no fato de esse último conceito, na visão dos autores, ser mais restritivo, pois o enfoque dado pela literatura especializada em participação social negligencia a atuação individual e isso tem como consequência a sua segunda característica: o seu impacto tão-somente em questões coletivas amplas, como programas de governo, políticas públicas, etc. Enquanto isso, o marco teórico das interfaces socioestatais se preocupa em estudar qualquer tipo de interação Estado-sociedade, independentemente se coletiva ou não. Além disso, também se encontram englobadas nesse referencial quaisquer instituições promotoras dessa interação, independentemente se elas apresentam o *enforcement* necessário para deliberarem ou se são apenas consultivas. Em suma, no âmbito da teoria sobre interfaces socioestatais, o enfoque se volta para os espaços que proveem mecanismos para a sociedade se manifestar.

Pires e Vaz (2012) prosseguem a sua análise assinalando como resultado concreto o aumento do número de instâncias socioestatais criadas no seio da Administração, destacando os conselhos gestores, as conferências temáticas, as reuniões com grupos de interesse, os Planos Plurianuais participativos, as ouvidorias, as audiências e consultas públicas, entre outros. Também concluíram pela grande diversidade dessas interfaces, quanto aos aspectos periodicidade e formas de participação – se individual ou coletivamente. Uma terceira conclusão do estudo foi a associação encontrada entre a área de política pública tratada – proteção e promoção sociais; desenvolvimento econômico e infraestrutura – e o tipo de interface socioestatal. Foi identificado que, no âmbito das áreas temáticas de proteção e promoção sociais, tendem a operar interfaces como conselhos e conferências. Por outro lado, quando desenvolvimento econômico e infraestrutura são os temas, são as audiências e as consultas públicas que tendem a prevalecer. As formas mais individualizadas de manifestação,

como as ouvidorias, tendem a se concentrar em programas considerados de apoio (atividades que apoiam os programas finalísticos).

A última conclusão de Pires e Vaz (2012) se voltaram às efetivas contribuições proporcionadas pelas interfaces socioestatais. Eles apontaram, mais uma vez, que depende da área temática. Nas áreas sociais e ambiental, a contribuição das interfaces ficou associada a quatro aspectos: transparência, legitimidade, fiscalização e controle. Nas áreas de desenvolvimento econômico e infraestrutura foi apontado um aspecto: avaliação tanto da implementação quanto da metodologia empregada pelo programa ou política. Segundo os autores, a ouvidoria apresenta preponderância nesse segundo ponto, ligado ao redirecionamento das políticas.

Avritzer (2008) e Pires e Vaz (2012) ressaltam o crescimento quantitativo dessas instituições nos últimos anos. Entre elas, situam-se as ouvidorias públicas, conforme será visto a seguir.

2.3. Ouvidoria pública

No Brasil, as ouvidorias se fazem presentes em todos os níveis de governo e em todos os poderes. No âmbito do Poder Judiciário, a presença de ouvidorias se encontra bastante disseminada, constando no Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em todos os Tribunais Superiores, em todos os Tribunais Regionais Federais, em todos os Tribunais de Justiça Estaduais, em todos os Tribunais Regionais do Trabalho, além dos Tribunais Regionais Eleitorais e dos Militares (Brasil, 2016). No Poder Legislativo, existem as ouvidorias do Senado Federal, do Tribunal de Contas da União e em todas as Assembleias Municipais e do Distrito Federal (Brasil, 2016). No âmbito do Poder Executivo Federal, de acordo com a Ouvidoria-Geral União, existiam 271 ouvidorias em 2013, essas ouvidorias estão inseridas nas seguintes instituições: agências reguladoras, bancos, conselhos, estatais, fundações, hospitais, instituições de ensino, institutos e autarquias, ministérios, Presidência da República e segurança pública. Com relação às ouvidorias do SUS, tem-se mais de 1.000 ouvidorias em todos os níveis de governo (Brasil, 2016).

O crescimento das ouvidorias no Brasil se insere em um contexto de impulso dado à democracia participativa. Conceitualmente, portanto, pode-se considerar que esse instituto se trata de uma instância voltada à participação social (Pires, 2012). Além disso, funcionalmente ela se caracteriza pela mediação das expectativas, manifestadas individualmente, da sociedade junto à gestão dos serviços públicos (Gomes, 2013). No caso

da Ouvidoria-Geral do SUS, ela problematiza essa conceituação clássica, ampliando a sua abrangência, a partir das inovações introduzidas em 2011. Por isso, além de conceituá-la como uma instância proporcionadora da participação social, mediadora das manifestações individuais, é necessário enxergá-la também como possível instrumento capaz de amalgamar as demandas da coletividade com o objetivo de contribuir no processo avaliativo das políticas públicas.

Na produção acadêmica acerca de ouvidorias públicas, destaca-se o artigo de Pereira (2002) que situou a ouvidoria pública como um mecanismo de controle dos serviços públicos prestados e de efetivação “dos princípios do SUS de democratização – envolvimento – e de desburocratização institucional – disciplinamento” (Pereira, 2002, p. 93). A autora analisou dois hospitais públicos de Porto Alegre e concluiu que as ouvidorias desses hospitais não estavam conseguindo proporcionar uma participação efetiva dos usuários, conforme preceituado pela literatura e de acordo com os próprios depoimentos dos entrevistados durante a pesquisa. Nesses espaços, o autor concluiu que as ouvidorias, em lugar de atuarem conforme o ideário que sustentou a sua implementação, elas contribuíram para a preservação do status quo no que se refere à hegemonia médico-hospitalar. Apesar disso, o autor não deixou de identificar as benesses proporcionadas por esses institutos aos hospitais: organizou-se e reconheceu-se a participação dos usuários dos serviços ao mesmo tempo em que, para os profissionais de saúde, proporcionou processos educativos.

Vásquez et al (2005) define as ouvidorias em saúde como institutos voltados à participação social, por meio dos quais qualquer indivíduo ou coletividade pode registrar reclamação ou denúncia por violação de direitos humanos ou qualquer ato de improbidade. Os autores realizaram pesquisa acerca do nível de informação da população de Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe – ambos municípios do estado de Pernambuco – sobre as instâncias voltadas à promoção da participação social. O estudo revelou que aproximadamente 50% da população desses dois municípios conhecem as caixas de queixas e o Disque Saúde 136. As primeiras são instrumentos comumente utilizados em ouvidorias e o Disque Saúde 136 é o número telefônico da Ouvidoria-Geral do SUS.

Para Araújo (2008), as ouvidorias públicas são mecanismos de controle interno, dotadas da função de resguardar os direitos humanos. Ela analisou a ouvidoria do sistema de segurança pública do Pará no controle às atividades da polícia enquanto mecanismo de controle externo e de proteção dos direitos humanos. A autora concluiu que uma série de barreiras precisam ser vencidas para que essa ouvidora seja efetiva em sua função precípua.

Zaverucha (2008) conceituou a ouvidoria pública como uma instituição política capaz de promover um rearranjo das relações de poder de acordo com seu desenho institucional. Ele pesquisou a ouvidoria da Secretaria de Defesa de Pernambuco e concluiu ser essa uma instituição bastante frágil enquanto mecanismo de controle externo e impulsionadora da *accountability* do Estado. O autor chega a essa conclusão a partir da comparação com três modelos de ouvidoria, restritos ao setor de segurança pública, identificados no mundo. O primeiro modelo apresenta ainda duas subdivisões: a ouvidoria de investigação independente e a ouvidoria investigativa. A primeira possui um investigador alocado para conduzir a apuração das manifestações registradas que, ao final, encaminha relatório para um conselho de civis analisarem-no e tecerem recomendações para a polícia. A ouvidoria investigativa possui um conselho para realizar a investigação, a apuração dos fatos e as recomendações à polícia são feitas com a participação constante da sociedade. O segundo modelo consiste no monitoramento da Corregedoria de polícia ou da investigação realizada a partir de uma reclamação. A ouvidoria ao monitorar as atividades da Corregedoria pode fazer recomendações e corrigir os rumos de políticas. Quando monitora a investigação, o ouvidor tem o direito de participar de todas as etapas dela e tem acesso ao relatório final e, caso identifique falhas nesse processo, pode se reportar diretamente ao governador. O terceiro modelo se trata de uma ouvidoria externa em que a ouvidoria monitora as investigações conduzidas pela corregedoria, podendo solicitar novas investigações ou conduzi-las de modo independente.

Fortes (2008) pesquisou se as ouvidorias da área de saúde são capazes de controlar as atividades relacionadas à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). O autor conclui que elas são instrumentos de interlocução entre os usuários e a gestão apesar de as informações fornecidas por elas ainda precisarem ser efetivamente incorporados nos processos decisórios. A pesquisa se deu na Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte.

Fernandes (2009) conceituou a ouvidoria pública como uma instância democrática que possui a incumbência de ampliar o fluxo de informação no âmbito do serviço público e entre o serviço público e o cidadão. Ela estudou a inter-relação da ouvidoria com outras áreas das organizações à luz do arcabouço teórico da comunicação e das relações públicas. A conclusão da autora é que a ouvidoria não apresenta ligação direta com as estratégias de comunicação das empresas e assinala a importância do estabelecimento desse tipo de interface para a inclusão das atividades desse instituto no planejamento estratégico. As ouvidorias das seguintes instituições foram exploradas nesse trabalho: Grupo Tejofran,

Petróleo Brasileiro S.A. (Petrobras), Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), Serviço Federal de Processamento de Dados e Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Para Buvnich (2009), a ouvidoria é um mecanismo de participação social responsável por conduzir processos informativo e educativo, os quais reverberam em ampliação do controle social; ela inclui as funções de mediação e gestão. O seu estudo avaliou se a ouvidoria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) fornece informações e dados que são efetivamente implementados pela gestão. A pesquisa constatou que, apesar de os gestores reconhecerem o potencial da ouvidoria para o aprimoramento dos processos de trabalho, seus dados não são utilizados.

Cardoso (2010) considera as ouvidorias públicas como espaços privilegiados para a promoção do controle e inclusão sociais e discorre especificamente sobre a efetividade desses institutos. Para ele, quanto mais a ouvidoria pender para a defesa do cidadão, em vez da defesa da instituição, mais resolutiva ela será.

Ao analisar a ouvidoria do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) ao longo do período de 2004 a 2010, por meio de um apanhado histórico, Cardoso (2011) refletiu sobre as transformações pelas quais o instituto passou, concluindo que todo esse processo garantiu uma atuação efetiva.

Gomes (2013) realizou um estudo de caso em cinco ouvidorias de agências reguladoras – Anatel, Anvisa, ANTT, Antaq e ANAC – com o objetivo de compreender como se dá o processo de mudança institucional nesses institutos. Sua pesquisa concluiu que a institucionalização dessas ouvidorias se deu por meio de comportamentos dos atores baseados na criação, já que a legislação responsável pela atribuição das competências apresentou uma série de lacunas em todas as agências. Além disso, a pesquisadora concluiu que todas as ouvidorias objeto de estudo ainda se encontravam em processo de institucionalização, dependendo do desempenho de atores proativos para seu amadurecimento.

Santos et al (2015) realizaram pesquisa bibliográfica para identificar as características da produção acadêmica sobre ouvidoria pública. O recorte temporal consistiu na análise de artigos de 2002 a 2013. Os principais achados apontados foram baixa produção acadêmica, não há predominância de autoria e estabelecimento predominante de interfaces com participação e controle sociais.

Oito entre os onze estudos acima referidos focaram na questão da contribuição efetiva das ouvidorias para a respectiva gestão. A proposta do presente estudo vai nessa

mesma direção, mais especificamente no que diz respeito à ouvidoria como instrumento de gestão para a implementação de um programa governamental, conforme será analisado no capítulo dos Resultados e Discussão.

2.4. Implementação de Programas Governamentais

Para Arretche (2001), os programas governamentais consistem, em um primeiro momento, em objetivos estabelecidos e uma metodologia de execução desses objetivos. Entretanto, isso por si só não garante que a sua execução dar-se-á conforme o preconizado, pois, de acordo com a autora, os programas governamentais têm seus objetivos transmutados à medida que são implementados. Isso ocorre porque eles se adequam à realidade social em que são executados e também porque sempre é necessária uma articulação de vários atores, que tomam decisões sobre as formas de executá-lo, variando o grau de discricionariedade de acordo com o posicionamento do ator na estrutura governamental.

No mesmo sentido, defendem Rossi et al (2004), que ainda complementam conceituando os programas governamentais como representativos dos interesses de determinados segmentos sociais os quais logram alcançar a agenda pública para serem tratados como prioritários pelo Estado. O programa encadeia uma série de atividades em um todo que visa alcançar determinada mudança social.

Jannuzzi (2016) dialoga com Arretche (2001) quando expõe que os programas governamentais são mecanismos por meio dos quais é operacionalizada uma política pública. Esses programas, portanto, sistematizam as atividades e as entregas a serem feitas para que determinada problemática social seja tratada por parte do poder público. Essa visão mais tecnicista espria-se para a definição desse autor sobre a etapa da implementação dos programas governamentais, considerada uma fase em que vários recursos – humanos, financeiros, atores estratégicos – são alocados em prol da execução do programa.

O pensamento de Jannuzzi (2016) se insere no debate sobre o ciclo de políticas públicas, que evoluiu de uma visão mais clássica, em que as etapas de definição da agenda, a formulação, a implementação e a avaliação são bem definidas e subsequentes, até uma visão mais contemporânea, que vislumbra as etapas como imbricadas.

A visão clássica do ciclo de políticas públicas remete esta revisão de literatura a Pressman e Wildawski (1973), considerados os precursores do debate sistematizado acerca da implementação de programas governamentais. Para eles, a implementação consiste em uma ação em prol do alcance das metas estabelecidas. Eles consideram que ela é uma etapa intermediária, pois, para que haja a implementação, deve existir necessariamente um estágio

anterior da política pública e também deve haver uma etapa final. Ao concentrarem seus estudos no contexto federalista dos Estados Unidos, eles também se preocuparam com a articulação necessária que deveria existir entre os órgãos envolvidos no processo de implementação e, nessa esteira, criaram o construto de déficit de implementação, que consiste no fato de as metas não serem alcançadas conforme estipulado no plano devido a pequenos desajustes em cada um dos órgãos implementadores, podendo desembocar em um grande fracasso da política. Esse enfoque dado no processo de formulação da política e no topo da burocracia governamental, considerado o decisor dos rumos da política, coloca esses atores como representantes da abordagem de cima para baixo do processo de implementação. Nessa perspectiva, segundo os autores, são prescritas condutas com o objetivo de evitar a discricionariedade dos níveis mais baixos da burocracia, pois ela é considerada mais um desvio do que uma característica inerente do trabalho executado pelo implementador.

Ham e Hill (1993) ressaltam a importância dos estudos de implementação de políticas públicas por envolver a avaliação de processos que tendem a ser negligenciados. A visão desses autores é de que a implementação deve ser estudada de acordo com a abordagem mais adequada. No caso em que as metas estabelecidas pela política pública sejam objetivas e quantificáveis, a abordagem de cima para baixo encontra um contexto propício para sua aplicação, sendo possível pensar em conceitos como déficit de implementação. Nos casos, porém, em que as políticas sejam baseadas mais em princípios do que em metas, as quais podem ser implícitas, ou os parâmetros sejam qualitativos, a abordagem de baixo para cima pode trazer mais contribuições no momento de avaliar a implementação da política pública. Enfatiza-se, dessa forma, o fato de as vertentes teóricas não serem estanques.

Silva e Melo (2000) põem em relevo o fato de a implementação estar muito mais baseada na constituição de redes do que na dicotomia decisores - implementadores. As redes das quais os autores falam são aquelas em que se dá um processo negociado contínuo entre formuladores, implementadores, *stakeholders* e beneficiários das políticas públicas. Essa visão se aproxima bastante da realidade brasileira, baseada em um sistema governamental federalista e, no caso da saúde, adapta-se à gestão tripartite do SUS. Também é interessante os autores terem trazido os usuários dos serviços para o cenário, já que existe a proposta de os cidadãos participarem cada vez mais da Administração. Outro ponto ressaltado é o fato de a implementação representar um momento de aprendizado institucional. À medida que as políticas públicas desdobram-se, é revelado todo o cenário de implementação, é nesse

momento que são pensadas estratégias e tomadas decisões para lidar com questões práticas. Essas experiências retornam à política em um processo de aperfeiçoamento contínuo.

Hill (2006) tenta superar a dicotomia entre as perspectivas de cima para baixo e de baixo para cima. Ele enfatiza que uma análise da implementação de políticas públicas se torna mais realista na medida em que considera as interações existentes dentro das organizações. Essas interações precisam ser analisadas sob duas perspectivas: a estruturação das regras e o contexto de implementação das políticas. Quanto às regras, a política pública pode ser estabelecida a partir de normativas abrangentes e pouco claras, que apenas traçam princípios ou diretrizes gerais. Isso minimiza o conflito político no processo legislativo e garante a legitimidade do aparato normativo, mas o processo negociador acaba sendo levado para a burocracia implementadora, que acaba tomando decisões paulatinamente até a política pública chegar ao cidadão. A partir disso, Hill (2006) aponta a necessidade de se considerar a negociação entre atores praticamente autônomos. No que se refere ao contexto de implementação, ele enfatiza a cultura política e o sistema governamental como importantes fatores influenciadores do processo de implementação.

Os burocratas de nível de rua para Lipsky (2010) são agentes que possuem um grau de discricionariedade elevado, determinando quem deve usufruir dos benefícios proporcionados pelos serviços públicos e quem deve ser sancionado. Isso acaba desenhando a trajetória dos cidadãos de acordo com as oportunidades de que eles usufruem ao longo da vida, principalmente ao considerar-se que são os cidadãos de mais baixa renda que acessam os mais variados serviços públicos e são, portanto, mais dependentes desses serviços. Lipsky (2010) também explica por que esses burocratas possuem elevada autonomia até em relação às regras estipuladas pelas organizações. As razões principais para tal são que os burocratas trabalham em situações muito complexas que simplesmente não conseguem ser previstas pelo aparato normativo, outra razão é que a sociedade almeja que os burocratas trabalhem também sob uma perspectiva humana, dominada por características como flexibilidade e compaixão.

Outras questões trazidas por Lipsky (2010) são as características estruturais do trabalho desses burocratas, as relações com os beneficiários dos serviços e a alienação do trabalho. Com relação à estrutura com a qual os burocratas deparam, eles veem sempre a sua atuação constrangida pela falta de recursos e pelo volume imenso de trabalho. Então, como forma de constranger a demanda por serviços públicos e também para diminuir o fosso entre as expectativas de todos os atores na relação – Estado, beneficiários e as suas próprias –, a

qualidade do serviço é diminuída. Os burocratas, assim, cairiam em um espiral de mediocridade estruturalmente estabelecido, afirma o autor.

Quanto às relações estabelecidas com os beneficiários, os usuários dos serviços não são capazes de moldar o comportamento dos burocratas, pois existe uma demanda praticamente infinita pelos serviços públicos (Lipsky, 2010). Por isso, o autor ressalta que a relação é conduzida primordialmente de acordo com as preferências dos burocratas. O autor aponta que outro fator que afeta negativamente o comprometimento do burocrata com o usuário é a alienação do trabalho. Segundo o autor, o trabalho é alienado porque o burocrata controla apenas um segmento do trabalho, o resultado do trabalho também não é controlado, eles tampouco controlam os *inputs* e, finalmente, eles também não detêm controle sobre a velocidade do trabalho.

Oliveira (2014) faz uma análise da atuação da Polícia Militar do estado da Bahia a partir da literatura especializada em burocracia de nível de rua. O autor conclui que, por um lado, a discricionariedade identificada nos burocratas de nível de rua é decisiva para se aumentar a qualidade dos serviços públicos, já que esses profissionais são cotidianamente confrontados com a escassez de recursos nos serviços públicos; existe uma enorme diversidade de casos concretos durante a implementação da política pública, que são impossíveis de serem previstos em sua totalidade pela legislação ou mesmo pela autoridade responsável por regular o trabalho dessa equipe; existe também a necessidade de o Estado promover equidade por meio da atuação desses funcionários. Nesse sentido, a intervenção discricionária dos burocratas seria no sentido de atender todas essas expectativas ao mesmo tempo em que são constrangidos pela escassez dos recursos. Por outro lado, o autor expõe como bastante complexa a ponderação entre essa discricionariedade e a necessidade de se garantir *accountability* e *responsiveness*.

Para Oliveira (2004), *accountability* se refere ao fato de a burocracia atender às normatizações apresentadas por seus superiores hierárquicos e, em última instância, ao que está preconizado pela Administração Pública. *Responsiveness* é colocado pelo autor como a capacidade de a burocracia atender aos anseios da sociedade, dos usuários dos serviços públicos. É preciso aumentar a *accountability* no serviço público para que se tenha uma adequada execução da política pública. Isso representa mais controle sobre os burocratas de nível de rua. Para o autor, uma das formas de se obter maior *accountability* se dá por meio da clareza em relação a quem esses atores devem se reportar, tendo-se poucos agentes reguladores das atividades desses profissionais. Outros quesitos foram apontados pelo autor

como importantes para se garantir a *accountability*: a legitimidade dos superiores hierárquicos e as sanções previstas pela instituição para os desvios de comportamento. À medida que as normatizações preconizadas pelos superiores hierárquicos se afastam da realidade do contexto de implementação, de acordo com a percepção dos burocratas de nível de rua, esses últimos tendem a desconfiar de seus superiores e, dessa forma, eles perdem a legitimidade. Isso se transforma em resistência, reinterpretação das normas e flexibilização de acordo com os interesses privados desses agentes implementadores ou de acordo com o pensamento feito no caso concreto rumo ao atendimento de todas as expectativas em jogo. O autor tampouco se esqueceu do papel desempenhado pelas instituições, pois assinala que o comportamento tende a se alterar de acordo com as sanções previstas por elas e sua real capacidade de implementá-las, além da forma pela qual o fazem.

Ainda para Oliveira (2004), ao mesmo tempo é preciso garantir maior *responsiveness* e, para esse quesito, o autor apresenta mais questionamentos do que recomendações. Ele pontua que *responsiveness* e *accountability* tendem a se chocar e se trata de mais um dilema a ser solucionado pela discricionariedade do burocrata. Esse choque se deve ao fato de ser solicitado do burocrata que aja de acordo com a especificidade da situação, atendendo a uma solicitação do usuário, mas ao mesmo tempo ele deve estar ancorado nas diretrizes gerais – e impessoais – propaladas pela Administração. Também outro motivo para choque se estabelece, segundo o autor, com o impulso dado pela *responsiveness* à maior participação da sociedade no gerenciamento da política pública, na medida em que isso reverbera em uma multiplicidade de atores em relação aos quais a burocracia deve se reportar.

Lotta (2015) propõe a superação de quatro lacunas existentes na literatura sobre implementação de políticas públicas: carência de análises aprofundadas sobre a discricionariedade dos burocratas; análise de outros atores e setores envolvidos na política pública, além do governo; como os burocratas operam a discricionariedade em suas práticas; a consideração dos burocratas de nível de rua em sentido amplo, eles são responsáveis por operacionalizar a política pública e também por estabelecerem relação com a sociedade, traduzindo os anseios e as expectativas do Estado em relação aos cidadãos e vice-versa. Para atender a sua pesquisa, a autora inicialmente discorreu sobre a literatura clássica de implementação, mas foca a sua análise a partir de um referencial teórico calcado em um modelo interativo. Esse modelo baseou-se na análise das relações mantidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e na análise das instituições e organizações nas quais estavam inseridos. Com relação aos fatores relacionais, a autora utilizou a Análise de Redes Sociais,

que forneceu o sustentáculo para a descoberta desses atores enquanto mediadores no fornecimento dos serviços de saúde e, por outro lado, identificou-se que eles não desenvolvem, em sua maioria, o papel de mobilizadores comunitários, conforme previsto no programa. É importante destacar que toda a pesquisa é demarcada por importantes diferenças entre o padrão de implementação dos ACS, dependendo da UBS à qual eles estão vinculados. As instituições e organizações também influenciam as práticas dos atores a partir das regras estabelecidas, do controle que é estabelecido sobre os burocratas e das tarefas que eles desempenham. Observa-se que Lotta elaborou um instrumento metodológico específico e adequado para a sua pesquisa.

Lotta (2015) também situa em seu trabalho o papel da burocracia que realiza as entregas à sociedade. Para além das visões clássicas *top-down* ou *bottom-up*, ela pontua que não há julgamento de valor a respeito da discricionariedade dos agentes implementadores ou burocratas de nível de rua. Em virtude de não haver como exercer controle sobre todos os processos executados, a autora fortalece a sua opção por analisar a implementação da ESF a partir de um modelo interativo e dinâmico.

As contribuições centrais de todos esses autores que podem ser aqui enfatizadas são a necessidade de coordenação entre as diversas organizações envolvidas no processo de implementação, a importância da cultura política e do sistema governamental para a análise da implementação de um programa, a caracterização da implementação enquanto um processo negociador contínuo e dinâmico, a inevitabilidade da discricionariedade, a constatação de que a oferta dos serviços públicos pode se encontrar muito mais ligada às necessidades da instituição do que àquelas dos usuários.

A literatura sobre implementação trouxe, assim, as contribuições teóricas em termos de quais são os quesitos que devem ser observados para uma análise abrangente sobre o processo de implementação. A avaliação de políticas públicas e a pesquisa avaliativa trazem propostas no que diz respeito a como realizar essas análises.

2.5. Pesquisa avaliativa

A avaliação de políticas públicas e programas governamentais se constitui em campo de estudo marcado por trajetória ligada à conjuntura política, que terminou por impactar em profundas transformações metodológicas pelas quais o campo passou. Na década de 1960, a ênfase recaía sobre métodos quantitativos com o propósito de avaliar a eficiência e eficácia dos programas. Nesse contexto, nos Estados Unidos, a preocupação era em iniciar

processos avaliativos dos programas sociais, nos quais tinha sido investido grande volume de recursos, e a questão central era se eles tinham sido bem sucedidos ou não (Silva, 2013).

Nas décadas de 1970 e 80, de acordo com Brousselle et al (2011), assistiu-se à profissionalização e institucionalização desse campo de estudo. Associações profissionais e departamentos foram criados em resposta à expansão da área durante o período. Metodologicamente, a avaliação cedeu espaço também a técnicas qualitativas, com maior ênfase a critérios econômicos. Esse ponto pode ser explicado pelo contexto de crise fiscal internacional, em que a ênfase da avaliação recaía sobre selecionar, entre todos os programas sociais concorrentes, aqueles com maiores chances de produzir resultados com menores custos e se esses programas tinham sido bem-sucedidos.

Na década de 1990, a avaliação evoluiu para incluir mecanismos participativos. Nesse cenário, no Brasil, tinha sido proposto o Plano de Reforma do Aparelho de Estado e teve início a sua implementação. Essa evolução metodológica é intitulada por Guba e Lincoln (1989) como quarta geração, que teve nascimento na década de 90 e reverbera até a contemporaneidade.

No bojo desse processo histórico, a definição de avaliação também foi se adequando às novas perspectivas e necessidades. Scriven (1978), por exemplo, considera-a como um meio pelo qual se realiza o julgamento do valor ou mérito de algo.

Rossi e Freeman (2004) definem a avaliação de programas sociais como a utilização de métodos e técnicas da pesquisa social para averiguar os programas sociais no que diz respeito a todos os seus aspectos: desde a sua concepção até a sua implementação.

Para Patton (1997), a avaliação consiste em uma coleta sistemática de informações sobre um programa, a partir da qual será encetado um processo de tomada de decisão subsidiado em dados cientificamente validados. O propósito final da avaliação, portanto, é prover informações confiáveis sobre o programa e isso é extremamente relevante para que sejam tomadas decisões precisas, baseadas nos avanços e nas falhas apresentados pelo programa.

Worthen et al (2004) apresentam a avaliação como sendo constituída por esforços sistemáticos, explícitos e estruturados rumo ao exame, ao julgamento e à determinação de valor do objeto de estudo.

Para Contandriopoulos (2006, p. 706), a avaliação é um mecanismo responsável pela implementação de dispositivos capazes de “fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas”.

Champagne et al (2011) complementam, considerando que a avaliação é um mecanismo que possibilita a emissão de juízo de valor sobre determinada intervenção. Um julgamento de valor estruturado dessa forma possibilita que os atores interessados na intervenção possam decidir, coletivamente, os rumos futuros dela.

Para Brouselle et al (2011, p. 44),

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

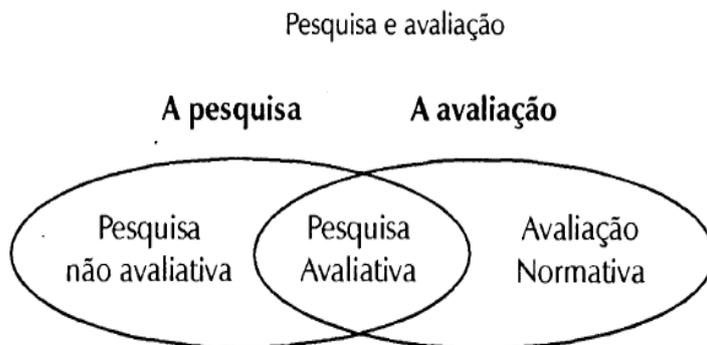
Silva (2013) alerta para o fato de que não se pode esquecer o sentido político em que está imbuída a avaliação de programas governamentais. Antes de defini-la de modo técnico, destituída de um contexto sociopolítico, é importante lembrar que a avaliação se constitui em instrumento de pressão a ser utilizado para que sejam garantidos avanços dos direitos sociais. Além disso, a autora apresenta conceitos para a avaliação em sentido lato e em sentido estrito. Em sentido lato, a avaliação consiste em um processo assistemático, exercido por todos os indivíduos em seu cotidiano, em que é averiguado o custo-benefício dos mais variados aspectos da vida. Em sentido estrito, a avaliação é uma pesquisa avaliativa aplicada. Nesse ponto, a autora dialoga com Rossi e Freeman (2004), pois enfatiza que a avaliação utiliza métodos e técnicas da pesquisa social para criar instrumentos capazes de analisar as várias dimensões dos programas governamentais.

Retomando Rossi e Freeman (2004), mas agora no que diz respeito especificamente à pesquisa avaliativa, esses autores consideram que a avaliação de programas sociais e a pesquisa avaliativa são praticamente sinônimos. Isso decorre do fato de a pesquisa social proporcionar as ferramentas cientificamente válidas para se analisar as problemáticas sociais de modo geral.

Como contraponto a essa visão, Contandriopoulos et al (1997) fazem uma distinção entre avaliação normativa, pesquisa avaliativa e pesquisa não avaliativa. Para eles, a avaliação normativa consiste na elaboração de normas e critérios para análise de programas. A pesquisa avaliativa utiliza procedimento científico para averiguar os componentes de um programa governamental. A pesquisa não avaliativa utiliza o procedimento científico para outras finalidades que não a o julgamento de valor sobre determinada faceta de um programa.

Em vista do exposto, a avaliação de programas pode apresentar interseção com a pesquisa avaliativa, conforme figura abaixo.

Figura 1. Os espaços da pesquisa e da avaliação.



Fonte: Hartz (org.), 1997.

Cohen e Franco (2008) expõem que, apesar do entrelaçamento existente entre a avaliação de programas e a pesquisa avaliativa, existem diferenças quanto à natureza de ambas. Nesse sentido, os autores posicionam a avaliação como sendo mais ampla do que a pesquisa avaliativa, pois a primeira apenas se utiliza da segunda para que sejam utilizadas as técnicas adequadas para o provimento das informações necessárias. Depois de obtidas as informações, o processo avaliativo continua por meio da análise da eficiência, eficácia ou outros parâmetros relativos ao programa. Isso tudo em interação com o contexto de implementação.

Cohen e Franco (2008) sistematizam as diferenças entre pesquisa avaliativa e avaliação em duas dimensões: quanto ao objetivo, quanto à natureza e explicação científica e diagnóstica. Elaborou-se o quadro a seguir com o objetivo de evidenciar as diferenças ressaltadas pelos autores entre ambos os conceitos.

Quadro 6. Síntese das diferenciações, trazidas por Cohen e Franco (2008), entre avaliação e pesquisa avaliativa.

Dimensões	Avaliação	Pesquisa avaliativa
Quanto ao objetivo	Objetiva consolidar informações de maneira a hierarquizar projetos; utiliza métodos e técnicas próprios.	Subdivide-se em pesquisa científica pura e aplicada. A primeira busca ampliar o conhecimento existente sobre dado tema. A segunda proporciona conhecimento para uma alteração

Dimensões	Avaliação	Pesquisa avaliativa
		da realidade.
Quanto à natureza	Gera informações sobre a operacionalização dos programas e organiza aquelas provenientes da pesquisa avaliativa. A partir disso, racionaliza em que medida os programas estão produzindo os efeitos desejados ou estão modificando a realidade social.	Consiste na aplicação de métodos provenientes da pesquisa científica ou empíricos para que seja possível o estabelecimento de relações de causa e efeito factíveis.
Explicação científica e diagnóstico	Necessita de diagnóstico no qual constam descrição, explicação e predição. A descrição consiste na caracterização do fenômeno que se pretende alterar. A explicação se trata de uma contribuição da pesquisa avaliativa. A predição resulta da explicação e consiste na projeção de tendências sem a intervenção do poder público e com a intervenção por meio da implementação de programa ou projeto.	Contribui com o diagnóstico voltado para a avaliação na parte destinada à explicação das relações de causa e efeito da realidade social estudada.

Fonte: elaborado pela autora a partir de Cohen e Franco (2008).

A visão de Brouselle et al (2011) se coaduna com a de Contandriopoulos et al. Eles conceituam a pesquisa avaliativa como a utilização de procedimento científica no campo de estudo da avaliação de programas com o objetivo de se ter uma abordagem explicativa da avaliação, de causalidade, portanto. Eles adicionam à figura 1 mais um elemento, a tomada de decisão, que pode apresentar interseção com todos os subconjuntos ou não.

Jannuzzi (2016) considera que a pesquisa avaliativa é um tipo de avaliação, qualificando a sua natureza de acordo com o produto por ela trazido. Para ele, a pesquisa avaliativa consiste em levantamentos empíricos que utilizam técnicas qualitativas ou

quantitativas visando à produção de evidências necessárias ao aprimoramento dos programas governamentais. Portanto, o produto originário da pesquisa avaliativa, nessa perspectiva, são os levantamentos primários realizados, bem como as evidências produzidas.

2.6. Avaliação de implementação

Cohen e Franco (2008) definem que a avaliação de implementação ou avaliação de processo determina em que medida as atividades executadas contribuem ou não para os resultados projetados pelo programa. Esse é um tipo de avaliação que deve ocorrer continuamente, somente assim conseguir-se-á identificar os pontos que necessitam de ajuste em tempo oportuno. Também, segundo eles, “a avaliação de processos permite corrigir tanto o modelo causal como a implementação do projeto para reorientá-la em função dos objetivos buscados.” (Cohen e Franco, 2008, p. 82).

Champagne et al (2011) conceituam a avaliação de implementação como a análise das barreiras e dos facilitadores durante o processo de execução do programa. Eles põem em relevo a necessidade de se estudar, nesse tipo de avaliação, o contexto em que se insere o programa.

Dentre as muitas classificações trazidas por Jannuzzi (2016), uma é de especial interesse para esta pesquisa: a avaliação de implementação. Para ele, esse tipo de avaliação visa a identificar as barreiras para a implementação por meio da investigação dos processos e das operações executadas.

Para Silva (2013), a avaliação de implementação – denominada pela autora como avaliação de processos – visa identificar a eficácia do programa. Não se trata aqui da eficácia pura e simples. Não se trata apenas de informar se o programa está alcançando os objetivos propostos em seu planejamento, mas esse tipo de avaliação também se preocupa em responder em que medida esses resultados estão sendo alcançados conforme os mecanismos preconizados em sua política. Por isso, os objetivos de uma avaliação de processos consistem no seguinte:

Essa concepção permite apontar como objetivos da avaliação de processos: identificar fatores determinantes dos êxitos e fracassos do processo de implementação de um programa; analisar os determinantes institucionais e socioculturais que podem explicar o sucesso ou o fracasso da implementação; oferecer aos responsáveis pelo programa sugestões e recomendações de procedimentos alternativos para corrigir ou impedir distorções ou obstáculos na consecução de metas e objetivos; coletar e sistematizar informações sobre o programa. (Silva, 2013, p. 82).

No que diz respeito à avaliação de processo, a autora traz também as características de seis dimensões associadas a ela. As dimensões são concepção, objeto, objetivos, momento, horizonte e usuário. Quanto à concepção, a autora a caracteriza pela correção da condução de um determinado programa. O objeto dessa avaliação consiste em verificar se meios e fins se encontram adequados, levando-se em conta os vários contextos – “organizacional, institucional, social, econômico e político” (Silva, 2013, p. 81) – em que se encontra imerso o programa. Os objetivos voltam-se para a aferição da eficiência e da eficácia do programa, o que, em última instância, objetiva à otimização do uso dos recursos públicos. O outro objetivo colocado por ela se trata de um reflexo da própria concepção trazida por ela, pois ressalta o intuito de a avaliação alterar ações durante o processo de implementação do programa. Outro objetivo colocado pela autora se volta à produção de conhecimento gerada pela avaliação para aqueles que devem operar a implementação do programa. Quanto ao momento, por tudo o que já foi mencionado, percebe-se que essa avaliação deve se dar durante a implementação do programa, esse é o momento oportuno para a correção das ações necessárias de modo a proporcionar a melhor relação insumo-produto. O horizonte de ação se volta para decisões cotidianas e operativas. Finalmente, o usuário dessa avaliação são as pessoas diretamente envolvidas implementação do programa e as que o administram também.

Silva (2013) aponta que é fundamental para o adequado aproveitamento de uma avaliação de processos o envolvimento de todos os atores responsáveis pela implementação do programa, devido ao fato de esse tipo de avaliação indicar alterações necessárias nas atividades relacionadas à execução da política, atividades essas executadas por um conjunto amplo de pessoas. Apenas se essas pessoas compreenderem o impacto de pequenos procedimentos do cotidiano, a avaliação de processos logrará êxito em corrigir os rumos de uma política. Isso parece bastante óbvio quando se teoriza sobre avaliação de políticas públicas, mas talvez não seja essa a realidade vivenciada nas organizações.

Nesse contexto teórico, insere-se o objeto de estudo desta pesquisa que pretende realizar uma avaliação de implementação. A avaliação de implementação permite que se supere o modelo da “caixa preta” (Denis; Champagne, 1997), possibilitando que se revelem as operações conduzidas no âmbito da RC em nível federal, em nível distrital e, finalmente, pelos próprios profissionais de saúde nas regiões de saúde do DF. Mais do que isso, essa avaliação de implementação permitirá a elaboração de uma proposta metodológica para verificar como os dados de ouvidoria podem ser processados ao longo dos diferentes níveis da gestão de um programa governamental.

Em vista do exposto, propõe-se a seguir um desenho de pesquisa elaborado a partir de método indutivo (Magee, 1979), que se baseia na observação e experimentação do caso particular para o alcance do conhecimento evidente. Sendo assim, foi realizada pesquisa de campo exploratória que determinou os procedimentos metodológicos e conformou a avaliação de implementação de um programa governamental, detalhados a seguir.

3 – Método

Este capítulo se destina a apresentar a maneira pela qual se desenvolveu a pesquisa de modo a viabilizar a sua reprodutibilidade. Tal detalhamento visa atender dois objetivos simultâneos: aumentar a confiabilidade da comunidade científica nos resultados desta dissertação e possibilitar que outros estudos abranjam as maternidades não estudadas neste momento ou outras Unidades Federativas para que seja complementada a avaliação de implementação de um Programa tão caro à saúde pública do país.

Para tal, o capítulo se encontra dividido em três seções: caracterização da pesquisa; coleta dos dados e análise dos dados. Ao longo do capítulo também serão apresentados cinco quadros: o primeiro apresenta como a administração em saúde da Unidade Federativa está estruturada, o segundo apresenta os critérios de seleção para as entrevistas dos profissionais de saúde, o terceiro contém as ações da Rede Cegonha (RC) que esta pesquisa irá analisar, o quarto apresenta a interface entre o resultado da pesquisa avaliativa da Ouvidoria com as ações propostas pelo PAR da Unidade Federativa, o quinto contém os procedimentos metodológicos para o alcance de cada um dos objetivos específicos.

A Unidade Federativa objeto de análise não será especificada para manter o sigilo da informação. Isso não compromete a pesquisa, já que o objeto de estudo se refere à Ouvidoria-Geral do SUS, situada no Ministério da Saúde. Um ente subnacional foi utilizado apenas como um recurso para que se averiguasse se o dado da Ouvidoria afetou a implementação de uma política de saúde induzida pelo MS – a RC.

3.1. Caracterização da pesquisa

O tema da pesquisa reside na avaliação da implementação de um programa governamental, por meio da utilização de uma Instância Participativa (IP), a Ouvidoria-Geral do SUS. O seu escopo de estudo é aplicado, visto que o objetivo consiste em investigar o alcance de uma IP, proporcionando assim insumos para a interferência imediata na gestão de uma organização (Cooper;Schindler, 2016). A sua esfera de aplicação é pública e a natureza é

empírica. Quanto ao delineamento, trata-se de pesquisa descritiva, pois o estudo se volta à descrição, análise e verificação da intensidade de um fenômeno (Fernandes; Gomes, 2003).

No que se refere à natureza dos dados, a pesquisa é qualitativa com uso de dados quantitativos. Tem-se, dessa forma, uma triangulação de métodos. De acordo com Minayo (2008), a triangulação revela-se uma estratégia valorosa especialmente para os estudos no campo de avaliação de políticas e programas sociais. Jannuzzi (2016) complementa que a triangulação objetiva cercar o objeto de estudo complexo em que geralmente se constituem os programas governamentais. A abordagem qualitativa utilizou as técnicas de análise documental, entrevistas individuais semiestruturadas e observação. A abordagem quantitativa restringiu-se à técnica de estatística descritiva, mais especificamente à apresentação das frequências relativas dos componentes observados do Programa. O primeiro tipo de abordagem proporcionou os dados para que se lograsse reconstituir o cenário de implementação do Programa nos anos de 2012 e 2015, segundo a perspectiva da gestão tanto do Ministério da Saúde quanto da Unidade Federativa pesquisada. O segundo reconstituiu o cenário em 2012 aos olhos de 6.163 usuárias do SUS na Unidade Federativa

O método desta pesquisa se baseia em estudo de caso. Para Yin (2015), o estudo de caso consiste em uma análise em profundidade de um fenômeno do mundo real que dificilmente consegue se destacar de seu contexto. Optou-se pelo aprofundamento dos meandros do processo de implementação da RC em uma única Unidade Federativa, como forma de efetivamente cotejar o papel desempenhado por uma área meio – a Ouvidoria-Geral do SUS – na implementação de um programa governamental.

O recorte temporal é transversal, pois foram analisadas as mudanças ocorridas no Programa em 2012 e 2015. De maio de 2012 a dezembro de 2013, as usuárias que realizaram parto pelo SUS na Unidade Federativa, entre novembro de 2011 e janeiro de 2013, responderam ao inquérito telefônico da Ouvidoria-Geral do SUS. Houve um lapso temporal para a consolidação desses dados, que foram enviados, em sua versão definitiva, à área gestora da RC no Ministério da Saúde em agosto de 2014. Esses dados foram apresentados pela área gestora da RC no Ministério da Saúde e discutidos juntamente com a gestão da Unidade Federativa ainda em 2014. Esta, por sua vez, apresentou esses dados, juntamente com a apoiadora institucional do Ministério da Saúde, ao Colegiado de Maternidades no mesmo ano. Finalmente, foi realizado o 2º Seminário Anual da Rede Cegonha em que foram apresentados os dados a toda a Rede implementadora da Política na Unidade Federativa, inclusive aos profissionais de saúde.

A amostragem foi não-probabilística, já que a implementação do Programa foi avaliada em uma Unidade Federativa, selecionada por conveniência. Finalmente, foram analisados apenas dois componentes do programa: pré-natal e parto e nascimento.

3.2. Coleta dos dados

O processo de coleta de dados se deu por meio de três procedimentos metodológicos: análise documental, entrevistas individuais semiestruturadas e observação. No que diz respeito à análise documental, foram selecionadas três tipos de documentação: aquelas provenientes da Ouvidoria-Geral do SUS, as originárias da área gestora da RC no Ministério da Saúde e as originárias da Secretaria de Estado de Saúde (SES). A documentação originária da Ouvidoria analisada foram os bancos de dados contendo o microdado obtido a partir do inquérito telefônico. Também foram analisados os relatórios enviados à área gestora da RC no Ministério da Saúde, os quais foram construídos a partir da consolidação dos microdados. O segundo tipo de documento consiste nos relatórios de gestão de 2012 e de 2015 da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), pois neles constam as ações implementadas em 2012 e em 2015 pela área gestora. O relatório gerencial de 2012 traz uma visão panorâmica, objetiva e superficial acerca das ações implementadas pelo MS ao longo do ano de 2012. Nesse sentido, as entrevistas realizadas com as gestoras federais e as gestoras distritais do programa proporcionaram informações imprescindíveis para os objetivos desta pesquisa.

A documentação proveniente da Secretaria de Saúde consistiu na análise dos relatórios de gestão de 2012. Não foi possível analisar o relatório de gestão de 2015, pois ele não foi disponibilizado ao público até o momento final da coleta de dados (setembro de 2016). Diante disso, para identificar as ações implementadas em 2015 foi fundamental a análise das atas das reuniões do Grupo Condutor Central da Rede Cegonha (GCCRC) relativas a esse ano. Não foram analisadas atas de 2012, porque elas começaram a ser produzidas em 2015.

Após a análise documental, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com três perfis de entrevistados: em nível federal, foram entrevistadas algumas gestoras da CGS (ver roteiro no apêndice I); o segundo nível, do ente federativo, foram entrevistados gestores componentes do GCCRC; o terceiro nível foram os profissionais de saúde.

A seleção das gestoras federais para entrevistas foi realizada de acordo com o atendimento do seguinte perfil: gestoras atuantes na área responsável pela implementação da RC e que trabalharam também com os dados provenientes da Ouvidoria-Geral do SUS. Três

gestoras federais atenderam esse perfil. A codificação atribuída a elas no capítulo dos resultados e discussão será GF1, GF2 ou GF3.

A seleção das gestoras da Unidade Federativa foi baseada nos seguintes requisitos: ser componente do GCCRC e ter atuado no Grupo de 2012 até 2014. Foram identificadas três gestoras com esse perfil. Dentre elas, apenas uma atendeu a ambos os critérios e possuía atuação posterior a 2015. Como não foram identificadas mais gestoras que atuaram até 2015 e também tinham conhecimento dos dados da Ouvidoria, optou-se por estabelecer como critério a atuação até apenas 2014. Isso se deveu ao fato de o GCCRC ter passado por grande transformação em sua composição em 2015, ano em que ele foi quase que completamente renovado. Nesse sentido, é que se fez uma escolha metodológica de, em vez de entrevistar apenas uma pessoa que poderia dar informações sobre os dados e sobre as ações implementadas em 2012 e 2015, foram entrevistadas três pessoas, sendo que duas delas contribuíram para a reconstrução do cenário apenas de 2012. Tentou-se minorar os efeitos dessa limitação da pesquisa por meio da análise das atas das reuniões de 2015 e da observação. A codificação atribuída a elas no capítulo dos resultados e discussão será GUF1, GUF2 ou GUF3.

A seleção dos profissionais de saúde se deu de acordo com o atendimento dos seguintes critérios:

Tabela 7. Critérios estabelecidos para a seleção dos profissionais de saúde a serem entrevistados

	Critérios
1	Os profissionais de saúde participaram de evento promovido pela Secretaria de Saúde em que foi dada visibilidade aos dados da Ouvidoria.
2	Cada profissional de saúde entrevistado apresentou atuação em diferentes regiões administrativas de saúde, conforme quadro abaixo. Não foi entrevistado mais de um profissional que atuasse em uma mesma região.
3	O profissional de saúde atuou em uma das treze maternidades da Unidade Federativa.
4	O profissional de saúde atuou na mesma maternidade desde 2012 até pelo menos 2015.

Fonte: elaboração própria.

Cada um dos referidos critérios visava atender um objetivo. O primeiro critério era fundamental para se analisar o alcance das informações provenientes da Ouvidoria-Geral do SUS no contexto específico de cada uma das maternidades pesquisadas. O segundo tratou-se de uma tentativa de ser uma pesquisa o mais abrangente possível, o propósito foi o de realizar uma análise válida para toda a Unidade Federativa. O terceiro guiou a seleção de apenas um profissional de cada uma das maternidades que não pertencessem à mesma região

administrativa. Por último, o quarto critério foi relevante para que fossem selecionadas pessoas capazes de informar como era o cenário em 2012 e como era em 2015.

Quadro 8. Regiões administrativas de acordo com a Secretaria de Saúde da Unidade Federativa.

Região de saúde	Maternidades
Centro-Norte	Hospital 1
	Hospital 12
Centro-Sul	Hospital 2
Oeste	Hospital 3
	Hospital 4
Sudoeste	Hospital 9
	Hospital 6
Norte	Hospital 5
	Hospital 8
Leste	Hospital 11
	Hospital 13
Sul	Hospital 10
	Hospital 7

Fonte: elaboração própria, a partir de Decreto publicado pela Unidade Federativa.

O quadro 2 expõe como a Secretaria de Saúde da Unidade Federativa pesquisada divide administrativamente as maternidades por região de saúde. Para o presente estudo foram analisados os hospitais 1, 2,3, 6, 7 e 8. De modo a contemplar cada uma das regiões administrativas, tentou-se entrevistar sete profissionais de saúde, um de cada região administrativa. Apesar desse esforço, não foi possível entrevistar um profissional de saúde da região de saúde leste, devido à indisponibilidade da pessoa selecionada. Após várias tentativas, o profissional alegou que não seria possível conceder entrevista. Na data em que ele informou, não havia mais tempo hábil para entrevistar outro profissional de saúde.

Quanto à seleção dos profissionais de saúde, ela se deu a partir de análise da lista de presença no evento “2º Seminário anual da Rede Cegonha” em que foram expostos os dados de Ouvidoria, dentre outras pautas. Os profissionais de saúde foram separados de acordo com a região de saúde em que trabalhavam. Em seguida, foram contatados por e-mail os primeiros profissionais que atuavam nas maiores maternidades de cada região, no quesito volume de partos realizados. No caso de três superintendências, devido à grande dificuldade de se contatar os profissionais de saúde, os profissionais entrevistados não atuavam nas

maiores maternidades, mas esse não era um critério imprescindível a ser seguido, tratou-se apenas de um mecanismo adotado para a priorização de profissionais a serem consultados. A codificação atribuída a elas no capítulo dos resultados e discussão será PSH1, 2, 3, 6, 7 e 8.

A dinâmica das entrevistas se deu da seguinte forma: os dados da Ouvidoria-Geral do SUS, objeto de discussão no tópico dos resultados e discussão, eram apresentados e, à medida que eles eram postos, perguntava-se quais eram as ações que tinham sido tomadas para alterar aquela realidade. Isso gerou alguns debates acalorados e algumas posturas mais ríspidas.

Quanto à observação, ela foi feita junto à apoiadora descentralizada do MS na Unidade Federativa, por meio de acompanhamento semanal das atividades dessa colaboradora. A apoiadora descentralizada é responsável pelo acompanhamento da implementação da RC no território, dando suporte à SES nas atividades em que for solicitada. Ela também é responsável por enviar relatórios de todas as atividades desenvolvidas para o MS e reúne-se com a equipe do MS periodicamente para alinhar as ações. O acompanhamento dessa apoiadora foi feito durante um período de apenas três meses, em virtude de não ter se revelado tão central para a pesquisa quanto o acompanhamento das reuniões do GCCRC.

Antes de explicitar de que modo se deu a observação participante nesta pesquisa, cabem aqui algumas considerações metodológicas sobre o tema. Para Minayo

Definimos a observação participante como um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente. (Minayo, 1993, p. 70).

Malinowski (1984), em obra seminal fundadora das bases da etnografia, expõe o relevo da utilização da técnica para a pesquisa científica:

Não há dúvida de que, do ponto de vista quer da análise sociológica quer da psicológica, em todas as perspectivas teóricas, o modo e o tipo de comportamento observado na representação de um ato é da máxima importância. O comportamento é um fato, um fato relevante, e como tal pode ser registrado. Insensato seria o homem de ciência que negligenciasse toda esta classe de fenômenos, prontos a ser recolhidos, ainda que o fizesse por não vislumbrar a sua utilidade teórica! (Malinowski, 1984, p. 33)

No estudo em questão, as afirmações de Malinowski revelaram-se da maior veracidade nesta pesquisa, pois essa foi a técnica mais importante diante da triangulação adotada. A

etnografia balizou o cotejamento da teoria, com a análise documental, as entrevistas e o levantamento dos dados de Ouvidoria. Todo o entendimento, a produção de sentido às comunicações dos entrevistados, a compreensão de um todo existente por detrás de cada ação implementada foi calcada naquilo que foi observado. Não seria possível realizar o presente trabalho sem a compreensão dos meandros do contexto de implementação. Não haveria sequer condições de realizar a análise de conteúdo das entrevistas dos profissionais de saúde se não se tivesse conhecimento dos dilemas para a implementação nas diferentes unidades de saúde. Por isso, considera-se que a escolha do Grupo Condutor Central foi acertada, pois ele proporcionou a visão panorâmica da rede, uma visão de um território extremamente dinâmico e complexo, construído sobre as paixões, as desavenças, a falta de transparência e as alianças humanas.

A observação participante foi realizada junto ao GCCRC, de abril a outubro de 2016. O grupo condutor principal se reunia semanalmente e era composto, de maneira permanente, pelas seguintes áreas técnicas da SES: saúde da mulher, da criança, do adolescente, banco de leite, urgência e emergência, terapia intensiva, gineco-obstetrícia, doenças sexualmente transmissíveis, informação e análise da situação em saúde, vigilância e epidemiologia. O referido grupo é responsável, dentre outras atribuições, pela gestão política e técnica da implementação da RC em todas as regiões de saúde da Unidade Federativa.

3.3. Análise dos dados

A análise se dividiu em duas etapas. Na primeira etapa, foi realizado um mapeamento dos dados fornecidos pela Ouvidoria-Geral do SUS à área gestora da RC. Esse mapeamento consiste no resultado da pesquisa avaliativa, com análise realizada por meio de estatística descritiva. Os *softwares* utilizados para o mapeamento foram o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20 e o *Excel* 2010.

A segunda etapa consistiu em avaliação da implementação da RC. Essa segunda etapa foi executada por meio de análise documental, entrevistas individuais semiestruturadas e observação.

A análise documental se deu por meio da análise de conteúdo das atividades implementadas em 2012 e 2015, constantes nos relatórios de gestão de 2012 e 2015 da SAS. Nesses documentos, constam as ações implementadas pelo nível federal. Para averiguar as ações implementadas em nível do ente federativo, foram analisados os relatórios anuais de

gestão da Secretaria de Estado da Saúde da Unidade Federativa de 2012 e as atas das reuniões do grupo condutor central da RC de 2015.

No que se referem às entrevistas individuais semiestruturadas, com as gestoras do Ministério da Saúde, elas apresentam o objetivo de averiguar quais foram as ações implementadas em 2012 e 2015, para além do que consta nos relatórios de gestão. O mesmo objetivo ocorre para o caso das entrevistas com os gestores da RC no nível do ente federativo. As entrevistas com os profissionais de saúde têm o objetivo de verificar se, na percepção dos burocratas de nível de rua, as ações preconizadas nos documentos e nas entrevistas com as gestoras foram efetivamente implementadas. As entrevistas foram analisadas por meio de análise de conteúdo (Bardin, 2011).

A análise dos documentos foi feita a partir de três unidades de análise: ações realizadas pela Rede Cegonha, ações efetivamente implementadas e influência da Ouvidoria do SUS. As gestoras e os documentos revelando a primeira categoria; os profissionais de saúde revelando a segunda; e a análise de todas as entrevistas em conjunto revelando a terceira. A observação participante – cabe lembrar – esteve subjacente em todas as análises aqui realizadas.

O recorte do Programa analisado por esta pesquisa foi escolhido a partir do confronto dos seguintes documentos:

1. O modelo lógico de Cavalcanti et al (2013) – ver seção 6.4;
2. Os relatórios preliminar e final da pesquisa da Rede Cegonha, datados de 2013 e 2014 respectivamente, os quais englobam os resultados da pesquisa avaliativa da Ouvidoria (ver questionário aplicado durante a pesquisa avaliativa no anexo 1).

Os quatro componentes da RC constam no modelo lógico e na pesquisa avaliativa realizada pela Ouvidoria, a diferença reside nas ações. As ações objeto de pesquisa por parte da Ouvidoria compõem um universo menor do que o abarcado pela RC. Por isso, foram identificadas as ações presentes em ambos os instrumentos, considerando-se também o recorte desta pesquisa que leva em conta apenas os componentes pré-natal e parto e nascimento. As ações de implementação da RC contempladas tanto no modelo lógico quanto na pesquisa realizada pela Ouvidoria são as seguintes, nas palavras de Cavalcanti et al (2013) – vide modelo lógico (p. 1309):

1. “Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;”

2. “Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;”
3. “Acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;”
4. “Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;”
5. “Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;”
6. “Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;”
7. “Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;”
8. “Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);”
9. “Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: ‘Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento’”;
10. “Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;”
11. “Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.”

Depois de identificadas as ações de implementação que foram objeto de avaliação pela Ouvidoria do SUS em consonância com o modelo lógico, foi feito cruzamento entre as ações de implementação mapeadas e as ações propostas pela Unidade Federativa, no âmbito dos componentes pré-natal e parto e nascimento, em seu Plano de Ação Regional (PAR). As ações propostas no PAR objetivavam modificar causas identificadas como problemáticas no que se refere à linha de assistência materno-infantil na Unidade Federativa, por isso essas ações precisam ser estudadas para se averiguar se as mudanças propostas no PAR de fato se deram, ao longo da implementação da RC. Ao mesmo tempo, a pesquisa avaliativa da Ouvidoria informou a opinião das usuárias dos serviços de saúde no que diz respeito a algumas das ações elencadas no PAR. Por isso, as ações de implementação, inicialmente estabelecidas por meio da intersecção entre o modelo lógico e a pesquisa avaliativa, foram mais uma vez restringidas de 11 para apenas 3, já que são apenas essas 3 que estabelecem interface entre a pesquisa avaliativa da Ouvidoria do SUS e a implementação da RC na Unidade Federativa.

Dessa forma, as ações que foram analisadas, estabelecidas a partir da identificação do cruzamento existente entre as ações de implementação e as ações propostas, sistematizadas no Quadro 3, nesta pesquisa serão chamadas de eixos, pois a partir deles se desdobram uma série de ações. A análise desses eixos revela-se fundamental para averiguar as mudanças ocorridas na RC, na Unidade Federativa, ao longo do tempo e em que medida a pesquisa avaliativa da Ouvidoria do SUS contribuiu para tal.

Quadro 9. Ações de implementação e ações propostas da RC

Ações de implementação – modelo lógico Cavalcanti et al (p. 1309)	Ações propostas – PAR
Componente pré-natal	
“Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto.”	Vinculação da gestante ao hospital onde se dará o parto e realização de visita ao referido local ainda durante o pré-natal.
Componente parto e nascimento	
“Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)”	“Reforma da ambiência dos centros-obstétricos e oficinas de conscientização às equipes envolvidas.” (p. 26)
“Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: ‘Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento’”	“Reestruturação dos protocolos assistenciais e de fluxo de pacientes, treinamento de multiplicadores para disseminação dos novos protocolos.” (p. 27)

Fonte: elaboração própria a partir do modelo lógico de Cavalcanti et al (2013) e do Plano de Ação Regional da Unidade Federativa (Brasil, 2012).

Os eixos analisados, a partir dos quais o Programa destrincha uma série de ações, serão, portanto, os seguintes:

1. Vinculação: a Rede Cegonha apresenta como um dos seus objetivos o fim da peregrinação. Este pode ser tido como um produto do Programa. Esse produto foi pensado devido à constatação, por parte da literatura em saúde pública, de que o óbito neonatal está fortemente associado à peregrinação (Lansky et al, 2014). Com vistas ao alcance desse objetivo, é que confluem uma série de medidas. Primeiro, e o cenário ideal, é aquele em que a gestante, desde o momento do pré-natal, é referenciada pela UBS para o hospital onde deve realizar o parto. Essa é uma providência no âmbito da atenção primária. No âmbito da

assistência hospitalar também são tomadas providências para o caso de esse fluxo com a atenção primária não se efetivar e para que nenhum estabelecimento fique sobrecarregado, essa medida de reforço mantém a rede funcionando de acordo com o planejado. Trata-se da implementação da política da Vaga Sempre. Essa política consiste em, uma vez a mulher chegando à maternidade, independentemente de onde ela tenha vindo, tem que ser-lhe prestada assistência no local. Somente depois desse primeiro cuidado, ela será transferida para a sua maternidade de referência.

2. Boas práticas baseadas em evidências científicas: as boas práticas retratam a ação proposta número 3, “reestruturação dos protocolos assistenciais e de fluxo de pacientes, treinamento de multiplicadores para disseminação dos novos protocolos”. A RC apresenta o estímulo às boas práticas baseadas em evidências científicas como um dos eixos necessários para que sejam minoradas situações de violência obstétrica e devido à necessidade constatada de estímulo ao atendimento humanizado. O cerne da questão deixa de ser tão-somente a capacidade técnica para uma assistência adequada e a RC conflui para o fortalecimento de um debate internacional e nacional de que, além do aspecto técnico, o SUS precisa prover assistência que contemple todas as facetas de um ser humano: psicológica, cultural, social, afetiva, etc. O estímulo às boas práticas no âmbito da RC é bastante amplo, mas dentre elas essa pesquisa destaca o incentivo à realização de parto normal e o contato pele a pele. Esses são os sub-eixos, dentro das boas práticas, em relação aos quais a pesquisa da Ouvidoria-Geral do SUS forneceu informações à gestão. O parto normal, de acordo com a OMS, é considerado uma boa prática porque não existem evidências científicas que comprovem que a cirurgia cesárea gere quaisquer benefícios para mulheres e/ou crianças que se submeteram a esse procedimento sem os requisitos necessários para tal. Para essa organização, a taxa ideal de cesáreas em um país deve ser em torno de 10 a 15% do número de partos. Esse foi um posicionamento de 2015 que ratificou a taxa recomendada de 1985.

Com relação ao contato pele a pele, a OMS – em documento divisor de águas acerca da assistência ao parto e nascimento, datado de 1996 – já preconizava que essa boa prática deveria ser realizada devido à necessidade de se manter a temperatura do bebê após o nascimento, devido à necessidade de a mãe colonizar o bebê com suas bactérias e para que o bebê já fosse estimulado a fazer a primeira sucção.

2.1. Acompanhante: esse é outro sub-eixo das boas práticas que será analisado. Foi-lhe dada posição de destaque por ser uma boa prática respaldada pela lei federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, e por lei da própria Unidade Federativa datada de

2002, revogada por legislação posterior de 2015. A presença do acompanhante em todos os momentos do parto, especialmente no momento expulsivo, também é recomendada pela OMS devido a evidências científicas que correlacionam diminuição da percepção de dor pelas parturientes e a presença dos acompanhantes. Outro motivo para se fazer uma análise à parte se evidenciou pelo fato de a reforma da ambiência, retratada na ação proposta nº 2 da tabela acima, ser um instrumento para viabilizar o acompanhante e outras boas práticas. Sendo a reforma da ambiência um meio para o alcance das boas práticas, em especial para o acompanhante, considerou-se oportuno analisá-la no contexto da implementação da lei do acompanhante. Finalmente, outra razão para separá-la das outras boas práticas, reside no fato de a pesquisa da Ouvidoria ter revelado, em quase todas as maternidades, taxas acima de 80% para a não implementação dessa lei. Isso foi um indício da necessidade de se perscrutar mais detidamente essa questão.

Para situar acerca da reforma da ambiência, é importante elucidar que se trata de uma ação pensada para solucionar a questão da falta de estrutura física e de adaptação das equipes de saúde ao novo processo de trabalho previsto pela RC. De acordo com a Política Nacional de Humanização, ambiência é o “espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (Coelho et al, 2012). No contexto específico do parto e nascimento, existe um conjunto de recomendações de espaços considerados ideias para impulsionar a implementação do programa como um todo. Os espaços físicos que contam inclusive com recurso previsto pelo Ministério da Saúde para construção, ampliação e reforma são os Centros de Parto Normal (CPN) e as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP). Conforme mencionado anteriormente, a RC representa uma mudança paradigmática nos cuidados à gestante e à criança. Essa mudança é representada concretamente por meio da reforma da ambiência das maternidades.

De maneira a evidenciar a interface entre a pesquisa avaliativa realizada pela Ouvidoria do SUS e as ações propostas pelo PAR, segue quadro em que são identificadas as questões diretamente relacionadas às ações que serão analisadas no âmbito da presente pesquisa. A partir dessas perguntas é que foram produzidos os dados que estão de acordo com o modo como o programa é operacionalizado na Unidade Federativa. Esses dados apresentam condições de serem acompanhados ao longo do processo de implementação da RC e, com eles, chegou-se ao hospital onde foi realizado o parto, conseqüentemente, avaliou-se a efetiva implementação dos eixos vinculação e boas práticas baseadas em evidências científicas.

Quadro 10. Questões relacionadas aos eixos analisados.

Questões	Eixos da RC
17. No pré-natal você foi informada do local que deveria fazer o parto? 18. Você visitou o local onde deveria ter o parto durante a gravidez? 19. Você fez parto no serviço de saúde/hospital do SUS que foi indicado? 20. Se a cidadã respondeu não na pergunta anterior, sondar o porquê: 21. Você teve parto no primeiro serviço de saúde/hospital do SUS que procurou?	Vinculação
32. Qual foi o tipo de parto para ter este filho? 38. A criança foi colocada em seu colo ou no peito para mamar imediatamente após o parto? 39. De 0 a 10, que nota você daria ao hospital do SUS em relação ao serviço prestado ao bebê?	Boas práticas baseadas em evidências científicas
25. Ao chegar à Unidade de Saúde do SUS para realizar o parto, que nota você daria para a forma como foi recebida, de 0 a 10? 28. Você teve acompanhante de sua escolha durante o procedimento do parto? 29. Por quem você foi acompanhada? 31. Por que não teve acompanhante?	Acompanhante

Fonte: elaboração própria.

A título de sistematização geral da pesquisa, apresenta-se abaixo quadro que contém as ações da pesquisa e os procedimentos metodológicos a serem realizados para o alcance de cada um dos objetivos específicos, transformados em categorias de análise na seção Resultados e Discussão.

Quadro 11. Ações da pesquisa e procedimentos metodológicos, conforme os objetivos específicos da pesquisa.

Objetivo Específico 1: a) Identificar quais foram os dados levantados pela Ouvidoria do SUS referentes às mulheres que realizaram parto pelo SUS em 2012.	
Ações da pesquisa	Procedimentos Metodológicos
- Mapear as variáveis obtidas por meio dos resultados da pesquisa avaliativa da Ouvidoria	- Análise documental. Bancos de dados fornecidos pela Ouvidoria-Geral do SUS, em planilhas de Excel, para a Coordenação de Saúde das Mulheres;

	- Análise documental. Relatórios produzidos pela Ouvidoria-Geral do SUS com o objetivo de avaliar a Rede Cegonha na perspectiva das mulheres que tiveram partos pelo Sistema Único de Saúde.
Objetivo específico 2: b) Comparar as ações de implementação da Rede Cegonha em 2012 e 2015;	
Ações da pesquisa	Procedimentos Metodológicos
- Identificar as ações de implementação da RC em 2012.	- Análise documental. Relatórios de gestão (MS e SES). - Observação.
- Identificar as ações de implementação da RC em 2015.	- Análise documental. Relatórios de gestão (MS) e atas de reuniões do grupo condutor principal. - Observação
- Identificar as similaridades e diferenças das ações voltadas à implementação da RC em 2012 e 2015.	- Análise documental. Relatórios de gestão (MS e SES), atas de reuniões do grupo condutor principal. - Observação
Objetivo específico 3: c) Averiguar se houve influência dos dados levantados pela Ouvidoria do SUS na implementação da Rede Cegonha em 2015.	
Ações da pesquisa	Procedimentos metodológicos
- Mapear entrevistados com base nos profissionais de saúde participantes do 2º Seminário Anual. - Definir amostra de entrevistados.	- Entrevistas individuais semi-estruturadas. - Observação.
- Definir gestoras responsáveis pela implementação da RC, no MS e na SES, em 2012 e 2015.	- Entrevistas individuais semi-estruturadas. - Observação.

<p>- Comparar as variáveis fornecidas pela Ouvidoria com as ações de implementação realizadas em 2015.</p>	<p>- Entrevistas individuais semi-estruturadas e análise documental.</p> <p>- Observação.</p>
--	---

Fonte: elaboração própria.

3.4. Modelo lógico

Esta pesquisa utilizará o modelo lógico dos autores Cavalcanti et al (2013) para avaliar a implementação da RC (Ver figura 1). O modelo lógico constitui importante ferramenta para a avaliação de programas sociais por apresentar visualmente e de maneira sistemática as relações entre insumos, atividades/ações e resultados (Bezerra et al, 2010). Moreira (2014) ressalta que o modelo lógico é a representação ideal do programa. Para ela, os modelos devem apresentar os processos e os resultados do programa.

Existem diversas formas de representação dos programas, de acordo com a modelização utilizada. Brousselle et al (2011) expõem que a modelização consiste em processo reflexivo a respeito da teoria que sustenta a intervenção, para que se estabeleça o seu modo de funcionamento. Para Champagne et al (2011), a modelização é uma etapa fundamental antes que seja iniciada a avaliação de um programa. Ele fornece três modelos de modelização: causal, lógico-teórico e lógico operacional. O primeiro trata de estabelecer as causas para determinadas problemáticas, separando-as de outras causas prováveis. O segundo consiste em identificar o problema visado pela intervenção, o contexto de implementação e os resultados a serem alcançados (Hartz, 1999). O terceiro conecta os recursos utilizados aos processos implementados e esses últimos aos objetivos. Nesse sentido, Donabedian (1980) apresenta como estrutura básica de um modelo lógico operacional as seguintes composições: estruturas, processos, resultados de curto prazo e resultados de médio e longo prazo.

Cavalcanti et al (2013) utilizaram como referência para a modelização da RC Bezerra et al (2010) e Cassiolato e Guerresi (2010). Bezerra et al (2010) nortearam o trabalho no que se refere ao embasamento das entrevistas conduzidas para que se identificasse a teoria do programa. Já Cassiolato e Guerresi (2010) forneceram os elementos da intervenção que deveriam ser mapeados pelo modelo lógico, sendo efetivamente utilizada apenas um por Cavalcanti et al (2013): explicação do problema.

Cavalcanti et al (2013) partiram de um modelo causal da RC, constante em documentação do MS, e elaboraram um modelo lógico-teórico parcial, em que fatores

relacionados ao contexto de implementação e aos resultados da RC estão ausentes. Isso, no entanto, não inviabiliza a avaliação proposta por este estudo, pois se trata de uma avaliação de implementação, focada portanto nos processos da RC, os quais se encontram modelizados no modelo lógico apresentado abaixo.

Cavalcanti et al (2013) elaboraram esse modelo lógico a partir de pesquisa documental e aplicação de questionários. Um documento chave para a construção do modelo lógico foi a árvore de problemas elaborada pelos formuladores do Programa. Esse documento foi um importante fator para que se vislumbrasse a estratégia que permeia o Programa.

Outro documento utilizado foi o Manual Prático do Programa, que elucida o que cada componente representa para o Programa. Segundo esse documento, o componente pré-natal representa medidas tomadas para a qualificação desse procedimento nas UBS por meio da realização dos exames e do recebimento dos resultados em tempo oportuno, da identificação quando for gravidez de alto risco, da vinculação da gestante ao serviço de saúde e do acompanhamento da gestante durante todo o processo.

O componente parto e nascimento almeja ações que resguardem o princípio da integralidade, a incorporação de boas práticas respaldadas por evidências científicas e também enfatiza que sejam garantidos leitos obstétricos e neonatais.

O componente puerpério e atenção integral à saúde da criança visa qualificar o acompanhamento da saúde da criança durante todo o seu desenvolvimento com enfoque nos primeiros 24 meses e cuidados especiais para a primeira semana de vida. Nesse ponto, o Manual pontua a necessidade de apoiar os municípios nesse processo.

O componente sistema logístico prevê o apoio às gestantes para deslocarem-se até as consultas do pré-natal e também para o parto, também apoia o transporte entre unidades de saúde e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para os casos que assim o exigirem.

Figura 1. Modelo lógico da RC.

OBJETIVO GERAL	COMPONENTES	AÇÕES	INDICADORES
<p>Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses.</p>	Pré-natal	<p>Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;</p> <p>Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;</p> <p>Acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno;</p> <p>Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;</p> <p>Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;</p>	<p>Proporção de gestantes cadastradas no pré-natal;</p> <p>Proporção de gestantes com captação precoce no pré-natal;</p> <p>Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizou exames de Hb, Hct, Glicemia, EAS, VDRL e HIV até a 20ª semana de gestação;</p> <p>Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizou exames de Hb, Hct, Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV e recebeu os resultados até a 20ª semana de gestação;</p> <p>Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizou exames de Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV entre a 28ª e a 36ª semana de gestação;</p>
	Parto e nascimento	<p>Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;</p> <p>Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);</p> <p>Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”;</p> <p>Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;</p> <p>Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;</p> <p>Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;</p>	<p>Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizou exames de Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV entre a 28ª e a 36ª semana de gestação e recebeu os resultados até a 38ª semana de gestação;</p> <p>Proporção de gestantes com vinculação a um serviço de parto durante o acompanhamento pré-natal;</p> <p>Proporção de gestantes com parto realizado no serviço em que foi vinculada;</p> <p>Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal;</p>
	Puerpério e atenção integral à saúde da criança	<p>Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;</p> <p>Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;</p> <p>Busca ativa de crianças vulneráveis;</p> <p>Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;</p> <p>Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;</p>	<p>Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal e uma consulta de puerpério até 42 dias pós-parto;</p> <p>Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano;</p> <p>Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade;</p> <p>Proporção de recém-nascidos prematuros;</p>
	Sistema logístico: transporte sanitário e regulação	<p>Promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladoras neonatais;</p> <p>Implantação do modelo “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto;</p>	<p>Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer – faixas < 750 g, 750 a 1499g e 1500 a 2499g;</p> <p>Razão de mortalidade materna para Estados e número de óbitos maternos para Municípios;</p> <p>Taxa de mortalidade em recém-nascidos de 0 (zero) a 6 dias de vida (mortalidade neonatal precoce);</p>

Fonte: Cavalcanti et al (2013).

Além do modelo lógico de Cavalcanti et al (2013), serão utilizados os conceitos de produtos, resultados intermediários e resultado final de Cassiolato e Guerese (2010). Para esses autores, os produtos consistem em bens ou serviços ofertados aos beneficiários dos programas. Os resultados intermediários representam um passo adiante, pois já sinalizam uma mudança nas causas do problema atacado pelo programa. Finalmente, o resultado final é uma mudança no próprio problema.

As conceituações apresentadas no modelo lógico de Cavalcanti et al (2013) e as definições de Cassiolato e Guerese (2010) são instrumentos relevantes para o próximo capítulo, voltado aos resultados e à discussão.

4 – Resultados e Discussão

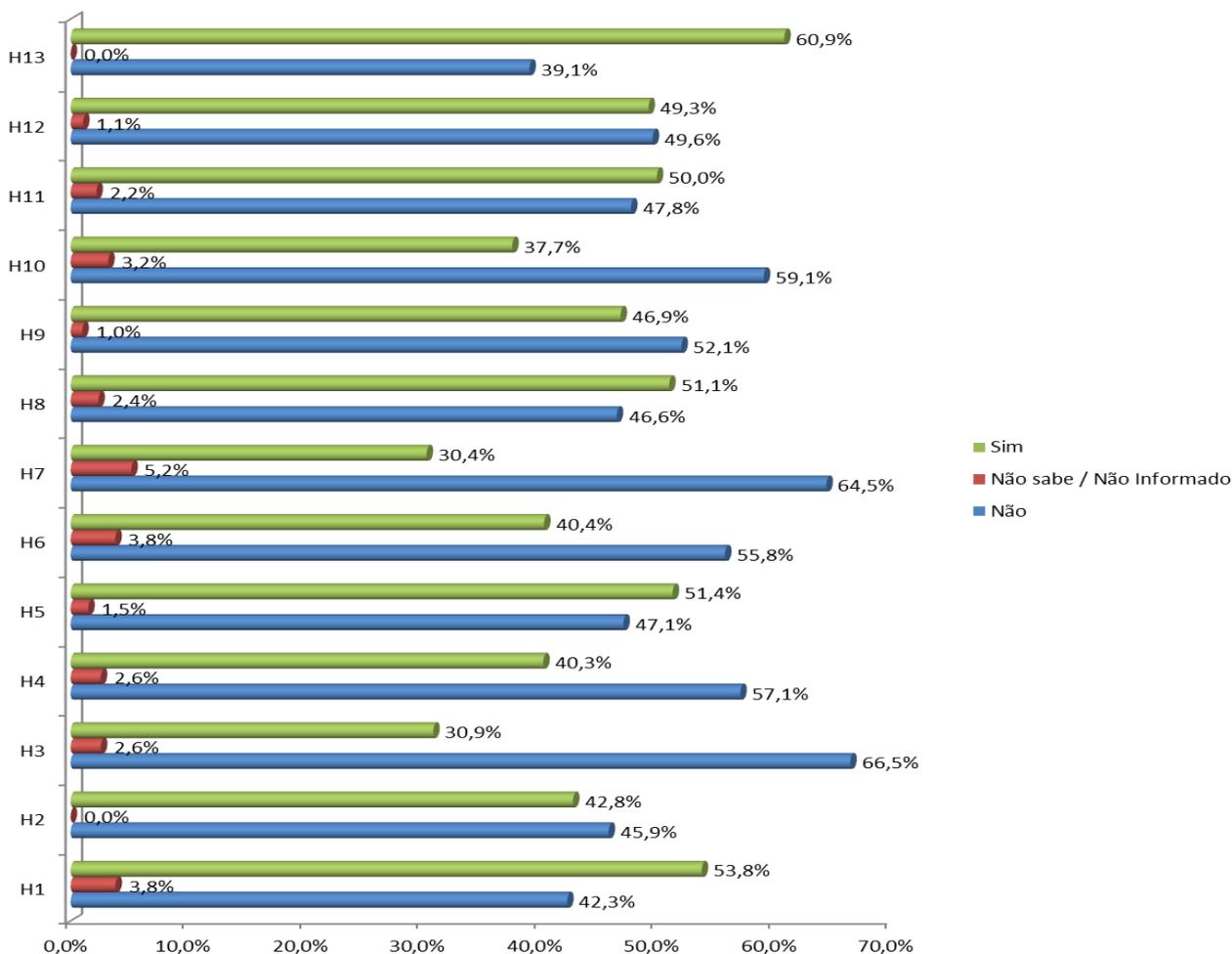
Este capítulo está estruturado em três categorias de análise, a partir dos objetivos específicos da pesquisa. São elas: Ações da Rede Cegonha a partir de dados da Ouvidoria do SUS; Ações implementadas pela Rede Cegonha em 2012 e 2015; e A Ouvidoria do SUS como instrumento de gestão.

4.1. Ações da Rede Cegonha a partir de dados da Ouvidoria do SUS

Nesta subseção serão apresentados os dados levantados pela Ouvidoria-Geral do SUS referentes às mulheres que realizaram parto pelo SUS de novembro de 2011 a janeiro de 2013. Eles serão discutidos a partir dos eixos vinculação e boas práticas baseadas em evidências científicas, sendo enfatizado o sub-eixo relacionado à implementação da lei do acompanhante

A quantidade de mulheres entrevistadas foi de 6.163, de um banco de dados total de 20.601 mulheres que realizaram parto nas treze maternidades públicas da Unidade Federativa, durante o período de novembro de 2011 a janeiro de 2013. Destas, um total de 14.438 entrevistas não foram realizadas devido a problemas como ligação não completada (28,5%), telefone equivocado informado pelo hospital (21,5%), telefone ocupado em várias tentativas (9%), não quis responder (0,7%), entre outros motivos (Brasil, 2014).

Figura 2. Informação sobre o local do parto (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).

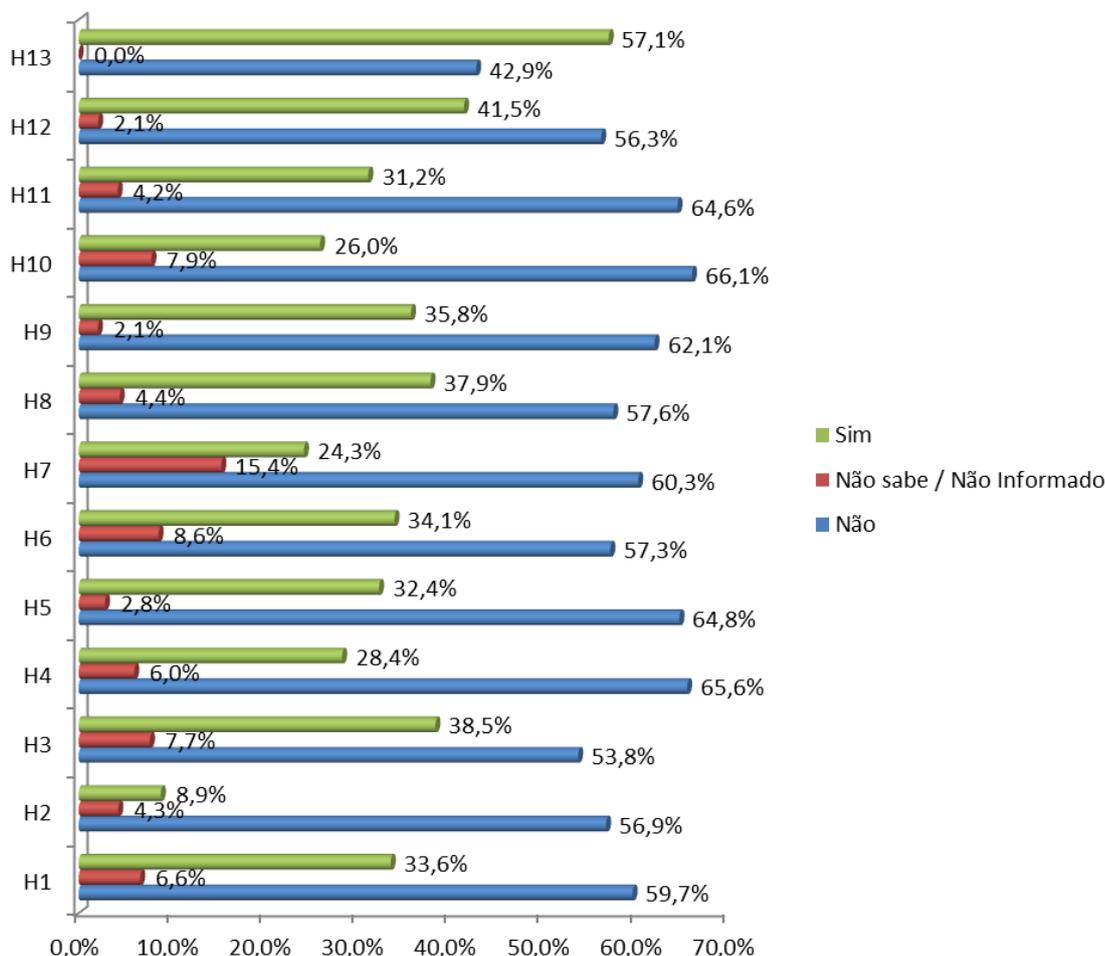


Fonte: elaborado pela autora, a partir de dados da Ouvidoria-Geral do SUS (Brasil, 2014).

A figura revela que apenas, no caso das mulheres que realizaram parto no H13, no H11, no H8, no H5 e no H1, o percentual de mulheres que receberam informação sobre o local do parto superou o percentual daquelas que informaram não ter recebido.

O objetivo dessa ação, entre outras, é reduzir a peregrinação, que consiste na busca de assistência no momento do parto. Essa redução se reflete no óbito neonatal, já que ambos estão fortemente associados, de acordo com a pesquisa Nascer no Brasil (Lansky et al, 2014). Além dos aspectos psicológico e afetivo, Lansky e Figueiredo (2014) ressaltam o fato de a vinculação proporcionar segurança para a mulher, evitando assim que o estresse interfira na produção de hormônios importantes no momento do parto.

Figura 3. Visitação ao local do parto (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).



Fonte: elaborado pela autora, a partir de dados da Ouvidoria-Geral do SUS (Brasil, 2014)

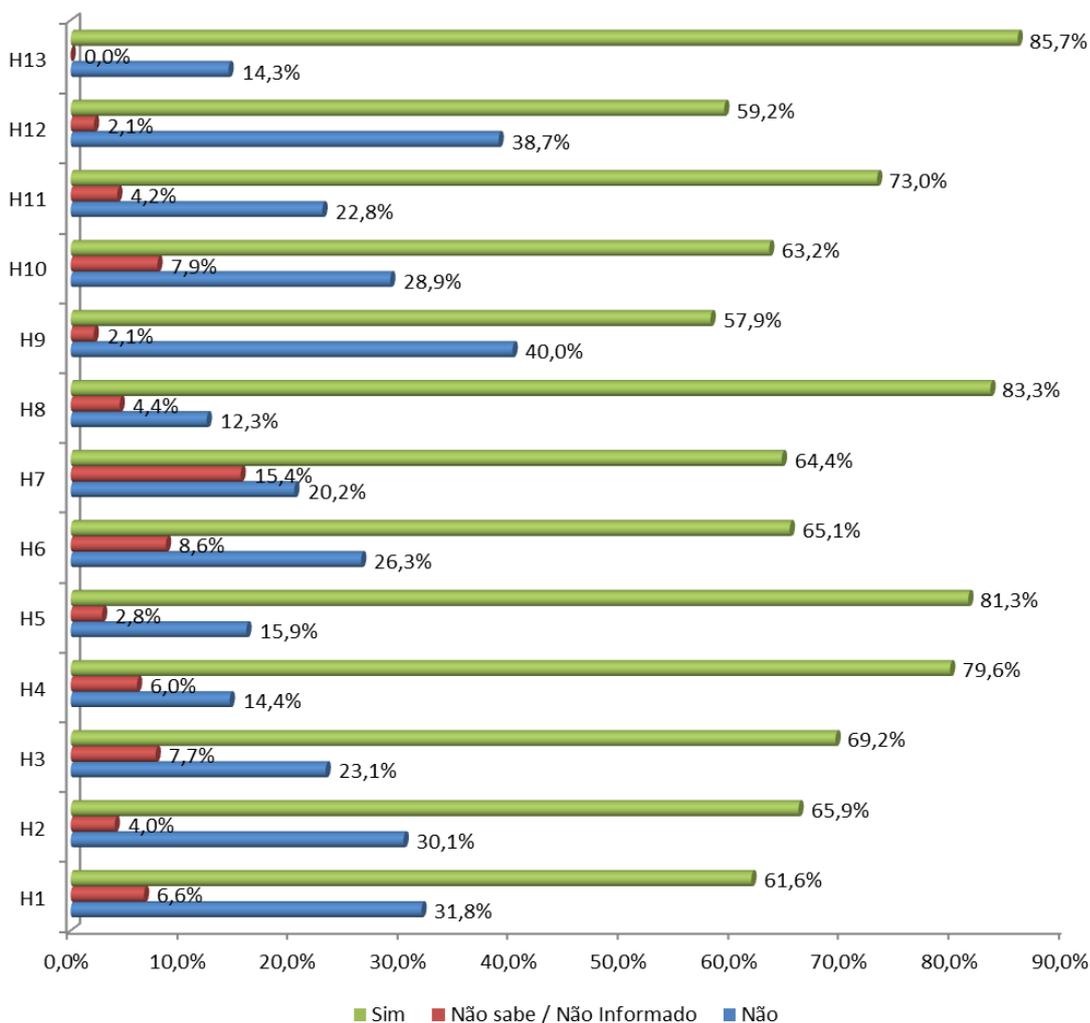
Esse aspecto avaliado pela pesquisa da Ouvidoria-Geral do SUS também se volta para a implementação no que se refere à ação da vinculação da gestante ao local do parto. A diferença entre as figuras 4 e 5 reside no fato de que o primeiro reflete o aspecto da informação e o segundo o direito de conhecer o local antes do momento de dar a luz.

A Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007, da Presidência da República, dispõe não apenas sobre o direito de vinculação da gestante ao local do parto, mas estabelece também que é seu direito conhecê-lo. Essa lei representa a consagração do Programa de Humanização do Parto, lançado pelo Ministério da Saúde desde 2000. Apesar da origem dessa diretriz remontar mais de 10 anos, sendo esse marco do Programa de Humanização apenas a culminância de um processo histórico mais longo que não cabe aqui adentrar, observa-se que em nenhuma das unidades hospitalares o percentual de mulheres que conheceram suas

instalações superou a resposta “não sabe/não informado”. Apenas no H 13 o percentual de mulheres que responderam “sim” superou o percentual de “não”.

As mulheres que responderam à questão se visitaram ou não o hospital foram apenas aquelas que foram informadas sobre o local de realização do parto durante o pré-natal. Sendo assim, a figura acima inter-relaciona-se com a figura 4. Dentre as mulheres que realizaram parto no H13, por exemplo, 60,9% delas foram informadas sobre o local onde fariam o parto. Desses 60,9%, 57,1% visitou o local do parto. No caso do H7, 30,4% das mulheres que fez parto lá foi informada sobre o local do parto. Das 30,4%, 24,3% visitou o hospital antes.

Figura 4. Realização do parto no local indicado (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).



Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da Ouvidoria-Geral do SUS (Brasil, 2014).

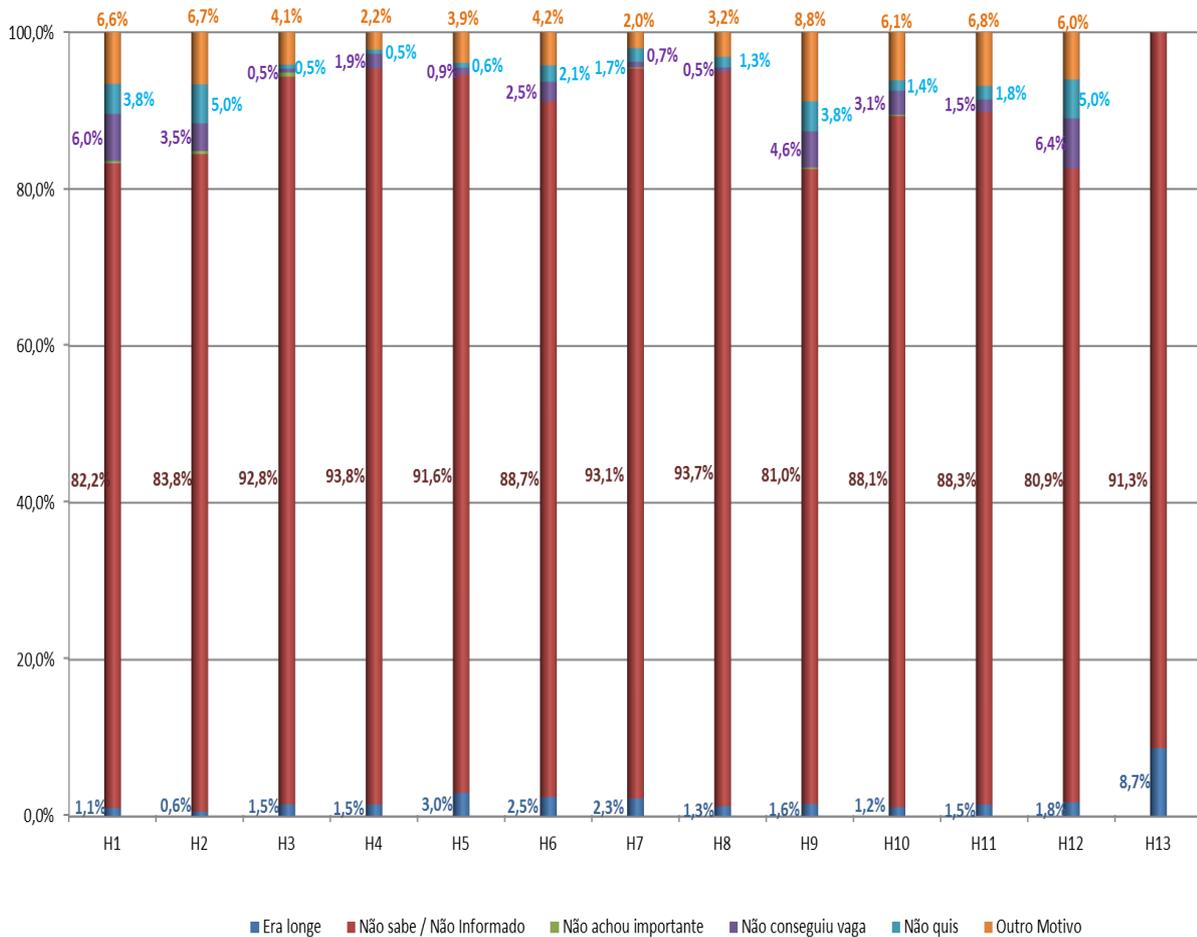
Esse resultado da pesquisa avaliativa ainda reflete a ação vinculação. Se, por um lado, a primeira figura desta seção expõe apenas se a gestante foi informada sobre o local do

parto, essa última figura reflete a diferença entre quantas usuárias do SUS foram informadas e se elas efetivamente deram pariram nesses locais.

Nos Hospitais 1, 2, 3, 6, 7, 8 e 11, mais de 60% das mulheres realizaram o parto no local indicado durante o pré-natal. Isso significa que menos de 40% das gestantes que pariram nesses estabelecimentos de saúde peregrinou até chegar a esses locais. No caso dessas mulheres que peregrinaram, não foram garantidos os direitos de vinculação e da Vaga Sempre. A Vaga Sempre é uma diretriz preconizada pela Política Nacional de Humanização que visa assegurar o acolhimento da gestante na primeira unidade de saúde que buscar, evitando-se a peregrinação.

Analisar essas duas figuras em conjunto é importante porque, na figura 4, apenas cinco maternidades conseguiram ter um percentual maior de mulheres informadas em relação às que não foram em relação ao local de realização do parto. Na figura 6, em todas as maternidades, o percentual de mulheres que efetivamente realizaram o parto no local informado é maior do que as que não o fizeram e inclusive apresentam percentuais elevados, acima de 60% - apenas o H12 apresenta valor abaixo, com 59,2%. Isso pode ser um reflexo de que assistência no pré-natal não está conseguindo se articular adequadamente com a assistência hospitalar, já que a informação do local do parto é responsabilidade da Unidade Básica de Saúde onde a mulher está fazendo seu pré-natal. O gargalo pode estar relacionado ao momento de a mulher ser vinculada, pois, uma vez vinculada, a maior parte delas realiza o parto no local planejado.

Figura 5. Motivos pelos quais a gestante não fez o parto no local indicado (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).

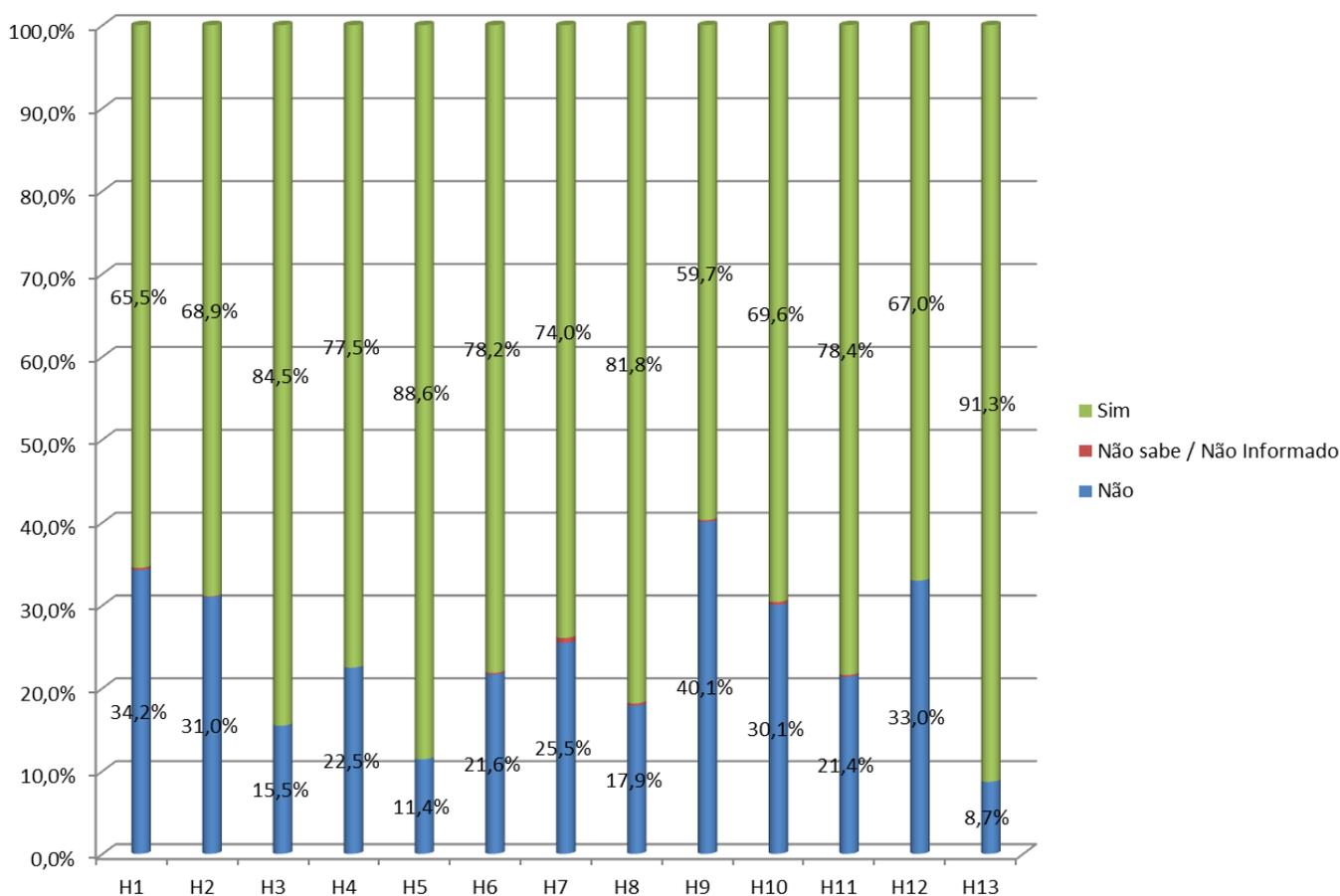


Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da Ouvidoria-Geral do SUS (Brasil, 2014).

Como visto, mais de 80% das mulheres não sabem por que não conseguiram realizar o parto no local informado durante o pré-natal. Isso pode refletir várias questões que necessitariam de maior aprofundamento e comprovação, mas uma das possíveis interpretações é o desconhecimento sobre o seu direito de realizar o parto no local informado durante o pré-natal e de ser atendida na primeira unidade de saúde que buscar assistência.

Também esse dado pode representar dificuldade de comunicação entre as mulheres e os serviços de saúde, indo desde relações de poder cristalizadas no âmbito dos hospitais até a falta de reconhecimento dos servidores desses hospitais sobre os direitos dessas usuárias como relevantes para o serviço (Lipsky, 2010).

Figura 6. Atendimento no primeiro serviço de saúde buscado (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).



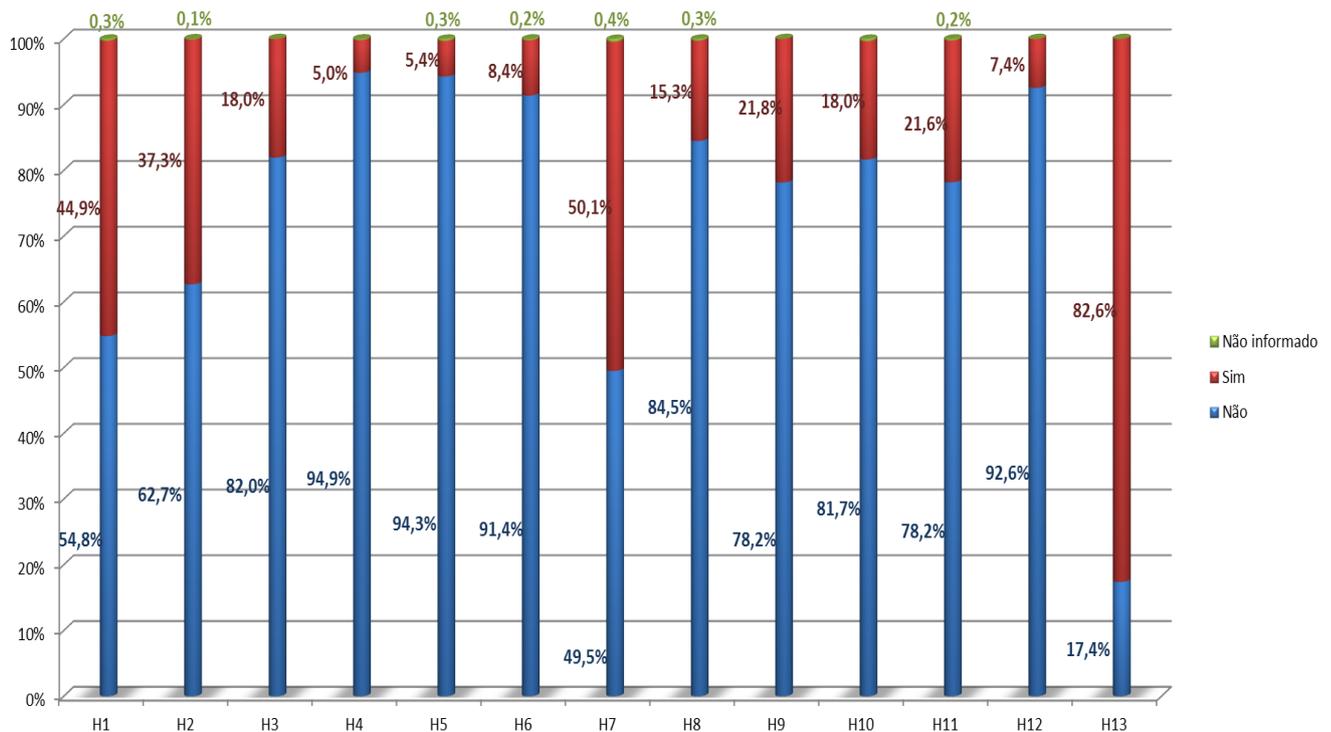
Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da Ouvidoria-Geral do SUS (Brasil, 2014).

Quando todas as gestantes foram questionadas sobre o atendimento no primeiro serviço de saúde procurado, e não apenas naqueles que estavam vinculadas, percebeu-se que os hospitais cumprem de modo geral a diretriz da Vaga Sempre. Todas as maternidades da Unidade Federativa, segundo informações pelas usuárias, atenderam as gestantes na primeira busca em mais de 60% dos casos, com exceção do H9, que alcançou o percentagem de 59,7%.

Mais uma vez nota-se que pode estar havendo uma dificuldade de interlocução entre a Assistência Primária, que realiza o pré-natal, e a assistência hospitalar, onde se realiza o parto. Isso é evidenciado quando se compara essa figura com a primeira desta seção. Na figura 8 todas as maternidades apresentam percentual maior para o atendimento no primeiro serviço buscado do que na figura 4, que se refere à informação sobre o local do parto. O percentual é muito maior na figura 8. No caso de H3, por exemplo, a diferença percentual entre as figuras é de 53,6% (figura 4 marca 30,9% e figura 8, 84,5%). O contraste menos elevado foi identificado no caso do H9 que apresentou uma diferença de 12,8%.

Essa figura dialoga também com a figura de número 6, pois o percentual das que não realizaram o parto no local indicado durante o pré-natal é bastante aproximado ao percentual daquelas que não foram atendidas na primeira unidade de saúde buscada. Isso evidencia que a maior parte das desvinculações não ocorreu por vontade da usuária, que pode ter buscado primeiramente a unidade à qual estava vinculada e, como não conseguiu atendimento, buscou outra onde conseguiu ser atendida. Isso também corrobora a figura 7, que mostrou percentual de no máximo 16% para as opções “não quis”, “era longe”, “não achou importante” e “outro motivo” somados. Essas três figuras, quando analisados em conjunto, deixam indícios de questões relacionadas à gestão para a ocorrência de peregrinação.

Figura 7. O acompanhante e a cena do parto (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).



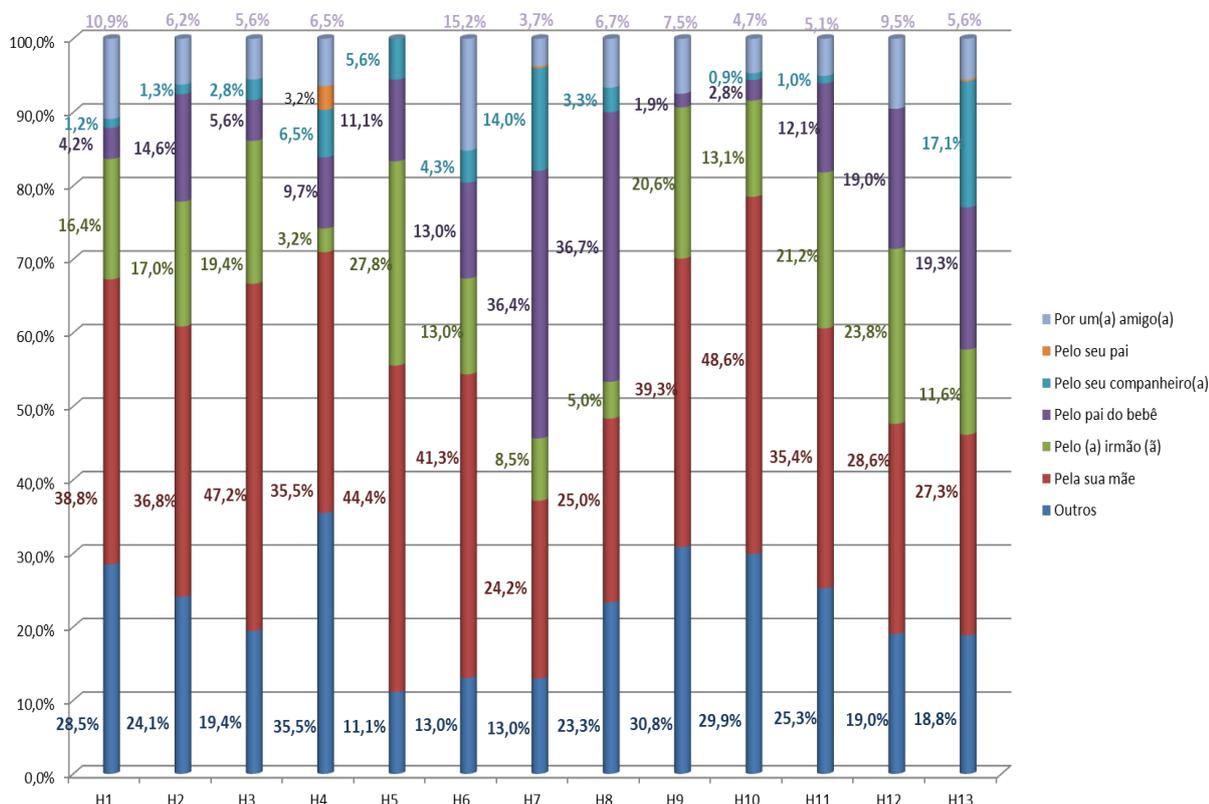
Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da Ouvidoria-Geral do SUS (Brasil, 2014).

Essa figura reflete a implementação da lei do acompanhante nas maternidades da Unidade Federativa ao longo do período de novembro de 2011 a janeiro de 2013. Observa-se que esse foi um indicador, no âmbito da reforma da ambiência, bastante negativo. Das 6.163 mulheres entrevistadas, apenas 1.512 contaram com a presença do acompanhante na cena do parto na Unidade Federativa.

Mais de 90% das mulheres que realizaram parto no H4, H5, H12 e H6 informaram não ter sido acompanhada no momento do parto, não está englobado o trabalho de parto, mas

apenas a cena do parto. Os únicos hospitais em que a maior parte das mulheres foi acompanhada na cena do parto foram H7 e H13.

Figura 8. O perfil dos acompanhantes (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).



Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da Ouvidoria-Geral do SUS (Brasil, 2014).

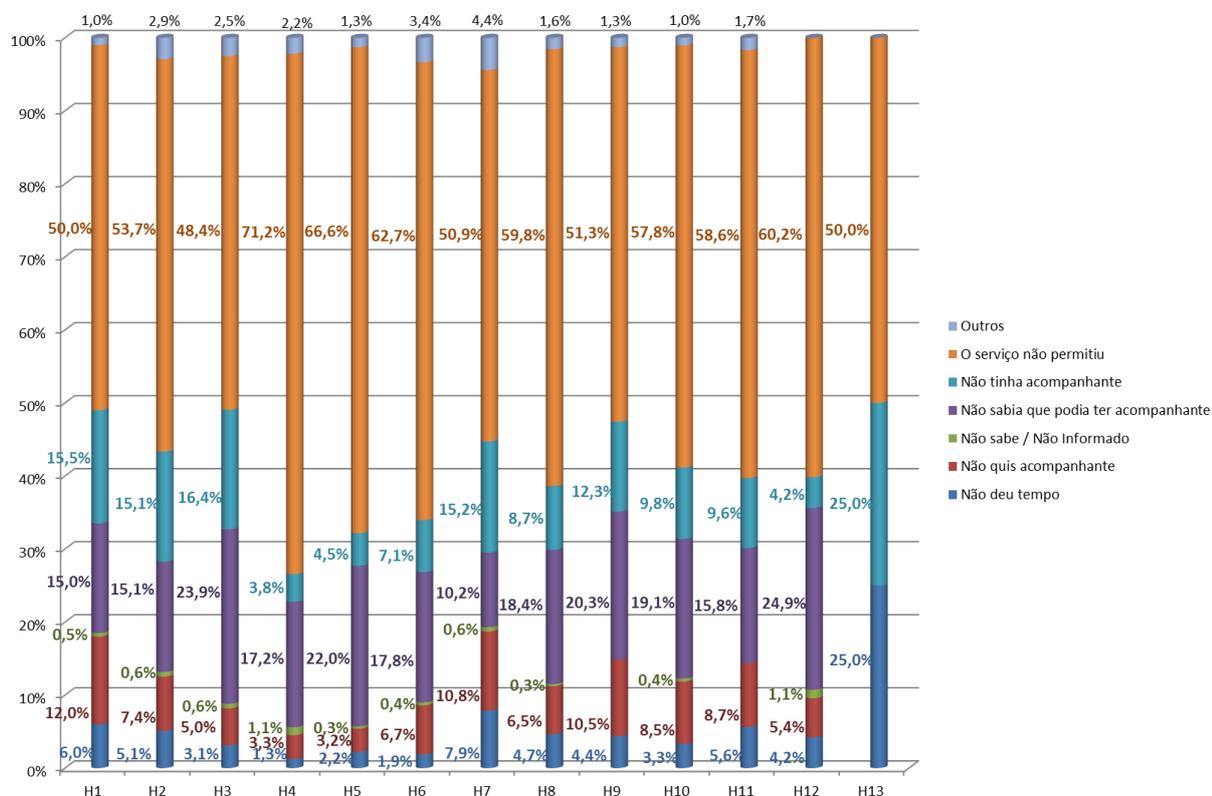
No caso desta figura, apenas as mulheres que tiveram acompanhante na cena do parto informaram sobre quem foi esse acompanhante. Portanto, as 1.512 mulheres que informaram “sim”, de acordo com a figura anterior, informaram também o perfil da(o) acompanhante.

Observa-se, em todas as maternidades, a presença significativa da mãe da parturiente, que atingiu percentuais entre 24,2 e 48,6. No caso da presença do pai do bebê, que não necessariamente é o companheiro da parturiente à época do nascimento, os únicos percentuais que se equipararam ao das mães acompanhantes ocorreram no H7 e H8. Nas outras maternidades, o percentual para esse acompanhante oscilou de 1,9 a 19. A resposta “outros” também apresenta percentuais altos, de 11,1 a 35,5. Nessa categoria, inserem-se as cunhadas, primas, sogras e tias das parturientes, mas majoritariamente, acima de 90% das mulheres dentre as que deram essa resposta, optaram por não informar quem foi a pessoa que as acompanhou.

A presença marcadamente feminina na cena do parto como acompanhante pode ser o reflexo do que Carneiro (2015) traz em sua obra como um despreparo, de modo geral, dos homens no acompanhamento de todo o processo da gravidez, desde o pré-natal até o parto. Esse despreparo advém do fato de eles não se sentirem incluídos ao longo do processo de gestação. Tendo em vista esse cenário, o Ministério da Saúde, com Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), de novembro de 2008, prevê o incentivo à conscientização da sociedade brasileira, principalmente a parcela masculina, do necessário exercício da paternidade. Nesse ponto a PNAISH e a Rede Cegonha se imbricam, pois, de um lado, esse direito é garantido à parturiente pela lei do acompanhante e reforçado pelas diretrizes da RC, de outro lado, a PNAISH coloca a participação do homem no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, pós-parto como um direito dele também.

Apesar dessas políticas, a realidade observada nos partos realizados na Unidade Federativa de novembro de 2011 a janeiro de 2013 é de uma presença maior de mulheres na cena do parto do que dos homens pais dos bebês. Além do processo de inclusão assinalado acima, outro aspecto que pode ocorrer para tal fato está nos próprios serviços de saúde, que tendem a não permitir homens na cena do parto. Carvalho (2003, p. 393) fala sobre o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a questão e ressalta que “os homens pobres são vistos como descontrolados na sexualidade e na agressividade, como fruto de um preconceito de classe”.

Figura 9. Motivos para o acompanhante não ter estado presente (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).



Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da Ouvidoria-Geral do SUS (Brasil, 2014)

Essa figura corrobora o argumento de Carvalho (2003) a respeito do despreparo de maneira geral dos profissionais de saúde para lidar com os acompanhantes. Pelo menos 50% das mulheres – a única exceção foi o H3, com 48,4% – alegaram ter conseguido o acompanhante na cena do parto porque o hospital não permitiu. E nesse momento, as justificativas apresentadas pelos profissionais de saúde recaem sobre a falta de infraestrutura. A profissional de saúde entrevistada do H2 relatou que, nos partos cesáreos, não entram acompanhantes porque não há roupa suficiente para todos. A profissional de saúde entrevistada do H6 informou que lá não é implementada a lei do acompanhante – a figura 9 mostrou que 91,4% das mulheres alegou não ter tido acompanhante – porque lá não tem ambiência PPP, então se perde a privacidade. Os quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto) são preconizados no âmbito da reforma de ambiência da RC e propõem que todos os estágios do parto acima assinalados sejam assistidos em um único ambiente com mobiliário e estrutura física adequada para a realização do parto humanizado.

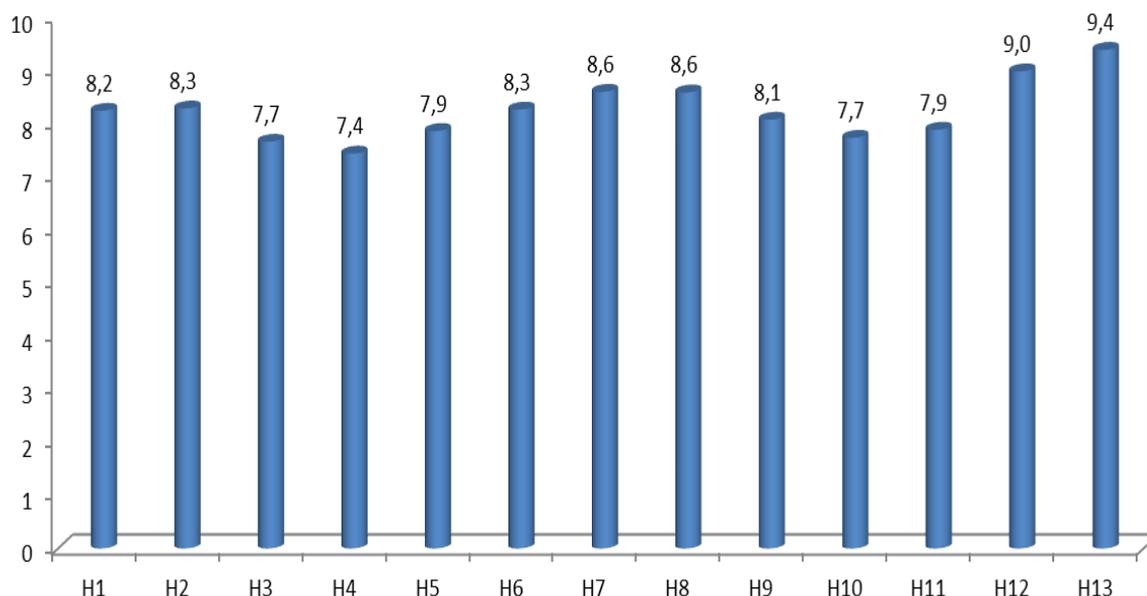
O segundo percentual mais alto de resposta em praticamente todas as maternidades foi “não sabia que podia ter acompanhante”. Essa também é uma problemática de gestão. Durante a observação participante, notei que a maior parte das maternidades em

que entrevistei profissionais de saúde apresentava um banner que informava sobre o direito ao acompanhante; contudo, esses informativos não ocupavam lugar de destaque, ficavam acobreados atrás de outros mobiliários, ou então apresentavam letra muito pequena. Em suma, eles não chamavam atenção para a importante informação que estava sendo veiculada.

Outra questão que se problematiza aqui, e dialogando com a figura 5, sobre visitaçã ao local do parto, consiste na investigação sobre a efetividade os grupos institucionais responsáveis pelo preparo dos casais grávidos para o momento do parto. Em entrevista, as profissionais de saúde do H2 e do H6 informaram sobre a existência desses grupos. O objetivo desses grupos é, grosso modo, promover o esclarecimento de mães e pais sobre o desenvolvimento gestacional, sobre os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde no momento do parto, sobre os primeiros cuidados com o bebê e também sobre os direitos e obrigações dos agentes envolvidos na cena do parto. Como agenda para investigações futuras cabe questionar em que medida esses grupos estão cumprindo a sua função se pelo menos 40% das mulheres informaram que não visitaram o local do parto e, em um cenário em que, de 10 a 25% das mulheres que pariram nas maternidades públicas informaram que não tinham conhecimento que poderiam usufruir da presença de um acompanhante na cena do parto.

A opção de resposta “não tinha acompanhante” variou de 3,8 a 25%. A interpretação dessas respostas evidencia o desafio de identificar a linha tênue existente entre o que se trata de uma questão individualizada, da parturiente, e aquilo que se tornou uma questão de saúde pública. Torna-se uma questão de saúde pública, na medida em que a gestante não tinha acompanhante pelo fato de ter tido suporte familiar durante a sua gestaçã e, de acordo com Baptista et al (2006), isso reverbera em depressã pós-parto.

Figura 10. Média para acolhimento (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).



Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da Ouvidoria-Geral do SUS (Brasil, 2014).

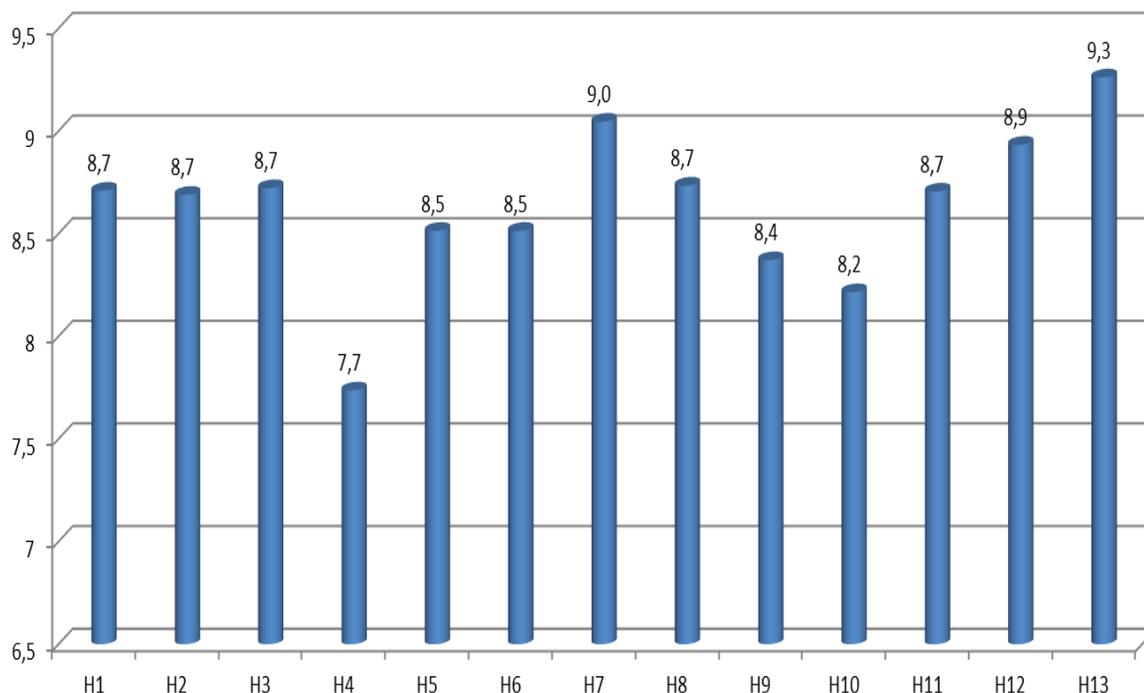
Coelho et al (2009) consideram que o acolhimento nos serviços de saúde

Envolve desde os meios que se utilizam para chegar ao serviço até o percurso desenvolvido dentro da instituição para conseguir um atendimento. Nesse percurso, observam-se fatores como: transportes utilizados, prioridade para as consultas, bem como o acesso ao atendimento sem, necessariamente, estar agendado, o tempo e a forma de espera. Tais fatores podem facilitar ou dificultar o ingresso do usuário ao serviço de saúde. (Coelho et al, 2009, p.443).

No contexto da linha de cuidado materno-infantil, o acolhimento, de acordo com Vera et al (2014), significa

A garantia do acesso à informação correta e em linguagem adequada, aos serviços e aos insumos, a qualidade da assistência à mulher no pré-natal, no parto, no puerpério e no acolhimento em rede além de compromisso ético do SUS, configuram-se como a concretização do acolhimento pleno, com a disponibilização da melhor tecnologia em saúde. (Vera et al, 2014, p. 159).

Figura 11. Nota para o serviço prestado (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).



Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da Ouvidoria-Geral do SUS (Brasil, 2014).

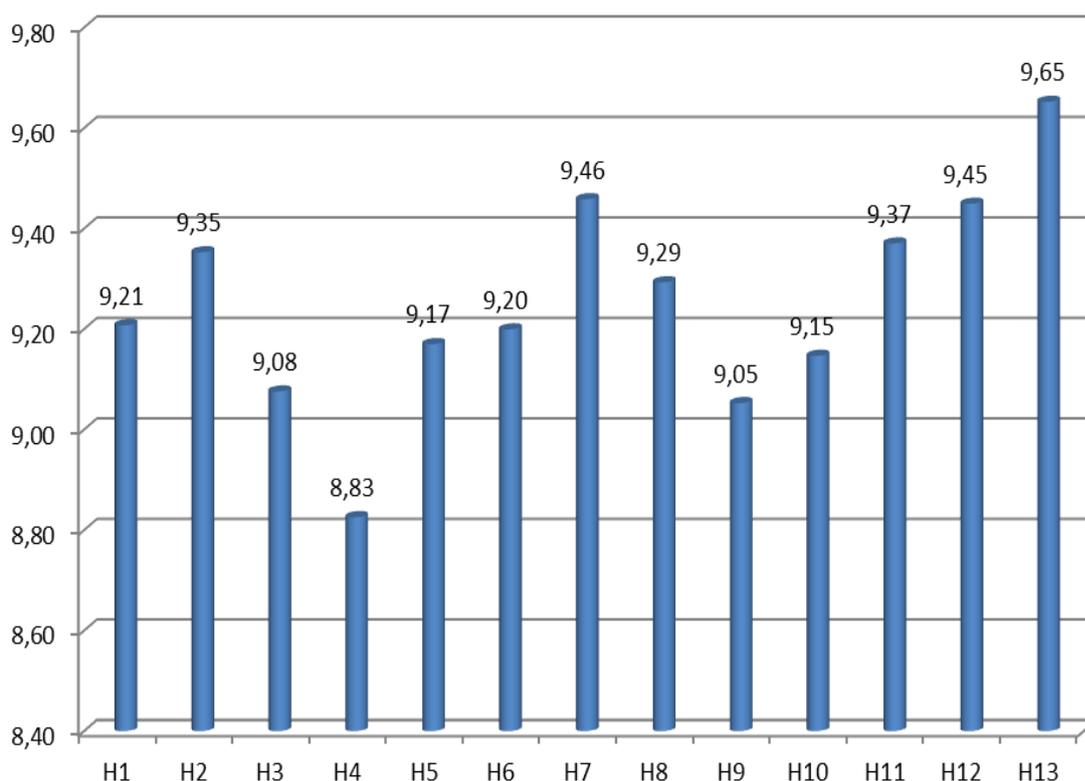
A figura acima reflete a média das notas dadas pelo atendimento prestado pelas maternidades de maneira global. Esse indicador é bastante complexo de ser analisado porque ele vai desde o transporte até o momento em que a mãe deixa o local onde foi realizado o parto. Ele perpassa todas os dois eixos analisados por esta pesquisa: vinculação e boas práticas baseadas em evidências científicas.

No que se refere à vinculação, a figura 6 (realização do parto no local indicado) representa se a vinculação se efetivou. Não se observou que a vinculação tenha exercido reflexo na nota para o serviço prestado. O H7, por exemplo, apresentou um percentual de 64,4% das mulheres que realizaram o parto lá foram informadas sobre isso e a nota para o serviço prestado foi 9. Enquanto isso, no HR5, 81,3% das mulheres que realizaram o parto lá foram informadas sobre tal, mas a nota dele para serviço prestado foi de 8,5. Talvez isso, na percepção das gestantes, não seja um componente relevante a ser analisado no momento de pontuar o hospital pelo serviço prestado. Há que se ressaltar, no entanto, que a efetivação da vinculação reflete a capacidade da gestão do hospital de se inter-relacionar com a gestão da Atenção Primária. Isso pode levar a uma maior qualidade do parto e mais segurança à gestante.

O eixo das Boas Práticas está associado nesta pesquisa aos indicadores relacionados ao tipo de parto realizado (figura 15) e à implementação do contato pele a pele

(figura 16). Não foi identificada relação entre a figura ora apresentado e a figura 15. Em alguns hospitais o indicador para parto normal foi bem superior ao de outras maternidades, mas não necessariamente a nota para o serviço prestado foi maior também. Esse foi o caso do H4 quando comparado com o H2, o H1 e o H11. Tampouco houve relação entre a figura 16 e a nota para o serviço prestado. Isso sugere que esses aspectos das boas práticas não necessariamente reverberam em maior satisfação com o serviço.

Figura 12. Nota para o atendimento prestado ao bebê (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).



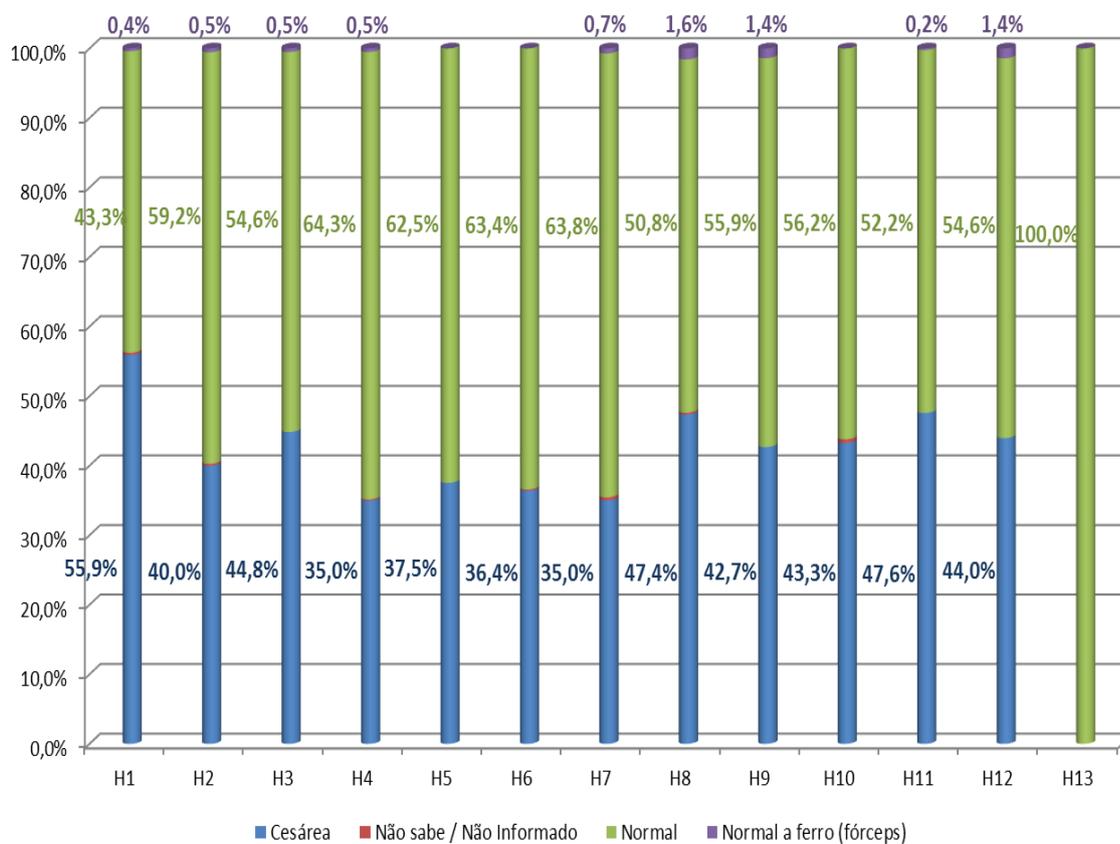
Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da Ouvidoria-Geral do SUS (Brasil, 2014).

Essa figura, quando comparado com as figuras referentes às notas dadas para o acolhimento (12) e serviço prestado (13), reflete médias sistematicamente maiores para todas as maternidades. A diferença entre a nota dessa figura em relação às das outras duas não é negligenciável, alcançando até 1,4 ponto na média. Carneiro (2015), em seus achados de campo, identificou que as mulheres se percebiam muito bem tratadas enquanto eram gestantes, mas depois que davam a luz elas podiam ser inclusive separadas dos seus bebês, justificando-se tal ato em prol da preservação da saúde da criança. Expresso de forma quantitativa esse dado corrobora essa percepção.

Questiona-se também até que ponto esse dado dialoga com a razão de mortalidade materna vis-à-vis a taxa de mortalidade infantil na Unidade Federativa. A curva da razão de

mortalidade materna oscila em percentuais altos, entre avanços e retrocessos, apresentando índices tão altos quanto o de 1998. Já a taxa de mortalidade infantil caiu sistematicamente e estancou em 12%, mas não se notam retrocessos. Isso é um reflexo da assistência dispensada para mães e crianças, ambas com suas dificuldades, mas que os dados, corroborados pela literatura, parecem apontar para uma problemática de gênero profunda que permeia todas as práticas culturais, inclusive o parto, baseada na crença de que a saúde da mulher é subalterna a de outros entes familiares e que o cuidado com a sua saúde é apenas um instrumento para se alcançar o bem maior que é a saúde do bebê.

Figura 13. Tipo de parto (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).



Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da Ouvidoria-Geral do SUS (Brasil, 2014).

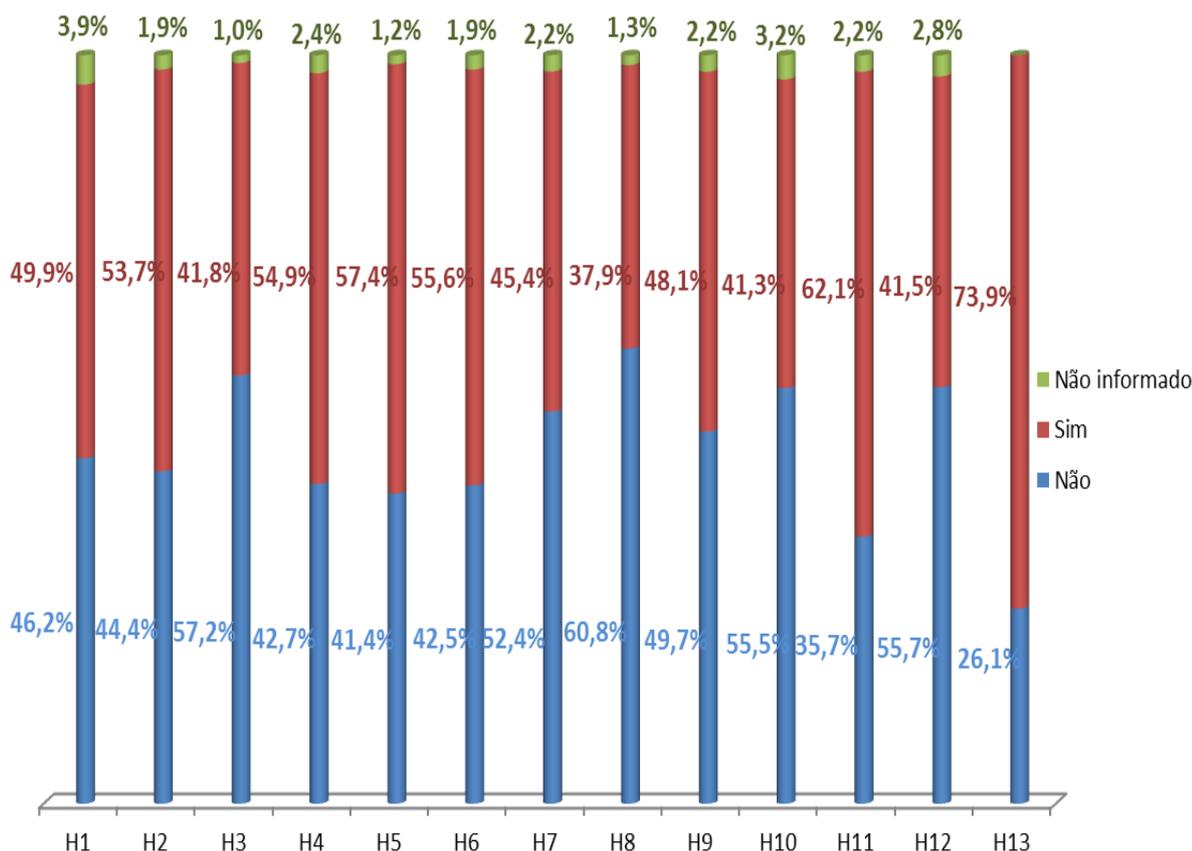
Na figura acima, pode-se observar o percentual de mulheres que realizaram parto normal, a cirurgia cesárea e o parto a fórceps. No que se refere ao parto normal, nota-se que, na rede pública, o percentual de partos normais supera as cirurgias cesáreas, mas esse percentual ainda está distante do ideal preconizado pelo OMS, que são de 10 a 15% de cesáreas apenas (OMS, 2015). O H2 foi a única exceção para essa tendência observada. Nesse hospital, conforme mencionado anteriormente, a profissional de saúde entrevistada informou que o acompanhante não se faz presente na cena do parto quando são cesáreas.

Correlacionando a figura que informa se a parturiente teve acompanhante ou não com esta figura, percebe-se que no H2 62,7% não teve acompanhante e 55,9% realizou cesárea.

Ainda que o parto normal prevaleça em relação à cirurgia cesárea, os percentuais da última são bastante próximos dos da primeira. No âmbito das boas práticas preconizadas pela RC, a cirurgia cesárea só deve ser realizada quando houver indicação para tal. Com relação a esse aspecto, observou-se inadequação das maternidades no primeiro ano de implementação da RC na Unidade Federativa. Apenas a H13 apresentou 100% de partos normais realizados. Lá, a equipe é composta por enfermeiros, enfermeiros obstetras e técnicos de enfermagem. Cabe ressaltar também que os partos são de baixo risco. Em caso de necessidade, as gestantes são referenciadas para uma unidade hospitalar.

O percentual de partos a fórceps foi baixíssimo, o que corrobora Oliveira et al (2013) a respeito de a prática ter caído em desuso.

Figura 14. O pele a pele (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).



Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da Ouvidoria-Geral do SUS (Brasil, 2014).

O pele a pele consiste em colocar o bebê sobre a mãe após o nascimento para que ele realize a primeira sucção. Esse indicador se insere no âmbito da ação de boas práticas baseadas em evidências científicas. Pesquisas demonstram que os bebês que realizam o pele a

pele apresentam menor propensão para infecções, choram menos, possuem propensão para maiores ganhos de peso, dentre outros benefícios (Anderson, 1991).

Essa prática, além de preconizada pela RC nacionalmente, conforme entrevistas e observação, foi bastante estimulada pela estratégia no nível do ente federativo. Apesar disso, o percentual de mulheres que informaram terem-no realizado praticamente se iguala com as que não tiveram a oportunidade de fazê-lo, com exceção da H13, que apresentou um percentual de mulheres significativamente maior que realizaram o pele a pele.

H1, H2, H4, H5, H6, H11 e H13 foram as sete maternidades em que a maior parte das mulheres alegou ter realizado o pele a pele. No caso do H6, a profissional de saúde entrevistada informou que no início da implementação da RC essa boa prática foi realizada com mais afinco, mas que, com o decorrer do tempo, devido ao volume de trabalho, ela foi deixando de ser feita e agora corresponde a uma proporção de partos menor.

4.2. Comparação das ações implementadas pela Rede Cegonha em 2012 e 2015

A análise da implementação da Rede Cegonha seguirá os seguintes eixos norteadores: vinculação e boas práticas baseadas em evidências científicas. Em cada um desses eixos foram analisadas as ações implementadas em 2012 e 2015, de acordo com a documentação pesquisada, a análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas e a observação.

4.2.1. O cenário em 2012

De acordo com o relatório de gestão da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, do ano de 2012, o órgão liquidou pouco mais de R\$ 9 milhões com o objetivo de atender à iniciativa organizacional de implementar a Rede Cegonha com vistas a proporcionar atendimento humanizado e a estimular as boas práticas baseadas em evidências científicas.

As ações implementadas pelo Ministério da Saúde em 2012, segundo o mesmo relatório de gestão, foram voltadas para intensificar o processo de capilarização da RC por meio do envolvimento de inúmeros gestores e profissionais de saúde. Nessa esteira, foram contratados profissionais para realizar o acompanhamento da implementação dos grupos condutores regionais e apoio na construção dos seus respectivos Planos de Avaliação Regionais. Em 2012, totalizaram-se 19 desses profissionais, denominados apoiadores temáticos. Além disso, foram contratados apoiadores para 32 maternidades consideradas prioritárias, para que eles induzissem mudanças preconizadas pelas diretrizes da RC, principalmente no âmbito das boas práticas baseadas em evidências científicas (Brasil, 2012).

Com relação às boas práticas, o Método Canguru, que estimula o contato pele a pele, foi a grande ação desenvolvida pelo MS em 2012. O relatório de gestão informou que o MS promoveu o “II Encontro Nacional do Método Canguru que reuniu mais de 150 profissionais da neonatologia de todo o país, incluindo equipes das maternidades de referência, das coordenações estaduais, dos hospitais universitários e da Sociedade Brasileira de Pediatria” (Brasil, 2012, p. 74). Além disso, 2012 foi apontado, no relatório, como o ano em que se deu a segunda fase do projeto de capacitação do Método Canguru cuja primeira fase remonta ao ano 2008. Nessa segunda fase, foram capacitados mais de 800 profissionais de saúde, com foco nas maternidades de ensino das regiões metropolitanas prioritárias para o programa. O objetivo para essa nova grande mobilização em prol do contato pele a pele, de acordo com o relatório, era a consolidação da implantação do Método Canguru.

Entre as ações transversais realizadas, e que, portanto, abarcaram uma disseminação de todos os princípios e diretrizes da RC, estão 11 eventos promovidos com o intuito de alinhar os princípios e as diretrizes preconizados pela RC com os órgãos atuantes na área de Atenção à Saúde da Mulher, além das capacitações para os apoiadores dos grupos condutores e os das maternidades. Foram realizados 9 cursos ao longo do período. Dentre eles, cabe aqui destacar 2 deles: uma especialização para enfermagem obstétrica, que abrangeu 20 estados, o outro tratou-se de um curso de aprimoramento para enfermeiros obstetras, que ficou restrito a uma parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais e a Universidade Federal Fluminense. Finalmente, também como ação transversal, foram lançadas seis publicações.

O relatório de 2012 concluiu que houve avanços no sentido da pactuação com os gestores locais para a implementação da lei do acompanhante e das boas práticas de modo geral. Além disso, ele apontou a constituição de fóruns perinatais.

4.2.1.1. Vinculação

As ações implementadas para que se garantisse a vinculação da gestante se deram a partir da contratação das apoiadoras e do estímulo à instituição dos fóruns perinatais. A atuação das apoiadoras se revelou como um dos pontos de apoio para a estruturação do mapa de vinculação, que foi, no período, um importante objetivo do MS, pois a expectativa era de que ele diminuísse a peregrinação e contribuísse para a instituição da Vaga Sempre, evitando-se a peregrinação regulada.

Segundo a entrevistada GF1 (2016):

O apoio às maternidades estratégicas, na verdade chegou a 75/80 maternidades apoiadas, e o apoiador da rede cegonha estadual era um

por estado, em alguns estados era um para dois estados, estados menores, com menos demanda. Esses apoiadores, junto com o grupo condutor estadual, fomentavam a construção de mapas de vinculação. Então, em vários fóruns perinatais, a discussão foi sobre a vinculação e a peregrinação das gestantes e aí se cria o grupo pra se fazer mapa de vinculação, incitando os gestores a tomarem pra si essa responsabilidade.

A gestão federal apresentou o mapa de vinculação como sendo o instrumento capaz de estruturar a rede de serviços de saúde do estado, distribuindo a demanda das usuárias entre as maternidades existentes, distribuindo também essa demanda de acordo com o serviço de saúde a ser prestado, baixo risco ou alto risco.

Segundo a mesma entrevistada, “É o mapa de vinculação que diz sobre a suficiência da rede, porque você fala ‘olha, eu tenho tantas gestantes nessa região do meu município. Então eu preciso de tantos leitos’”. Esse é o instrumento que contribui para a organização de toda a rede de atendimento. Por meio da pactuação desse fluxo, as gestantes são encaminhadas para as maternidades de acordo com o tipo de atendimento de que necessitam, de baixo ou de alto risco. Assim, espera-se que uma maternidade voltada para o alto risco não fique sobrecarregada com partos de baixo risco e as de baixo risco saibam para qual referenciar quando deparem com um caso que demande maiores cuidados.

O fórum perinatal apresenta a sua relevância por ser um *locus* estratégico para o debate sobre várias ações relacionadas à assistência à saúde materno-infantil. Nele, participam não só gestores, mas também a sociedade civil e movimentos sociais. De acordo com as entrevistas, também, em vários deles, o Ministério Público tem se feito presente e atuante, como narra GF1 (2016):

Onde a gente trabalha isso [estruturação do mapa de vinculação]? Nos fóruns perinatais, na discussão do grupo condutor estadual e principalmente discutindo com as regiões de saúde o mapa de vinculação, municipal e regional. Foi um grande trabalho isso.

Apesar de o relatório de gestão de 2012 ter indicado a instituição de fóruns perinatais, não apresentou quantitativos, nem em quais localidades eles foram implantados. Por meio das entrevistas e da análise documental, constatou-se que ele foi implementado tardiamente na Unidade Federativa, em dezembro de 2014, a exemplo do que disse a entrevistada GF2 (2016):

Aqui [na Unidade Federativa], demorou muito pra instituir o fórum perinatal. Pra gente também é outra expectativa alcançada, em função de que ele não é um espaço exclusivo para o gestor.

Quadro 12. Síntese das ações realizadas pelo Ministério da Saúde no âmbito da vinculação

Ações - relatório de gestão	Ações – entrevistas GF	Produtos	Objetivo intermediário
Contratação de apoiadoras	Contratação de apoiadoras, inclusive para a Unidade Federativa (GF 1, 2 e 3)	Apoio para a pactuação do mapa de vinculação	Fim da peregrinação e Vaga Sempre
Estímulo à instituição de fóruns perinatais	Foram de fato estimulados (GF 1, 2 e 3), embora não tenha se concretizado na Unidade Federativa em 2012 (GF 2 e 3)	Pactuação do mapa de vinculação	

Fonte: elaboração própria, a partir do relatório de gestão 2012 da SAS/ MS e entrevistas com gestoras federais.

Segundo o relatório anual de gestão de 2012 da SES, como era o primeiro ano de implementação da RC na Unidade Federativa, o documento incluiu como uma das ações realizadas a integração e coordenação entre os diversos instrumentos de gestão da Unidade Federativa – Plano Plurianual, Plano de Saúde e Planejamento e Estratégico – com o processo de adesão à RC. No que diz respeito especificamente à vinculação, já foram retratadas, desde o ano de 2012, a realização de “discussões e reuniões com os gestores regionais sobre a vinculação da gestante ao local do parto e a criação de um indicador para o acompanhamento dessa vinculação no Colegiado de Maternidades” (Brasil, 2013, pág. 94).

Segundo as entrevistadas, no âmbito da vinculação, a Portaria nº 47, de 13 de março de 2014, da Secretaria de Estado de Saúde, foi o instrumento que deu concretude ao mapa de vinculação na Unidade Federativa. Para elas, os principais resultados associados a esse instrumento legal foram a diminuição da peregrinação e a garantia da Vaga Sempre.

A gente percebe que teve uma melhoria bastante significativa da vinculação. A gente observa que nem todas as regiões estão felizes com a portaria regulamentadora do mapa de vinculação, mas sem sombra de dúvida, depois que ela passou a existir, a gente teve uma melhoria considerável da vinculação da gestante. Não tá ideal, mas a gente diminuiu de certa forma. A peregrinação ela ainda existe, mas ela existia muito mais, então a vinculação ela está mais presente (GUF1, 2016)

A inquietação surgida a partir da análise da figura 4, referente à articulação entre a gestão hospitalar e a atenção básica encontra algumas indicações na análise das entrevistas das gestoras da Unidade Federativa. Observou-se que a justificativa para o aprimoramento da vinculação, na percepção das gestoras, não se deu devido a essa articulação entre os dois tipos de assistência, mas por causa de um instrumento legal, a respeito do qual não se sabe até que ponto foi amplamente discutido com outros segmentos sociais, já que a portaria foi publicada

anteriormente – março de 2014 – à realização do I fórum perinatal da Unidade Federativa – dezembro de 2014.

A atenção básica nossa é muito limitada, infelizmente, essa referência, essa proatividade não existe na atenção básica. A atenção básica é um cemitério, grande cemitério, faz só o que a burocracia exige. Tentamos virar com as clínicas de família, mas foram poucas clínicas de família que a gente conseguiu turbinar. (GUF3, 2016)

Esse depoimento da GUF 3 contrasta com as percepções da PSH1, PSH3 e PSH8, conforme será exposto a seguir. Os profissionais de saúde consideraram importante o mapa de vinculação, mas não reduziram de forma tão drástica a importância da articulação com a Atenção Primária. Concordando com a GUF 3, a GUF 1 apontou o mapa de vinculação como a medida mais importante para que esse eixo se efetivasse no território.

Não que ela [a portaria regulamentadora do mapa de vinculação] seja ideal, que ela seja maravilhosa, mas pelo menos ela conseguiu organizar, estabelecer critérios, e uma forma de estar mais próxima da ponta de orientação, de suporte, até de cobrança assim; mas olha ‘a gente tem um instrumento, a gente tem que seguir, vamos lá?’ A gente teve um instrumento bastante forte, bem significativo, eu acho. (GUF1, 2016)

Observou-se, a partir das entrevistas, que o mapa de vinculação foi um objetivo de produção preconizado pela RC efetivamente implementado na Unidade Federativa, tanto de acordo com as gestoras distritais, quanto segundo os profissionais de saúde, conforme quadro abaixo.

Quadro 13. Síntese das ações realizadas pela Secretaria de Estado de Saúde, no âmbito da vinculação.

Ações – relatório de gestão	Ações – entrevistas GD	Produto	Objetivo intermediário
Reuniões com gestores	Pactuação do mapa de vinculação (GD 1, 2 e 3)	Mapa de vinculação criado	Percepção de redução da peregrinação (GD 1, 2 e 3)
Criação de indicador	<i>Enforcement</i> legal ao mapa de vinculação (GD 1 e 2)		Percepção da efetiva implementação da Vaga Sempre (GD 1, 2 e 3)

Fonte: elaboração própria, a partir do relatório de gestão 2012 da SES e entrevistas com gestoras da Unidade Federativa.

As profissionais de saúde entrevistadas foram no total de seis, uma de cada região de saúde a exceção da região leste, conforme previsto no método. A análise de conteúdo nesta seção indicará as ações efetivamente implementadas pelos serviços de saúde da Unidade Federativa no que se refere à vinculação apenas. Elas serão indicadas pelas siglas PS do H1, do H2 e assim sucessivamente. Assim, será possível comparar as informações fornecidas

pelas usuárias dos serviços da maternidade, de acordo com as figuras apresentados no tópico anterior, com as informações trazidas pelas profissionais dessas unidades.

A PSH1 já atuava há muitos anos na instituição. Tratou-se, de fato, de uma entrevista muito rica de conteúdo, pois ela conseguiu dar uma perspectiva histórica desde 2011 até os dias atuais. O cenário dessa instituição em 2012 foi o de início do curso de gestante com forte articulação entre a gestão da atenção primária e a da atenção hospitalar. Na visão dela, a implementação desse curso foi a principal ação para aprimorar a vinculação, porque, a partir dessa ação, foram implementadas as seguintes ações secundárias: visita ao local do parto, divulgação do curso de gestantes nos centros de saúde da região por meio de materiais e convites feitos pelos profissionais de saúde, sorteio de itens para estimular a participação nos cursos, interação multiprofissional para que o curso de gestantes fosse implementado (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, residentes em enfermagem, psicóloga e assistente social).

Para essa profissional, o problema central para a baixa vinculação nesse hospital, conforme apresentado nas figuras de 4 a 7 (informação sobre o local do parto, visita ao local do parto, realização do parto no local indicado, motivos pelos quais a gestante não fez o parto no local indicado), era a percepção distorcida por parte das usuárias com relação à instituição e a falta de conhecimento sobre a existência de uma maternidade no hospital 1. Para ela, as ações voltadas para melhorar esse aspecto partiram espontaneamente do hospital, o curso de gestantes começou em abril de 2012. Essa ação, no entanto, acabou se coadunando com as diretrizes preconizadas pela RC, instituída na Unidade Federativa em maio de 2012.

Eu acredito que, se não existisse a portaria regulamentadora do mapa de vinculação, ia ser mais difícil essa... O processo educativo da atenção primária iria existir, mas seria mais lento. No momento que você contratualiza, determina numa portaria na verdade, você não engessa, mas você cria condições de maior rapidez com relação à execução, né? Porque o processo educativo de vinculação com a atenção primária ia ser um processo que ia gerar uma vinculação, mas ia ser demorado, acredito eu, que é importante, mas foi coincidente a portaria junto com esse processo educativo junto à atenção primária e, é lógico, já vinha sendo preparado por essas oficinas que a gente já vinha fazendo, as várias oficinas que tiveram antes da implementação da rede cegonha mesmo, atenção primária e atenção hospitalar. (PSH1 1, 2016)

A Profissional de Saúde do Hospital 2 (2016) relatou o cenário dessa instituição em 2012: “Antes aqui era na verdade final de linha. As pacientes peregrinavam, e às vezes, quando chegava aqui, ela já tinha passado por três/quatro hospitais e a gente acabava

internando. Essa realidade foi vivenciada mesmo com a implementação do curso de gestantes em 2000 (Brasil, 2012). Por isso, para essa profissional, o principal fator que afetou a melhora na vinculação nesse hospital foi o mapa de vinculação transformado em portaria pela SES.

A vinculação melhorou, associada principalmente à portaria regulamentadora do mapa de vinculação, porque ela fechou, na verdade, quase que obrigou todo mundo a receber as suas pacientes, porque antes o hospital estava cheio, falava ‘ah não posso acolher porque não tem vaga’, a gestante ficava peregrinando. Isso acabou. Hoje, se a paciente tiver indicação de internação e ela não for nossa, ela vai ser internada aqui, a gente vai ligar pra regional dela, e falar ‘olha, essa paciente ela é da sua regional, a gente pode transferir?’ Ela vai de ambulância, a gente assegura o transporte pra ela ganhar na maternidade mais próxima da residência dela. (PSH2, 2016)

A Profissional de Saúde do Hospital 3 (2016) abordou o cenário em 2012 da seguinte forma:

Tinha [visita ao local do parto], o acesso em [maternidade], até eu sair de lá, a gente, eu acho que ele começou mesmo a funcionar essa coisa da visita, pré, conhecer o hospital, conhecer a maternidade, acho que começou em 2013 que a gente começou a implantar isso, da atenção primária trazer. 2011/2012 a gente *tava* ainda tentando fazer funcionar o básico da rede cegonha, que é Vaga Sempre, da mulher não peregrinar, essas mais específicas demorou mais.

Essa profissional de saúde acredita que o mapa de vinculação melhorou a vinculação na maternidade em que trabalhava, porque, na mesma linha da percepção da Gestora 1 da Unidade Federativa, ela percebeu a norma regulamentadora como uma diretriz norteadora que agilizou os procedimentos. Toda a rede já sabia qual unidade de saúde deveria atender uma gestante com determinadas características. Para ela, a referência e contrarreferência começaram a funcionar bem a partir do mapa.

Com base nesses depoimentos, é possível inferir que a profissional de saúde considerou o mapa de vinculação o instrumento mais importante para que se conseguisse implementar a diretriz da vinculação, colocando a articulação com a atenção primária e o estímulo à visita ao local do parto como ações secundárias, já que, para ela, a Vaga Sempre e o enfrentamento da peregrinação estavam sendo enfrentadas em 2011/2012, enquanto as outras ações acima referidas – tratadas pelo interlocutor como acessórias – começaram a ser implementadas em 2013. Por isso que, quando questionada a respeito das ações realizadas pelo hospital para melhorar o dado apresentado nas figuras de 1 a 4, sua resposta foi no sentido de os gestores do grupo condutor regional ter feito reuniões, ao longo desse período, para pactuar o mapa de vinculação.

Outro aspecto revelador dessa entrevista foi a indicação da entrevistada que, devido ao fato de ser uma maternidade muito procurada pelas cidades circunvizinhas e de a portaria com o mapa de vinculação não regulamentar fora da Unidade Federativa, o seu contexto de implementação se revelou mais desafiador. Também foi apontado por ela a discriminação que essa unidade de saúde sofria por parte da própria população que foi referenciada para ela, isso fazia com que as gestantes buscassem outros hospitais. Segundo PSH3 (2016), “as gestantes da região eram bem vinculadas, mas como a maioria não era da região, então acaba dando essa...[alta taxa de gestantes que não realizou o parto no local indicado, conforme figura 6]”.

Ainda para a entrevistada:

Particularmente, na região oeste, tinha muita demanda espontânea das cidades circunvizinhas que dificultava esse trabalho de vinculação e dentro da regional você tinha dificuldade de a gestante confiar no serviço, se ele não estiver bem estruturado. A soma disso tudo que contribui pra essa taxa de vinculação ter dado tão alta (PSH3, 2016).

Desses depoimentos, infere-se que não foram realizadas ações marcantes do hospital em si para efetivamente alterar a problemática da vinculação do H3. Destacando-se apenas a portaria regulamentadora do mapa de vinculação para mudança desse cenário em alguma medida, conforme será tratado no próximo tópico.

A profissional de saúde do hospital 6 garantiu que, nessa unidade hospitalar, a implementação do mapa de vinculação “foi um sucesso” e que a Vaga Sempre avançou, mas fez questão de registrar que o papel da Secretaria foi apenas de publicar a portaria, a efetiva implementação ficou sob responsabilidade dos hospitais. Apontou a implementação do curso de gestantes como ação autônoma do hospital para a melhora desse indicador.

A profissional de saúde do hospital 8 já havia atuado na Atenção Primária. Sua visão destoou da maioria, pois, para ela, a portaria regulamentadora do mapa de vinculação em si não representou a garantia da implementação da diretriz da vinculação no estabelecimento em que trabalhava; o fator fundamental foi um compromisso político assumido pela nova gestão.

Eu acho que as portarias, a legislação, são necessárias e ajudam muito, você vê que essa questão do acompanhante no parto é lei, mas nem por isso estava sendo aplicada. O Brasil tem muita lei, né? O SUS é todo cheio de regras, mas na prática, se quem *tá* na liderança, se quem *tá* na frente, não vende, na minha opinião, eu acho que precisa de bancar, alguém precisa falar assim: “olha, pode fazer que vai acontecer (PSH8, 2016).

A partir desse posicionamento assumido pela gestão, as equipes de atenção hospitalar e de atenção básica começaram a implementar a visitação ao hospital antes do momento de dar a luz, em março de 2013. A visitação representa um ponto alto da vinculação das gestantes, pois além delas terem sido informadas sobre o local em que devem realizar o parto, elas são acompanhadas por profissionais da atenção primária e da assistência hospitalar para percorrerem os vários pontos em que lhes serão prestados serviços no momento em que elas forem internadas, além de receberem curso para retirarem suas dúvidas sobre o trabalho de parto e afins.

Cabe aqui uma ressalva com relação à questão da articulação entre a gestão da atenção primária e a da assistência hospitalar. A Gestora 3 da Unidade Federativa foi contundente ao afirmar que atenção primária é um “cemitério”. Apesar disso, de acordo com a entrevista dos profissionais de saúde dos hospitais 1 e 8, parece existir uma experiência bem sucedida nessas regiões de saúde. É necessário um estudo mais aprofundado sobre isso, mas, caso se confirme essa hipótese, pode-se pensar em replicar o modelo de articulação realizado nos hospitais 1 e 8, resguardadas as peculiaridades do contexto de implementação, nas outras regiões de saúde.

Quadro 14. Síntese das ações realizadas pelos hospitais, no âmbito da vinculação.

Hospital	Ações	Objetivo de produção
1	Curso de gestantes; Implementação do mapa de vinculação.	Mapa de vinculação implementado nessas maternidades
2	Implementação do mapa de vinculação; Continuidade do curso de gestantes.	
3	Implementação do mapa de vinculação; Não foram identificadas ações próprias do hospital;	
6	Implementação do mapa de vinculação; Curso de gestantes.	
7	Implementação do mapa de vinculação.	
8	Efetivação de compromisso político pela causa; Curso de gestantes; Implementação do mapa de vinculação.	

Fonte: elaboração própria, a partir das entrevistas com as profissionais de saúde.

4.2.1.2. Boas práticas baseadas em evidências científicas

Conforme analisado no início do capítulo, o cenário em 2012 das ações implementadas pelo MS no que se refere especificamente às boas práticas trouxe a segunda etapa do projeto de estímulo ao contato pele a pele, cursos de especialização e de

aprimoramento para enfermeiras obstetras, realização de seminários e as ações transversais, eventos e publicações.

Com as entrevistas, foi descoberta uma atuação muito mais ampla do que essa retratada pelo relatório de gestão, a qual já se apresentava de modo bastante diversificado. A Gestora Federal 1 retratou da seguinte forma:

Então, aí são várias ações. Nós fizemos seminários de boas práticas com as maternidades aderidas à Rede Cegonha. Esses seminários foram muito produtivos. Foram seminários que envolveram vários serviços e ele se desdobrou, porque, quando você faz esse seminário, um serviço conhece o outro. Nós tivemos apoio do hospital Sofia Feldman, que é uma referência em boas práticas...e aí isso se desdobra, os próprios serviços depois querem conhecer o Sofia, eles fazem trocas, além do seminário em si. Essa ação dispara outras ações que se multiplicam nos territórios. Essa foi uma grande ação, além da pactuação desses indicadores. A maternidade ao aderir à Rede Cegonha, ela pactuou indicadores (GF1, 2016).

Também, mais uma vez, foi ressaltado o importante papel do apoiador institucional que, segundo ela, foram contratados especialmente para contribuir nesse processo de estímulo das boas práticas nessas maternidades prioritárias. Finalmente, ela apontou que a pactuação para que as enfermeiras obstetras atuassem na cena do parto representou uma importante ação rumo a essa convergência para a efetiva implementação das boas práticas. A Gestora Federal 2 informou acerca dos seminários e dos apoiadores institucionais. Já a Gestora Federal 3, por apresentar um perfil diferenciado para essa pesquisa, foi umas das apoiadoras do grupo condutor da Unidade Federativa no período de 2012 a 2014. Ela relatou que, juntamente com o grupo, foi possível induzir mudanças de práticas nos hospitais.

Quadro 15. Síntese das ações realizadas pelo Ministério da Saúde, no âmbito das boas práticas baseadas em evidências científicas.

Ações – relatório de gestão	Ações – entrevistas	Produtos	Objetivo intermediário
Capacitação em pele a pele	Oficinas em pele a pele na Unidade Federativa (GF 3)	Estímulo à implantação do pele a pele	Implementação das boas práticas
Realização de seminários	Seminários (GF 1, 2 e 3)	Sensibilização para a implementação de boas práticas	
Formação em enfermagem	Formação em enfermagem	Criação de multiplicadores no território para a implementação das	

obstétrica	obstétrica (GF1)	boas práticas	
	Apoiador institucional (GF 1, 2 e 3)	Apoio no processo de sensibilização para a implementação das boas práticas	

Fonte: elaboração própria, a partir do relatório de gestão 2012 da SAS/ MS e entrevistas com gestoras federais.

Segundo o relatório de gestão da SES de 2012, foi identificado, no âmbito das boas práticas, apenas uma indicação de que foram promovidas ações para melhorar o percentual de partos normais realizados na rede, que naquele ano foi de apenas 56,6%. Não foram informadas, entretanto, em que consistiram essas ações de promoção dessa boa prática.

De acordo com a Gestora 2 da Unidade Federativa, o cenário em 2012 foi pautado por ações como oficinas do contato pele a pele e visita ao hospital Sofia Feldman. A Gestora 2 corroborou a visita ao referido hospital, as oficinas e complementou mencionando sobre a insistente discussão relacionada às boas práticas nos colegiados de maternidades e apoio do grupo condutor à atuação da coordenação de obstetrícia, no sentido de sensibilizar os médicos obstetras, e à área de neonatologia, no sentido de sensibilizar esses profissionais. A Gestora 3 da Unidade Federativa destacou a ação apenas em torno da sensibilização dos profissionais de saúde da rede.

Quadro 16. Síntese das ações realizadas pela Secretaria de Estado de Saúde, no âmbito das boas práticas baseadas em evidências científicas.

Ações – relatório de gestão	Ações - entrevistas	Produtos	Objetivo intermediário
Ações voltadas para a diminuição da taxa cesárea	Oficinas do contato pele a pele (GD 1, 2 e 3)	Estímulo à implantação do contato pele a pele	Percepção de implementação das boas práticas
	Visita ao hospital Sofia Feldman (GD 1 e 2)	Sensibilização para a implementação de boas práticas	
	Indução nos colegiados de maternidades (GD 2)		
	Apoio aos agentes multiplicadores (GD 2)	Criação de multiplicadores no território para a implementação das boas práticas	

Fonte: elaboração própria, a partir do relatório de gestão da SES e entrevistas com gestoras da Unidade Federativa.

O profissional de saúde do hospital 1 tergiversou bastante para responder acerca das ações implementadas pela unidade para aumentar a taxa de parto normal, que, segundo a figura 15 (tipo de parto), ficou em 59,2%.

O que a gente nota, dizendo isso que existe os 15% da OMS, mas que já está existindo uma tendência de países como os EUA...em um seminário que fui, um dos componentes da mesa disse que às vezes seria interessante a OMS repensar essa relação, será que 15% representa o que realmente deveria ser? Então alguns países europeus ainda mantêm uma porcentagem próxima da OMS e a gente tem visto essa tendência nos EUA de aumentar a cesariana, mas eu acredito que a gente não vai conseguir mudar por nenhuma portaria. Isso envolve processo educacional mesmo (PSH1, 2016).

Ao final, ela informou apenas uma ação: informação acerca do parto vaginal no curso de gestantes. Essa informação consiste em processo educativo, em que são elaboradas diversas estratégias para informar sobre os benefícios do parto normal. Apesar desse investimento no curso de gestantes por parte do hospital, a entrevistada acredita que a mudança na taxa de partos normais em relação às cirurgias cesáreas ocorrerá no longo prazo. Com relação ao contato pele a pele, a PSH1 (2016) mencionou a relevância das enfermeiras obstetras para sua implementação, que passaram a atuar no hospital, segundo ele, a partir de 2011.

A PSH2(2016) também destacou a atuação da enfermagem obstétrica para a implementação das boas práticas. Ademais, relatou que o contato pele a pele é efetivamente implementado no hospital, mas não sinalizou ações no sentido de se promover o parto normal. Pelo contrário, ressaltou uma aceitação e justificativa com relação a alta taxa cesárea apresentada por esse hospital. “A nossa taxa de cesárea aqui é até alta justamente não só *pro* bebês complicadinhos, mas *pras* mães que têm doenças também: cardiopatias, diabetes, hipertensão, geralmente vem pra cá também.”

O PSH3(2016) relatou que não foi possível o hospital em que trabalhava promover ações para que o contato pele a pele fosse implementado. Ele justificou essa ausência de ação pelo fato de, em um primeiro momento, a instituição ter focado em estruturar o serviço. Também mencionou que a percepção da burocracia de nível de rua era diferente com relação a esse quesito, pois ela privilegiava uma ação mais resolutiva. Foi apontada pelo mesmo entrevistado a falta de ambiente adequado como uma grande barreira para a implementação dessa prática nesse hospital. Também foi mencionado o fosso que existe entre a visão da gestão e a visão dos profissionais de saúde plantonistas, pois, segundo ele, os primeiros fazem cobranças que os últimos não podem atender por falta de

infraestrutura e por terem uma perspectiva bastante “resolutiva”. Ele adentrou também na questão do ato médico, o qual ninguém pode interferir e, por isso, considerou que a única ação válida para uma mudança de prática é a sensibilização. Esta foi, por exemplo, a ação empregada pelo hospital no caso do estímulo ao aumento da taxa de parto normal.

A profissional de saúde do hospital 6 relatou que foi feita uma sensibilização junto aos profissionais, os quais, segundo ela, já apresentavam um perfil mais propenso a aceitar essas mudanças de práticas. Relatou evolução para as duas variáveis – parto normal e contato pele a pele – embora isso tenha ficado adormecido posteriormente, ponto que será detalhado à frente.

A PSH8(2016) mencionou as seguintes ações para a implementação de ambas as boas práticas: o início da atuação das enfermeiras obstetras e a mobilização empreendida pelos neonatologistas.

Quadro 17. Síntese das ações realizadas pelos hospitais, no âmbito das boas práticas baseadas em evidências científicas.

Hospital	Ações	Boas práticas
1	1.Processo educativo no curso de gestantes; 2. Enfermeiras obstetras.	Não foram implementadas
2	1.Enfermeiras obstetras.	Parcialmente implementadas
3	1. Sensibilização.	Parcialmente implementadas
6	1. Sensibilização.	Implementadas
7	1.Sensibilização	Parcialmente implementadas
8	1.Enfermeiras obstetras; 2. Neonatologistas.	Parcialmente implementadas

Fonte: elaboração própria, a partir das entrevistas com as profissionais de saúde.

4.2.1.2.1. Lei do acompanhante

A implementação da lei do acompanhante é um dos pontos de enfrentamento de maiores barreiras para a Rede Cegonha. Se, por um lado, a gestão federal se posiciona indubitavelmente em defesa da obediência dessa lei federal de 2005 nas maternidades do país inteiro; por outro lado, a maioria dos profissionais de saúde entrevistada para esta pesquisa expôs sua aversão à ideia sob a roupagem de inviabilidade por questões de infraestrutura. As gestoras distritais debatem-se sobre o que fazer. Enquanto isso, as usuárias reclamam, reivindicam e expõem essa situação.

Ao se analisar as entrevistas realizadas com as gestoras federais, na tentativa de compreender melhor a lacuna deixada pelo relatório gerencial de 2012, o qual apenas mencionou que houve uma maior pactuação sobre o tema, sem, contudo, apontar as ações realizadas para que esse resultado fosse alcançado, nota-se que a maior parte das ações foram de *soft power*. O fórum perinatal foi um importante espaço de pressão para o cumprimento da lei do acompanhante segunda as entrevistadas GF1 e GF2. GF3 não o mencionou porque, no caso específico da Unidade Federativa, ele só foi realizado pela primeira vez em 2014, conforme mencionado anteriormente.

Olha, nós sabemos que a lei do acompanhante é uma lei que tem mais de 10 anos e nem por isso foi uma lei cumprida. Eu acredito, acredito não, nós temos dados que, com a Rede Cegonha, nós tivemos uma aceleração do cumprimento dessa lei. E os fatores que eu associo ao cumprimento dessa lei foi todo esse movimento que a Rede Cegonha construiu nos territórios do grupo condutor estadual, mas principalmente do fórum perinatal. O fórum perinatal foi um espaço estratégico criados pra que uma política pública pudesse ser apropriada por mais pessoas e cobrada por mais pessoas. (GF1, 2016)

Além disso, todas as três gestoras informaram que houve apoio ao território em inúmeras sensibilizações promovidas, já que esse era um indicador em relação ao qual, reconhecidamente, não se conseguia avançar. Elas citaram oficinas e seminários realizados sobre o tema como as principais ações do MS promovidas nessa área. As GF 2 e GF3 (2016) apontaram a exposição dos dados de ouvidoria como mecanismo utilizado nesses processos de sensibilização.

A questão do acompanhante, que a gente não tinha avançado, quais eram as barreiras? Eu lembro que a gente falou muito da lei do acompanhante, ‘não tá legal’, ‘elas estão reclamando disso’. Isso desdobrou nos nossos planos regionais. O dado era sempre olhado *pra* mudança. Toda regional tinha um plano de intervenção *pra* acompanhar os indicadores e monitorar. Esses dados da ouvidoria eu lembro que até incomodou muito as pessoas, porque era o usuário que estava falando isso.(GF3, 2016)

A Gestora Federal 1 (2016) apontou a ação de continuidade ou não do repasse de investimentos a partir do monitoramento da implementação da lei do acompanhante. Essa ação foi a única identificada que extrapola a seara das de cunho *soft power*. E o acompanhante no parto, ela identificou como sendo um indicador que seria um “divisor de águas *pra* continuidade ou não do repasse dos incentivos, porque não tem como não ter o acompanhante no parto sendo uma lei federal” (GF1, 2016).

Quadro 18. Síntese das ações realizadas pelo Ministério da Saúde, no âmbito da implementação da lei do acompanhante.

Ações - relatório de gestão	Ações – entrevistas GF	Produtos	Objetivo intermediário
Avanços no sentido da pactuação com os gestores locais para a implementação da lei do acompanhante (única informação que consta nesse documento sobre o tema).	Estímulo à implementação dos fóruns perinatais (GF1 e 2)	Implementação do fórum perinatal	Garantia do acompanhante para a gestante em todos os momentos do parto
	Estratégias de sensibilização – oficinas, seminários, exposição de dados da Ouvidoria (GF 1, 2 e 3)	Produzir mudança de cultura sobre o tema	
	Continuidade ou interrupção do repasse de recursos (GF 1)	Pressionar o gestor em direção à mudança de prática.	

Fonte: elaboração própria, a partir do relatório de gestão 2012 da SAS/ MS e entrevistas com gestoras federais.

No âmbito do ente federativo, não foram identificadas ações específicas para a garantia da lei do acompanhante no relatório de gestão da SES do ano de 2012. Com relação a essa variável, as entrevistas foram fundamentais na tentativa de se reconstruir o cenário de 2012. As três gestoras distritais mencionaram como principal ação promovida pela SES a realização de oficinas e reuniões com o intuito de sensibilizar os gestores das regiões de saúde. “A implementação foi na base do diálogo, não há outra possibilidade que não seja. Mesmo você estando respaldado pela legislação, você tem uma cultura muito ruim nesse sentido. Tanto *pra* participação do acompanhante de livre escolha da grávida, quanto da enfermeira obstetra.” (GD 3, 2016)

Para GUF1 (2016), a lei do acompanhante era uma pauta permanente do colegiado de maternidades:

A gente vinha de uma discussão tanto nacional pautada tanto pelo comitê de mobilização social da rede cegonha e pelo fórum, pelos fóruns de discussão da Rede Cegonha que a gente via que em outros estados *houveram*...[...] Então a gente sempre tinha essa equipe angustiada revidando o acompanhante e a gente tinha gestores que estavam sendo fortemente pressionados para mudar suas culturas locais, mas que também tinham toda a corporação querendo manter.

A percepção das gestoras com relação à implementação da lei do acompanhante nas unidades de saúde foi de que houve melhora em alguma medida, mas de modo bastante heterogêneo. Algumas regiões de saúde, alguns hospitais apenas ou, às vezes, a implementação ficou circunscrita a alguns profissionais de saúde.

Na hora de descer mesmo pra dentro das unidades, a gente encontrava uma posição heterogênea. Hospital 6, que é um hospital pequeno, que

tem uma vocação de maternidade, não é um hospital que tem trauma, é uma porta mais dedicada, que tem um volume na obstetrícia, que é o centro da atenção do hospital. Então, pra você entender, o hospital 6 foi um hospital que protagonizou no território. (GUF1, 2016)

Se por um lado a Gestora 1 percebeu a implementação da lei do acompanhante facilitada em algumas instituições em detrimento de outras, a Gestora 2 considerou não as instituições como fundamentais nessa mudança, mas atribuiu a alguns profissionais de saúde o protagonismo na alteração da realidade. De qualquer forma, ambas convergem na percepção de implementação heterogênea dessa lei.

Então, ele [o dado da Ouvidoria] falava bastante mal, os dados falavam bastante mal a respeito da Unidade Federativa [no contexto da lei do acompanhante]. Representava sim um pouco, mas já tinha algumas regionais que já tinha começado a modificar, pelo menos a postura do profissional, de alguns deles, já estava começando a ser modificada, mas a gente percebia que, sim, aquilo representava na época da pesquisa o que a gente observava. (GUF2, 2016)

No caso da gestora da Unidade Federativa 3, ela não afirmou categoricamente nem que houve melhora nem piora no que se refere à implementação do acompanhante. Ela justificou todas as dificuldades enfrentadas para sua implementação, ressaltou o que foi possível ser feito pela gestão, inclusive mencionando a reforma de ambiência. Esta temática representou uma contradição ao final da sua entrevista, conforme será exposta na parte destinada a reforma da ambiência. Quando estava falando sobre lei do acompanhante mencionou melhora no ambiente físico; mas, quando respondeu especificamente sobre reforma da ambiência, concluiu que foi uma área que não avançou. Ela acabou por concluir que houve uma melhora na humanização do parto, mas, apesar de ter-lhe sido perguntado especificamente sobre lei do acompanhante, não respondeu que a melhora foi percebida particularmente na implementação dessa lei.

Eu lembro que nós estávamos vivendo uma discussão intensa na Secretária de Saúde. Agora, é uma situação difícil, não é uma situação simples, ambientes sempre superlotados. Então há certo constrangimento com a presença do pai, do marido junto da grávida. Elas ficam muito expostas, mas a gente foi melhorando a humanização do parto, melhorando o ambiente físico e, no final, a gente estava conseguindo minimamente, mas o dado [de ouvidoria] foi negativo. (GUF3, 2016)

Quadro 19. Síntese das ações realizadas pela Secretaria de Estado de Saúde, no âmbito da implementação da lei do acompanhante.

Ações – relatório de gestão	Ações – entrevistas	Produto	Objetivo intermediário
------------------------------------	----------------------------	----------------	-------------------------------

Ações – relatório de gestão	Ações – entrevistas	Produto	Objetivo intermediário
-	Utilização de estratégias de sensibilização (GUF1, 2 e 3)	Produção pontual de mudança de cultura sobre o tema (GUF1 e 2)	Percepção de garantia do acompanhante em algumas unidades de saúde. (GUF1 e 2)

Fonte: elaboração própria, a partir do relatório de gestão 2012 da SES e entrevistas com gestoras da Unidade Federativa.

A entrevista com a PSH1 revelou que a implementação da lei do acompanhante começou a se dar em 2016 por determinação da direção do Hospital. Antes dessa data, era permitido acompanhante do sexo feminino. Dentre as ações elencadas por ela, para impulsionar a implementação da lei no Hospital foram mencionadas as oficinas, os diálogos para sensibilização dos profissionais de saúde. Em suma, tratou-se de processos educativos, que, segundo a entrevistada, não funcionaram devido a uma resistência por parte da equipe dos profissionais de saúde. Ainda de acordo com ela, se a direção não tivesse determinado a implementação da lei, ela não teria se efetivado conforme realmente preconizado.

Essa mesma entrevistada apontou algumas justificativas utilizadas pela equipe de profissionais de saúde para a implementação parcial da lei: a ambiência do Hospital não possibilitava que se resguardasse a privacidade da gestante; depois da implementação do mapa de vinculação, a justificativa passou a ser o aumento do quantitativo de partos realizados e, nesse contexto, a ambiência comprometia ainda mais a privacidade das mulheres; outra justificativa se baseava no fato de algumas mulheres não irem acompanhadas. Após apresentadas todas as justificativas, a entrevistada concluiu a fala que, mesmo não tendo havido nenhuma reforma na ambiência do Hospital, a lei começou a ser implementada em sua integralidade em 2016.

Para a entrevistada, o real motivo para que a gestante não conseguisse ter acesso ao acompanhante de livre escolha era cultural. Segundo a PSH1 (2016), “existia, na realidade, uma cultura entre os profissionais de saúde em relação ao acompanhante do sexo masculino, a resistência da equipe também .”

De acordo com a Figura 9 (o acompanhante e a cena do parto), 54,8% das mulheres que pariram no Hospital 1 não teve acompanhante. A entrevistada desse Hospital corroborou essa realidade vivenciada, informando sobre a resistência dos profissionais de saúde. Apesar de não se ter dados da Ouvidoria no que diz respeito às mulheres que tiveram seus partos nesse Hospital em 2015, a entrevistada informou que a implementação integral da lei só começou a se dar em 2016. Disso, infere-se que provavelmente, em 2015, a realidade de

presença do acompanhante na cena do parto não sofreu grandes alterações nessa unidade de saúde.

A Profissional de Saúde do Hospital 2 (2016) respondeu o seguinte sobre a figura 9 (o acompanhante e a cena do parto), que expunha uma taxa de 62,7% de mulheres que alegaram não ter tido acompanhante na cena do parto:

É mesmo? Mas aqui, se você andar aqui [no Hospital 2], você vai ver, se você perguntar [para as mulheres que tiveram parto no Hospital 2](...). Primeiro que eu não acredito nesse dado [da Ouvidoria]. Aqui no Hospital 2 não, aqui é 100 % [de mulheres com acompanhante], só quem vem sem acompanhante, fica sem acompanhante. (PSH2, 2016)

O Hospital 2 foi investigado em 2009 por Teixeira et al (2009), revelando que havia grande resistência à implementação da lei. Em 2012, o dado da Ouvidoria continua revelando essa resistência. A profissional de saúde justificou a ausência do acompanhante na cena do parto devido à falta de roupa para ele.

A gente hoje só não consegue colocar o acompanhante no parto cesáreo, mas não é nem pela infraestrutura, é falta de recursos materiais, roupa mesmo, porque precisa de uma roupa de área fechada. Então, se a gente permitir que todo mundo entrasse, além das pessoas necessárias, não que o pai não seja necessário, é, vai deixar às vezes de entrar um médico pra entrar um acompanhante. Então, infelizmente por enquanto, nos partos cirúrgicos, é que a gente não permite a presença do acompanhante. (PSH2, 2016)

No caso desse hospital, não foi possível especular sobre as ações implementadas para melhorar a garantia do acompanhante, porque a profissional de saúde (PSH2, 2016) tinha isso como uma questão ultrapassada, que foi implementada em 2000 e se encerrou no passado. Para ela, não há o que melhorar, pois o dado de Ouvidoria é que está equivocado.

O profissional de saúde do hospital 3 não indicou nenhuma ação realizada pelo hospital para melhorar a implementação da lei do acompanhante. Ficou implícito, em sua entrevista, um posicionamento passivo do hospital no sentido de que a promoção de ações e de mudanças devem partir da Secretaria de Saúde ou do grupo condutor regional.

Assim, com a mudança no governo agora essa Rede Cegonha deu uma esfriada, o governo atual não investiu muito no que tinha sido feito no governo anterior, típico da política. A informação é que tá voltando tudo mais ou menos como era antes da rede cegonha, mas eu acho que, assim, de 2013 pra 14, eu acho que deve ter uma melhora nesse índice [da ouvidoria sobre acompanhante], porque há um resistência muito grande de você colocar uma pessoa no momento do parto. (PSH3, 2016)

Essa visão de que o hospital não promoveu ações para alterar, de alguma forma, o indicador que chegou a 82% (figura 9) de mulheres que não conseguiram ter acompanhante, é corroborada pelo fato de que o estabelecimento sequer implementou um curso de gestantes.

[Instruções para o acompanhante enumeradas pela entrevistada e que normalmente eram transmitidas no curso de gestantes de outros Hospitais] Veste roupa, como se comportar no centro cirúrgico, isso era uma dinâmica que a gente não tinha profissional, e não tinha logística *pra* fazer não. (PSH3, 2016)

A profissional de saúde do hospital 6 revelou que a implementação da lei do acompanhante não evoluiu nesse hospital porque lá não tem ambiência PPP. A ambiência PPP consiste em um quarto em que a gestante vai permanecer nos momentos do pré-parto, parto e pós-parto. O mínimo preconizado que deve constar nesse tipo de ambiência é cama, colchão, rede de apoio para os braços, arco de apoio para parto vertical, perneiras, orifício para encaixe das perneiras (Brasil, 2012). Ela complementou que o acompanhante participa em outros momentos, mas na cena do parto é vedado. Por isso, conclui-se que não foram implementadas ações para melhorar a implementação da lei, pois, segunda a própria entrevistada, enquanto não houver reforma de ambiência, não há como ter acompanhante. Ela finalizou a resposta à pergunta, informando que o Ministério Público tem questionado o hospital sobre essa prática, “mas não há o que ser feito”.

Sobre o acompanhante e a cena do parto (figura 9), a Profissional de Saúde do Hospital 8 (PSH8) considera que a maioria dos problemas é relacionado à cirurgia cesárea. Parto normal eu acho que, na época da pesquisa, tinha muito problema, mas já melhorou muito. Depois disso, a gente teve a formação das enfermeiras parteiras, especialização e curso de doulas.(PSH8, 2016)

Sendo assim, segundo os entrevistados, as principais ações realizadas para a implementação da lei do acompanhante no hospital 8 foram: formação em enfermagem obstétrica, curso de doula e sensibilização dos profissionais.

Quadro 20. Síntese das ações realizadas pelos Hospitais, no âmbito da implementação da lei do acompanhante.

Hospital	Ações	Objetivo intermediário
1	Sensibilização	Garantia da acompanhante do sexo feminino
2	Não foram identificadas ações	Garantia do acompanhante no parto normal
3	Não foram identificadas ações	Não foi garantido o acompanhante

Hospital	Ações	Objetivo intermediário
6	Não foram identificadas ações	Não foi garantido o acompanhante
7	Sensibilização	Garantia do acompanhante no parto normal e parcialmente na cirurgia cesárea
8	Formação em enfermagem obstétrica; Curso de doula e Sensibilização.	Garantia do acompanhante no parto normal

Fonte: elaboração própria, a partir das entrevistas com as profissionais de saúde.

Essa implementação parcial da lei do acompanhante na percepção de quatro dos seis profissionais de saúde entrevistados pode ser interpretada à luz de Arretche (2001), que relata a transmutação entre o que foi realmente estabelecido pelo planejamento de um programa e como ele é efetivamente implementado. Essas variações na forma de implementação visam atender à realidade enfrentada pelos implementadores. No hospital 1, foi relatada uma resistência muito grande por parte da equipe à presença do acompanhante do sexo masculino. Diante disso, a lei valia apenas quando a gestante trouxesse acompanhante do sexo feminino sob a alegação de que a preservação da privacidade da mulher deveria prevalecer sobre o direito do acompanhante. Já nos hospitais 2, 7 e 8, os profissionais de saúde depararam com a falta de vestimenta apropriada para o acompanhamento da cirurgia cesárea, então eles alegaram que a segurança da paciente precisava prevalecer sobre do direito do acompanhante.

Tanto para o subcapítulo destinado à análise da implementação da lei do acompanhante, quanto àquele voltado às boas práticas, notou-se que os entrevistados justificavam a não implementação ou a implementação parcial devido a questões de infraestrutura ou à visão “resolutiva” dos profissionais de saúde. Lipsky (2010) lembra que a burocracia de nível de rua possui grande autonomia, revelada aqui pelo ato médico. Além disso, o autor aborda o porquê desses profissionais terem autonomia até mesmo em relação às regras estabelecidas – lei do acompanhante e solicitação de implementação das boas práticas: as situações com as quais deparam são as mais variadas e não há possibilidade de normatizar todas elas.

Especificamente nas questões relacionadas a recursos e a volume de trabalho, Lipsky (2010) retrata que a realidade do serviço público, sempre com carência de recursos ou sob grande demanda, leva os burocratas a ofertar um atendimento medíocre, no sentido de não atender as expectativas da sociedade, do próprio Estado e nem a deles mesmos.

Assim, teve de um lado a gestão pedindo a oferta de serviços mais elaborados – o acompanhante em todos os momentos do parto, a realização do contato pele a pele, a preferência pelo parto normal. Os profissionais de saúde, por outro lado, têm que lidar com grande volume de partos e com a falta de roupas para acompanhantes, falta de ambiência adequada, falta de equipamentos que resguardem a segurança no trabalho de parto normal. Dessa forma, eles acabam, estruturalmente, empurrando o serviço a padrões inferiores aos esperados e se refugiam em justificativas ligadas às especificidades de cada situação, não normatizada em sua minúcia, encontrando brechas na lei, reinterpretando-a. No momento de realizar o contato pele a pele, no entanto, a singularidade daquele parto para aquela mulher nem sempre é observada, pois a sala deve ser liberada o para trigésimo parto do dia. E não teve impacto a mulher ir à Ouvidoria no caso dos profissionais de saúde (a seção 7.2.3 mostra que apenas um deles se recordou dos dados apresentados). De acordo com Lipsky (2010), os burocratas de nível de rua não correspondem às expectativas dos beneficiários dos serviços públicos, já que a demanda é infinita. Eles acabam estabelecendo o trabalho de acordo com suas próprias preferências.

4.2.2. O cenário em 2015

A reconstrução do cenário de implementação da RC em 2015 perpassa uma série de ações, todas confluindo para que se contemplasse o objetivo estratégico 3 – “Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade” (Brasil, 2015).

De acordo com o relatório de gestão de 2015, da Secretaria de Atenção à Saúde, as ações implementadas pelo MS com o intuito de atender o objetivo supracitado, e que ao mesmo tempo, de acordo com análise feita por esta pesquisa, também afetam a implementação dos eixos aqui pesquisados (vinculação, boas práticas baseadas em evidências e, dentro delas, a implementação da lei do acompanhante), foram as seguintes:

1. Publicação da Caderneta da Gestante: esse documento é transversal e, portanto afeta as três variáveis, já que ela deve ser usada ao longo do pré-natal, pelo profissional de saúde e pela gestante. Nela constam informações sobre vinculação, boas práticas e lei do acompanhante. O relatório aponta que, até outubro de 2015, mais de 2 milhões de cadernetas foram distribuídas todos os municípios do país. Em 2015, foram empenhados 6 milhões de reais para essa ação.

2. Publicação do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) Cesariana: essa ação se encerra no âmbito das boas práticas. Essa é uma publicação que sistematizou as evidências científicas relacionadas às práticas mais comuns utilizadas pelos serviços de saúde no que se refere ao parto e nascimento. O objetivo central desse documento, segundo o relatório de gestão, é “promover, proteger e incentivar o parto normal. (Brasil, 2015)

3. Distribuição de cartazes relativos à lei do acompanhante: o relatório de gestão não revelou o quantitativo de material distribuído, nem os recursos financeiros utilizados.

Com relação ao relatório anual de gestão da SES de 2015, não foi possível analisá-lo devido ao fato de ele não ter sido disponibilizado ao público até setembro de 2016. Como forma de minimizar essa carência de informação documental para o ano de 2015, foram analisadas as atas das reuniões do GCCRC, as quais só começaram a ser elaboradas em agosto de 2015.

De acordo com as atas, em 2015, o fórum perinatal foi institucionalizado em 2015. Além disso, foram encontrados registros da realização desses fóruns nos meses de outubro, novembro e dezembro. Também verificou-se apoio aos grupos condutores regionais e monitoramento do andamento da portaria regulamentadora do mapa de vinculação.

4.2.2.1. Vinculação

Com a análise das entrevistas, notou-se que a atuação da gestão, tanto federal, quanto da Unidade Federativa, sofreu certo arrefecimento quando o tema é vinculação. O ano de 2012 foi muito mais dinâmico nesse sentido. No MS, isso pode ter se dado por ter sido uma das primeiras questões a ser tratada pelo programa, que depois seguiu para outras frentes de trabalho. Isso se revela na entrevista da gestora federal 1, que se refere à indução da elaboração dos mapas de vinculação nos estados no pretérito perfeito: “Foi um grande trabalho isso.” A partir dessa análise, compreende-se por que, para as gestoras federais nas entrevistas expressaram, como principal ação no sentido de impulsionar a vinculação, a caderneta da gestante. Essa informação foi em consonância com o relatório de gestão da SAS, apresentado acima.

No contexto da gestão da Unidade Federativa, esse arrefecimento pode ter se devido ao fato de a gestão do ente federativo ter sido eficaz na implementação de seu mapa de vinculação, apesar de todas as críticas que possam existir. O fluxo foi efetivamente organizado e estabelecido, embora todo instrumento de política pública precise sofrer constantes alterações de modo a atender as demandas sempre mutáveis da sociedade. Além

disso, outro fator apontado por praticamente todos os entrevistados, desde as gestoras distritais aos profissionais de saúde, foi uma mudança de agenda por parte do novo governo vencedor das eleições de 2014. Conforme se verá adiante, isso afetou principalmente os eixos da RC que ainda não tinham se firmado nos serviços de saúde: boas práticas e lei do acompanhante.

Em 2015, os profissionais de saúde, com relação à vinculação, mostraram-se tão-somente realizando o acompanhamento das alterações de fluxo que o mapa de vinculação proporcionou para as regiões de saúde. No hospital 1, por exemplo, o profissional de saúde informou que houve um aumento do número de partos realizados.

No Hospital 2, houve uma diminuição. Além de a profissional de saúde ter falado sobre a efetiva implementação da portaria regulamentadora do mapa de vinculação e da Vaga Sempre no H2, ela mencionou sobre a diminuição no volume de partos realizados. Como o H2 é um dos hospitais de referência para partos de alto risco, ele acabava por atrair para si muita demanda, por vezes indevidas. Assim, conforme fala da GF1 colocada acima, também referida pela GUF3 e corroborada pela PSH2, a RC preconiza o estabelecimento de uma rede que faça a gestão dos seus leitos e de sua capacidade de atendimento, para que se estabeleça um fluxo e sejam enviados os montantes de partos para cada um dos pontos da rede de acordo com as suas competências e suporte físico-estrutural.

O H2 era referência. Então, a gente tentou de certa forma fazer funcionar a rede para evitar o congestionamento dele. Então, um dos indicadores que nós tínhamos à época era a quantidade de parto normal. Uma expectativa era que se reservasse partos mais complexos, parto de risco é no H2, então essa rede a gente conseguiu montar e o H2 foi diminuindo o número de partos normais, parto de risco habitual e aumentando a quantidade de parto de risco. (GUF3, 2016)

A PSH2 corroborou o depoimento da GUF3, conforme se segue:

Então, antigamente o movimento que antes a gente tinha de 500/600 partos, 700 partos, 600 e tantos partos que a gente já chegou a fazer aqui, hoje, com a vinculação, a gente consegue fazer menos partos. A nossa média de parto *tá* em torno de 350/400 partos por mês, quando chega muito 450, mas não passa mais disso. Então reduziu um pouco, como hospital terciário, a gente consegue fazer melhor o nosso serviço aqui. (PSH2, 2016)

Já o profissional de saúde do hospital 3 não visualizou muita diferença, visto que tal hospital é muito demandado pelas cidades circunvizinhas, as quais não são regulamentadas pela portaria do mapa de vinculação. Para o hospital 6, a referida portaria representou uma ligeira diminuição de fluxo. Para a profissional de saúde do hospital 8, também existe uma

demanda de cidades circunvizinhas, mas este foca sua análise na própria população da região. Ele conclui que a vinculação foi fruto do trabalho da assistência hospitalar em conjunto com a atenção primária.

Quadro 21. Síntese das ações realizadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado de Saúde de pelos Hospitais, no âmbito da vinculação.

Ações – relatório de gestão e entrevistas GF	Ações – entrevistas GUF	Ações – entrevistas profissionais de saúde
Caderneta da gestante	Monitoramento e discussões com os grupos condutores regionais acerca do mapa de vinculação	Monitoramento do fluxo

Fonte: elaboração própria, a partir do relatório de gestão 2015 da SAS/ MS e entrevistas com gestoras federais.

4.2.2.2. Boas práticas baseadas em evidências científicas

No ano de 2015, as gestoras mencionaram a seguinte ação: instauração de um grupo estratégico de incentivo ao parto normal. Além disso, houve a publicação do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da cesariana. Em 2016, a Gestora Federal 1 informou que será publicado o PCDT do parto normal e acredita que essa será uma importante questão para a qual irão confluír os debates.

A Gestora Federal 3 trouxe questões específicas acerca da implementação das boas práticas na Unidade Federativa objeto desta pesquisa. Se nos anos anteriores, na visão dela, não se tinha conseguido avançar com relação a esse ponto, em 2015 e 2016, houve lugares que voltaram à estaca zero.

As gestoras da Unidade Federativa compartilham dessa visão para 2015:

Até 2014 a gente teve uma melhora sim com relação às boas práticas, mas hoje em dia, pelo menos aquilo que a gente observa né de conversa, nas discussões, nos diálogos, é que tá um pouquinho assim adormecido. A gente não tem tido pelo menos ações mais efetivas de divulgação, é mais assim um boca a boca, uma conversa, uma roda, mas assim de empenho, eu lembro muito da Dra X de estar sempre presente fazendo oficinas com relação ao contato pele a pele, a Dra Y, as oficinas que a gente fazia com o pessoal da RIDE, sempre incentivando isso. A gente deixou de ter um pouquinho. De 2015 pra cá, a gente tem outros problemas que estão minando um pouquinho as nossas ações, mas com relação às regionais, às regiões de saúde, a gente busca resgatar as boas práticas, mas não é algo que está muito em evidência no momento. (GUF2, 2016)

Mas são avanços que não são sustentáveis ao longo do tempo porque muda a política. Esse trabalho da rede cegonha, aí o governo já pensa diferente já pensa em transferir pras OS. Enquanto não transferir, lava as mãos, fica nessa transição, momento angustiante. Nós estamos na

fase de buraco negro, de apagar incêndio. Isso é uma política proativa, isso não é de apagar incêndio, isso é diferente da política do dia-a-dia. A grande maioria da gestão pública é de apagar incêndio, ou apaga ou transfere, passa para o setor privado. (GUF3, 2016)

Existiram poucos elementos novos identificados nas entrevistas dos profissionais de saúde com relação a ações implementadas em 2015 voltadas às boas práticas. No caso do hospital 1, o profissional de saúde entrevistado informou que para 2016 haverá a implementação do ensino do contato pele a pele na prática do serviço dos profissionais de saúde. Para ele, com essa metodologia, haverá uma efetiva implementação dessa boa prática no estabelecimento. Ele aproveitou o ensejo e criticou o modelo até então vigente, em que se baseou a SES ao longo do período, de oficina expositiva. Como essa é uma ação que vai ser implementada este ano (ou já está sendo implementada), a conclusão acerca da implementação das boas práticas para essa unidade permanece inalterada.

Outro elemento diferenciador entre os cenários de 2012 e 2015 se refere ao hospital 6, em que a entrevistada informou que, em um primeiro momento, as boas práticas foram implementadas. Posteriormente, entretanto, com a saída da liderança do GCCRC em dezembro de 2014, a implementação da RC no território sofreu significativo retrocesso, inclusive no hospital 6, onde o contato pele a pele deixou de ser implementado. Segundo PS do H6 (2016), “não tem condições de ficar uma hora fazendo contato pele a pele”.

Quadro 22. Síntese das ações realizadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado de Saúde e pelos Hospitais no âmbito das boas práticas.

Ações – relatório de gestão e entrevistas GF	Ações – entrevistas GUF	Objetivo intermediário
Publicação PCDT	Paralisação do GCCRC	Boas práticas não foram implementadas (H1)
Grupo estratégico de incentivo ao parto normal		Boas práticas parcialmente implementadas (H2, H3, H6, H7, H8)

Fonte: elaboração própria, a partir do relatório de gestão 2015 da SAS/ MS, entrevistas com gestoras federais, com as gestoras da Unidade Federativa e com as profissionais de saúde.

Essa oscilação pode ser contemporizada a partir de processos que garantam a institucionalização da implementação dos programas, como o fortalecimento do papel dos servidores públicos em posições-chave, a ampliação da participação social no processo decisório, aumento da transparência, entre outras medidas.

4.2.2.2.1. Lei do acompanhante

Os elementos novos identificados para o cenário de 2015, foram, por parte das gestoras federais, a atuação do Ministério Público para a implementação da lei do acompanhante. Essa não é uma ação do Ministério da Saúde, como a presente pesquisa se propôs a mapear. Revela-se, não obstante, importante esse resultado de pesquisa, na medida em que expõe a fragilidade e as imensas dificuldades enfrentadas pelas gestoras dos serviços de saúde, em qualquer nível da estrutura hierárquica da Administração Pública, de implementar as diretrizes de uma política, quando contrárias aos interesses da burocracia de nível de rua, neste caso, os médicos, grupo de profissionais de saúde em que os entrevistados sistematicamente apontaram como os mais resistentes.

Nos estabelecimentos de saúde, identificou-se a atuação do Ministério Público no Hospital 1. O profissional de saúde desse hospital informou que essa unidade de saúde seria a penúltima ou a última a implementar a lei do acompanhante, conforme realmente preconizado pela lei. Esse hospital começou a implementá-la em sua integralidade em 2016 devido à atuação do Ministério Público e, a partir disso, o diretor, em decisão *top down*, mandou que se implementasse a lei. A entrevistada do hospital 6 informou que o Ministério Público também estava “batendo na porta”, mas, até o momento da entrevista, não havia mudanças quanto à implementação da lei. Quiçá esse era o último hospital, a que se referiu o entrevistado do Hospital 1, onde ainda era necessário iniciar a implementação da lei.

No Hospital 7, a entrevistada (PSH7) também informou que a gestão da organização “mandou que se implementasse a lei”. Então, além da sensibilização, houve essa atuação da gestão. Não se considera que a lei do acompanhante foi implementada em sua integralidade, apesar de ser a melhor situação relatada entre todos os entrevistados, porque na cirurgia cesárea o acompanhante não fica na sala de parto, mas ele fica dentro do centro cirúrgico, observando por detrás de um vidro o parto.

De acordo com os dados das entrevistas, considera-se que o *status* da implementação da lei do acompanhante em 2015 não evoluiu nem retrocedeu. Assim, considera-se que foi praticamente mantida a realidade retratada no quadro 14.

4.3. A Ouvidoria do SUS como instrumento de gestão

A Ouvidoria-Geral do SUS faz parte da estrutura do Ministério da Saúde, inserida no organograma da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP. Sua criação encontra guarida na Constituição Federal, artigo 37, que estabelece a participação do cidadão

na Administração Pública. Para o setor saúde, existem diretrizes específicas na Constituição, dos artigos 196 a 200, em que há previsão de participação social no SUS. Essas diretrizes foram regulamentadas por meio da Lei 8.142, de 28 de novembro de 1990. Visando à efetivação de toda essa legislação, foi criada a SGEp, em 2003. Essa Secretaria foi pensada para ser o epicentro responsável por iniciativas ligadas à promoção da participação social. A ParticipaSUS foi elaborada para nortear o exercício das funções dessa Secretaria e dos Departamentos ligados a ela, entre eles a Ouvidoria-Geral do SUS. Finalmente, outra legislação que norteia o trabalho da Ouvidoria-Geral e também das ouvidorias descentralizadas é a Portaria n. 2.416, de 7 de novembro de 2014.

Essa legislação atribui uma série de competências à Ouvidoria-Geral do SUS, responsável por delimitar sua estruturação interna e os processos de trabalho postos em prática. Ela se encontra estruturada para realizar as seguintes atividades: atender a rede de Ouvidorias do SUS descentralizadas nos estados e municípios; realizar o tratamento, encaminhamento, acompanhamento e fechamento das manifestações dos cidadãos; gerenciar a Carta SUS; gerenciar o Serviço de Informação ao Cidadão do Ministério da Saúde; elaborar relatórios temáticos sobre as manifestações recebidas e as informações disseminadas para as áreas gestoras das políticas e dos programas; gerenciar o Disque Saúde 136; e promover pesquisas avaliativas sobre programas de saúde, a partir de solicitação da área gestora do programa.

A Ouvidoria realiza uma avaliação que conta com a participação dos usuários dos serviços de saúde e encaminha todos os dados para a área gestora do programa. Esta, por sua vez, deve analisar essas informações, que podem indicar a manutenção de determinada prática ao longo da implementação do programa ou o contrário.

A pesquisa realizada pela Ouvidoria foi enquadrada pelas Gestoras Federais como uma pesquisa avaliativa. Para Rossi e Freeman (2004); Contandriopoulos (1997); Cohen e Franco (2008); e Jannuzzi (2016) a pesquisa avaliativa utiliza instrumentos cientificamente válidos para investigar o objeto de estudo da avaliação.

De acordo com os depoimentos das Gestoras Federais, observa-se que os dados da Ouvidoria foram percebidos como instrumentos legítimos para o redirecionamento da política no nível federal, como subsídio para as oficinas de sensibilização e como instrumento de gestão para o Grupo Condutor Central da Rede Cegonha.

A gente apresentava os dados da ouvidoria da Rede Cegonha inclusive para avaliar a necessidade de investimentos dos parceiros e da sociedade como um todo na questão do acompanhante, do contato

pele a pele, da violência, do parto respeitoso, do acolhimento e classificação de risco, da vinculação e da peregrinação que nós nacionalmente elencamos como os primeiros a serem acompanhados em nível nacional. (GF1, 2016)

[Com os dados da Ouvidoria] A gente acabou saindo do discurso da militância, em que a gente falava que as coisas aconteciam [violência obstétrica, peregrinação, não implementação da lei do acompanhante, etc.], [fatos] que as pesquisas de violência obstétrica indicavam. [Passamos] Para o dado concreto [proveniente da Ouvidoria-Geral do SUS]. Agora, quando a gente vai pra discussão, a gente demonstra claramente [por meio do dado da Ouvidoria]. (GF2, 2016)

[O dado da Ouvidoria] afetou o grupo condutor que tem um instrumento que é legítimo para a qualificação da gestão. Para aquele Grupo Condutor, ele de fato qualificou a gestão, então as pessoas falavam com propriedade, a gente não está falando o que a gente acha, e, sim, com base no relatório. (GF3, 2016)

Contandriopoulos (1997) distingue a avaliação de políticas públicas da pesquisa avaliativa, colocando-as como perspectivas bastante aproximadas, mas não idênticas. Para ele, a primeira vai além da pesquisa avaliativa; pois, além de utilizar os métodos e as técnicas cientificamente validos, incorpora critérios para o julgamento de valor da intervenção. No âmbito do objeto de estudo analisado, também há uma diferenciação nítida entre a etapa destinada à pesquisa avaliativa, cuja realização ficou restrita à Ouvidoria-Geral do SUS, e a avaliação da política de saúde, que foi realizada primeiramente no nível federal, depois foi encaminhada para a Unidade Federativa. O sentido utilizado para definir o termo pesquisa avaliativa realmente foi observado nesta pesquisa, a Ouvidoria dotou a gestão de dados, cientificamente válidos, para a avaliação da implementação da vinculação, das boas práticas baseadas em evidências científicas e da lei do acompanhante. Sua pesquisa foi um dos *inputs* para a avaliação da RC, que conta com outros instrumentos para seu monitoramento e sua avaliação, conforme as entrevistadas informaram.

Ainda no que diz respeito a essa discussão teórica sobre a diferenciação entre pesquisa avaliativa e avaliação, Cohen e Franco (2008) expõem que a pesquisa avaliativa e a avaliação se entrelaçam, mas não são iguais. Para eles, a pesquisa avaliativa fornece os subsídios a partir dos quais a avaliação continuará a ser feita. Nesse sentido, reitera-se o referido no parágrafo anterior, a pesquisa realizada pela Ouvidoria confirma-se como uma pesquisa avaliativa que dotou a área gestora do Ministério da Saúde das informações necessárias para que se desse continuidade ao processo avaliativo da RC.

Na esteira do raciocínio elaborado por Contandriopoulos (2006), que conceitua a avaliação não apenas como um mecanismo que deve fornecer informações cientificamente válidas, mas também inclui a necessidade delas serem socialmente legítimas, observou-se que a pesquisa avaliativa da Ouvidoria foi exitosa em atender a ambos os critérios no âmbito do Ministério da Saúde. Na visão das gestoras, os dados dessa pesquisa avaliativa trouxeram *inputs* promotores dessa legitimidade social, uma vez que vocalizaram as demandas das usuárias. Na observação participante, foi possível acompanhar uma série de reuniões realizadas entre a Ouvidoria e a área gestora da RC no MS no intuito de a Ouvidoria conhecer as informações que essa área precisava obter. Além disso, as duas áreas construíram os questionários que foram aplicados junto às usuárias do SUS conjuntamente. Para Cohen e Franco (2008), a pesquisa avaliativa é apenas uma etapa da avaliação da política, a qual deve averiguar parâmetros, construir seus indicadores e índices a partir da pesquisa avaliativa e, por fim, realizar as suas análises. Tudo isso em observância com o contexto de implementação, que é muito complexo, multifacetado, variado. A análise do contexto de implementação, por sua vez, era uma etapa que ia além do da pesquisa avaliativa da Ouvidoria. De acordo com as entrevistas das Gestoras Federais, esse segundo momento da avaliação foi conduzido pela apoiadora do Ministério da Saúde junto com o Grupo Condutor da Unidade Federativa. Em seguida, os hospitais foram informados sobre essas informações identificadas. Em cada uma dessas instituições, conforme observado no subcapítulo que analisou os cenários em 2012 e 2015, havia um contexto diferenciado e diferentes ações para enfrentar a baixa implementação da lei do acompanhante, por exemplo, deveriam ser realizadas.

Então, os dados da Ouvidoria são assim: nós periodicamente, de acordo com os relatórios que são enviados a nós, avaliamos o progresso de alguns indicadores. Isso ajuda na tomada de decisão o que nós temos que apoiar mais. Nós temos componente de rede, componente de boas práticas dentro das maternidades, nós também comparamos isso com o PMAQ, atenção básica, porque o PMAQ tem alguns indicadores do pré-natal principalmente e do puerpério, e no monitoramento da Rede Cegonha, a Ouvidoria entra como uma das fontes de dados para avaliação de dados, tomada de decisão. (GF1, 2016)

Silva (2013) conceitua a avaliação de implementação de uma política a partir de uma análise de eficácia. Eficácia, para ela, significa averiguar se aquilo que foi preconizado pelo programa está sendo alcançado conforme previsto.

Em função de que foi tão importante e tão revelador se orientar por esses dados que a gente quer olhar agora se esses aparelhos formadores no âmbito das residências e das especializações, como é

que eles vêm se comportando com relação a esses usuários? Não só ajudou, como foi ampliando o seu escopo e as suas estratégias. (GF2, 2016)

Champagne et al (2011) enfatizam o papel da avaliação para a construção da trajetória futura de uma política. No caso especificamente da avaliação de implementação, os referidos autores assinalam a importância de uma análise detida do contexto de implementação.

A CGSM nos repassava os relatórios [da Ouvidoria] e a gente fazia discussão e isso a gente levava para os grupos condutores, principalmente por cada estado e a gente fazia uma análise daquelas informações, do que aquilo representava no contexto de implementação da RC. (GF3, 2016)

Por meio dos depoimentos acima transcritos, é possível perceber que o processo de avaliação de implementação da RC desencadeado a partir da pesquisa avaliativa da Ouvidoria, no âmbito do Ministério da Saúde, forneceu *inputs* para análise de eficácia, contribuiu para o redirecionamento de ações e impulsionou a análise do contexto de implementação.

Champagne et al (2011) incrementam a contribuição de Cohen e Franco (2008) trazendo a concepção de análise do andamento das ações realizadas, lado a lado com a verificação do contexto de implementação do programa. O contexto de implementação é um componente a ser considerado no caso da GF3, pois ao mesmo tempo que ela acompanhava as ações sob o ponto de vista do MS e, portanto, com uma perspectiva nacional, também acompanhava a implementação no território, indo às reuniões do GCCRC e aos hospitais. Para ela, a implementação sofria fortes nuances de acordo com a região de saúde da Unidade Federativa.

Cabe aqui ressaltar os diferentes níveis de implementação observados por esta pesquisa. No MS, essa avaliação de processo da RC efetivamente se deu orientada pela pesquisa avaliativa da Ouvidoria, mas não se pode esquecer que existe a discricionariedade dos burocratas de nível de rua. Por exemplo, no caso da lei do acompanhante, percebeu-se que o indicador relativo à implementação da lei do acompanhante pouco evoluiu na Unidade Federativa pesquisada, mas as opções concretas para alterar essa realidade no território eram restritas. Isso se explica, em primeiro lugar, pelo fato de o MS só poder induzir a implementação das políticas, já que a Unidade Federativa é autônoma.

Conforme observado na pesquisa, no que se refere à comparação dos cenários de implementação do programa em 2012 e 2015, houve uma resistência da burocracia no caso

dos hospitais 1 e 7 que resistiram à implementação da lei até o momento em que a direção determinou o seu cumprimento. No H3, H6 e H8 foi alegada falta de infraestrutura para a implementação da lei em sua totalidade.

Outro achado desta pesquisa foi a identificação de que a Ouvidoria-Geral do SUS se efetivou como uma instância participativa, de acordo com os atributos necessários para tal, segundo a visão de Paula (2005), Pires (2012) e Carlos (2014). Esses autores afirmam que as IPs são os canais proporcionadores da interlocução entre o Estado e a sociedade.

Paula (2005) expõe, como marcador para que se viabilize uma Instância participativa, a sua capacidade de estabelecer comunicação entre a sociedade e os tomadores de decisões das questões pautadas pelos cidadãos. Segundo as entrevistadas GF2 e GF3, a Ouvidoria possibilitou que algumas pessoas enxergassem a ação do MS por esse mecanismo: “A ouvidoria acaba respondendo a dois grandes objetivos: um de ouvir verdadeiramente, e o outro o de analisar o grau de satisfação efetivo da usuária, de como foi o atendimento e o parto.” (GF 2, 2016). Para GF3 (2016), os dados da Ouvidoria afetaram a gestão, “na perspectiva de a gente ver o que de fato as pessoas enxergam da nossa atenção [assistência à saúde]”.

A Ouvidoria-Geral do SUS também se encaixa em praticamente todos os elementos utilizados para definir uma interface socioestatal, de acordo com Pires e Vaz (2012): interação Estado-sociedade estabelecida e produção de impacto no seio da Administração Pública. Sobre o primeiro ponto, todas as Gestoras do MS ressaltaram essa característica da Ouvidoria. No que diz respeito ao impacto na Administração Pública no âmbito do Ministério da Saúde, foi bastante ressaltado, conforme apresentado anteriormente, o redirecionamento da RC subsidiado a partir do resultado dessa pesquisa avaliativa; mas, no contexto da Unidade Federativa pesquisada, esse redirecionamento nas ações de implementação não pôde ser observado.

Pires (2012) também discute a Instância Participativa como espaço de negociação de conflito. Nesta pesquisa, a Ouvidoria-Geral do SUS revelou-se como um espaço de evidenciação do conflito entre gestores, profissionais de saúde e as usuárias do SUS. Por meio da Ouvidoria-Geral do SUS, foram expostos os eixos do programa que apresentavam déficit de implementação. Desse modo, foram reconhecidas como problema de saúde pública as questões trazidas pelas usuárias, ainda que nem sempre tenham sido tomadas providências efetivas, conforme visto no capítulo que tratou dos cenários em 2012 e 2015.

Segundo a visão de Carlos (2014), as IPs possuem um relevante papel de proporcionar oportunidades políticas, na medida em que são os espaços propícios para a externalização das demandas dos cidadãos. Nessa linha, a Ouvidoria-Geral do SUS promoveu essa oportunidade política pelo fato de ter possibilitado a externalização das demandas das usuárias do SUS. Para que as demandas sejam atendidas, primeiro elas precisam se tornar conhecidas. Essa é uma grande contribuição da Ouvidoria para a Democracia, talvez a maior, mas não se pode esquecer que nem sempre os indicadores de Ouvidoria afetam o processo decisório de uma política pública ou a sua gestão.

Quando se analisam os argumentos de Perez (2004), é possível considerar que a Ouvidoria-Geral do SUS pode ser uma Instância Participativa. Ele suscita que não basta ser um espaço que dê voz às demandas dos cidadãos, seria preciso promover um encaminhamento efetivo. Se se analisar que foi realizada uma pesquisa avaliativa e esta foi entregue para a área responsável pela avaliação do processo de implementação do RC levando à modificação de algumas ações do Programa, ela se concretiza como uma instância participativa dentro do arcabouço trazido pelo autor.

As Gestoras Federais 1, 2 e 3 mencionaram os dados de Ouvidoria como incentivadores de processo educativo. As gestoras 2 e 3 restringiram esse processo educativo às organizações, tanto federal quanto do ente federativo, em uma concepção voltada à aprendizagem organizacional em que reverberaram os dados de Ouvidoria, sendo um aprendizado sobre a implementação do programa.

Incitar as mulheres a falarem sobre a qualidade da assistência ao parto ajuda a colocar a questão de outra forma na comunidade, na sociedade. Então, esse é um valor que a gente nunca estudou, um valor que precisava se falar mais. O que é o Ministério da Saúde ligar e perguntar sobre o parto? Porque, inclusive, as mulheres que tiveram uma assistência ruim, violenta, ela começa a falar ‘então não era pra ser assim, isso não é o carma de ser mulher’. Muitas mulheres encaram o parto violento como se fosse normal, como se fosse pra sofrer mesmo, sabe aquela cultura? Machista? Já que você fez, agora tem que aguentar. É como se o parto em si fosse uma experiência negativa, e o parto é maravilhoso, o que é negativo é a forma como a gente assiste o parto. Então, as mulheres muitas vezes olham que essa forma ruim, violenta, desrespeitosa faz parte do parto. Então, quando você pergunta, o processo de reflexão e amadurecimento de uma sociedade sobre o que é o parto, o que é assistência ao parto, ele muda. Então esse é um grande valor. (GF1, 2016)

No bojo da teoria democrática, Pateman elucida que a principal função da participação é educativa; “educativa no mais amplo sentido da palavra, tanto no aspecto

psicológico quanto no de aquisição de prática de habilidades e procedimentos democráticos”. (Pateman, 1992, p.61)

Ainda de acordo com Pateman (1992), no modelo participativo, exige-se da sociedade que forneça como *input* a participação social, a qual detém a função de alimentar o sistema. Deste deve sair como *output* as políticas públicas e o desenvolvimento de habilidades sociais para que se tenha mais participação, constituindo-se, dessa forma, em um sistema que se retroalimenta. Retirar a usuária do SUS de sua posição passiva e apática, descortinando em seu horizonte todo um debate social existente sobre a assistência ao parto e nascimento, promove não só o engajamento em prol dos direitos de todas as usuárias, mas também retroalimenta o sistema democrático brasileiro.

Na perspectiva das gestoras da Unidade Federativa, os resultados da pesquisa avaliativa da Ouvidoria não subsidiaram uma avaliação da implementação do RC em sua Unidade, como foi avaliado pelas entrevistadas sobre a gestão federal. Para elas, os dados da pesquisa foram apresentados e o ciclo se fechou com isso.

Eu observo é que hoje em dia, [e mesmo em] 2015, o resultado dessa pesquisa que foi feita da Ouvidoria não norteou muito as ações. A gente continua buscando a melhoria dos dados, mas não com o olhar nas respostas da pesquisa, nos dados apresentados pela pesquisa. Tanto que as pessoas que chegaram agora em 2015 [novos componentes do GCCRC] não têm noção disso. Então, a gente já sabia que a realidade vivenciada pelas maternidades era mais ou menos daquela forma que foi retratada pela pesquisa da Ouvidoria, e aqueles eram os desafios que a gente já tentava superar. (GUF2, 2016)

Os depoimentos das três Gestoras sugerem que os dados foram utilizados, principalmente, em apresentações de eventos e oficinas, sendo mencionados como *outputs* originados a partir dos dados da Ouvidoria, a apresentação dos dados no colegiado de maternidades e no Seminário anual da Rede Cegonha; também foi mencionado que a Ouvidoria da Unidade Federativa utilizou como modelo a pesquisa da Ouvidoria-Geral do SUS para observar aspectos específicos de interesse do GCCRC. A estratégia da ouvidoria ativa, portanto, também foi implementada pela Ouvidoria da Secretaria durante certo período, mas não teve continuidade. Foi narrado que a implementação do programa estava indo na direção dos resultados da pesquisa da Ouvidoria, mas não pelo fato de a pesquisa ter apontado e, sim, porque já eram desafios apresentados pelo programa. Informou-se que os dados da Ouvidoria dotaram a gestão de conhecimento, mas que o redirecionamento da implementação não foi pautado por esses dados.

Pode-se perceber com esses depoimentos que os resultados da pesquisa avaliativa da Ouvidoria levaram a uma aprendizagem organizacional também na Unidade Federativa pesquisada, embora não tenha, na visão dos entrevistados, propriamente, impactado na implementação do programa. Por outro lado, é possível observar que houve o fortalecimento da Ouvidoria como Instância Participativa, apesar de que para GUF3 (2016), “há uma relação de amor e ódio entre ouvidoria e gestão, devendo haver mais integração entre elas”. Ela explica que é preciso estimular o uso ativo da ouvidoria, porque o uso passivo, em que “o cliente bate na porta e presta uma queixa, a queixa é registrada e o ouvidor faz uma síntese dessas queixas e leva pro gestor, tem pouca chance de dar certo. Pouca chance, porque o tempo de resposta é muito pequeno, entre a queixa e a resposta da queixa. Fica uma formalidade, só formalidade”.

Sobre a perspectiva dos profissionais de saúde entrevistados – com exceção do PSH1 – ficou difícil conhecer os impactos dos resultados da pesquisa avaliativa da Ouvidoria do SUS, uma vez que eles informaram não se recordar dos dados da Ouvidoria, apesar de terem sido escolhidos por terem participado de pelo menos uma reunião em que foram apresentados os dados. O único profissional que se lembrava dos dados (PSH1) comunicou que não tinha informações sobre quais providências foram tomadas pela instituição a partir da exposição desses dados.

O impacto parcial da Ouvidoria do SUS sobre a Administração Pública traz à tona uma série de reflexões à luz da teoria. Avritzer (2009) argumenta que o desenho institucional das IPs é incompatível com uma estrutura *top-down* e hierárquica de organização da Administração Pública. Ele também traz os seguintes tipos de desenhos institucionais das IPs: *bottom-up*, de compartilhamento de poder e o de ratificação. Dependendo de cada contexto, um se revela mais adequado do que o outro. As estruturas burocratizadas e hierarquizadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde podem ter funcionado como entrave para o alcance da pesquisa avaliativa da Ouvidoria. Uma IP representa um reduto inovador em termos institucionais que está inserido em uma estrutura preconizada por Weber no século XIX.

Na mesma linha, seguem Perez (2004) e Silva (2013), o primeiro autor argumenta sobre a necessidade de a participação social superar o modelo weberiano de Administração Pública, para que ela passe a ser calcada no trinômio participação, legitimidade e eficiência. Silva (2013) corrobora essa visão e põe em relevo o descompasso entre o posicionamento tradicional da burocracia – tecnicista e distanciada da sociedade – e uma nova estrutura que

está em formação, caracterizada pela intensificação da participação social. A Ouvidoria, na medida em que busca a visão das usuárias sobre o SUS, compele à participação social e contribui para a criação de capacidades democráticas na sociedade; mas, ao mesmo tempo, transfere os seus *inputs* para o bojo de uma estrutura que pode estar apresentando dificuldades para o seu processamento adequado.

5 – Considerações finais

Esta pesquisa alcançou os seus objetivos no que diz respeito, primeiro, a identificar quais foram os dados levantados pela Ouvidoria-Geral do SUS referentes às mulheres que realizaram parto pelo SUS. No geral, aproximadamente metade das mulheres vinculadas ao programa conseguiram dar a luz na maternidade para a qual foram referenciadas e as boas práticas baseadas em evidências científicas obtiveram êxito, uma vez que também alcançaram aproximadamente metade das mulheres, ainda em 2012, segundo ano de implementação da Rede Cegonha. Porém, a implementação da lei do acompanhante não apresentou estágio avançado em sua implementação, uma vez que o percentual de mulheres que não tiveram acompanhante na cena do parto alcançou foi maior que 90% em algumas maternidades.

Da mesma forma, em relação à comparação das ações de implementação do Programa Rede Cegonha em 2012 e 2015, foi possível perceber que o grande impulso dado ao eixo da vinculação em 2012 pelo Ministério da Saúde, por meio da contratação das apoiadoras institucionais e do estímulo à criação dos fóruns perinatais, surtiu efeito nos anos posteriores. O objetivo era que essas ações culminassem na elaboração e implementação do mapa de vinculação. Na Unidade Federativa estudada, as negociações com as regiões administrativas de saúde começaram a ser feitas e o mapa de vinculação foi publicado em 2014 com força de lei. Os profissionais de saúde entrevistados perceberam que o mapa de vinculação foi efetivamente implementado nas unidades de saúde. Tanto as Gestoras da Unidade Federativa quanto os profissionais de saúde informaram que a peregrinação (durante o trabalho de parto, a mulher vai a diferentes maternidades em busca de atendimento) diminuiu. Essa percepção está de acordo com a expectativa do Ministério da Saúde de que o mapa de vinculação é um instrumento eficaz para a redução da peregrinação. Em 2015, houve certo arrefecimento quanto às iniciativas para esse eixo, que passou apenas a ter o seu fluxo monitorado.

Quanto às ações voltadas ao eixo das boas práticas, em 2012, o Ministério da Saúde efetuou estratégias voltadas à sensibilização. A Unidade Federativa atuou basicamente

da mesma forma que o Ministério, investindo em ações de sensibilização. A implementação das boas práticas nas maternidades se deu de maneira heterogênea e de modo parcial. A maior parte desses hospitais apresentou mais dificuldade para a diminuição da cirurgia cesárea do que para a implementação do contato pele a pele. Em 2015, a mudança de prioridades do governo estabelecido foi mencionada pelos entrevistados como tendo prejudicado o andamento do processo de implementação da RC na Unidade Federativa. No âmbito das boas práticas, isso foi particularmente difícil, já que elas ainda não tinham se concretizado de maneira fortalecida no território. Foi observado certo retrocesso com relação à sua implementação nas maternidades, sendo uma implementação ainda heterogênea e parcial.

Em 2012, as ações implementadas no que se refere à lei do acompanhante, pelo Ministério da Saúde, focaram em negociações com os gestores das localidades. Enquanto isso, na Unidade Federativa pesquisada, as gestoras realizaram ações, mais uma vez, de sensibilização. Nas maternidades, a implementação da lei se revelou parcial em praticamente todas as maternidades e não implementada em uma delas. Em 2015, não foram mapeadas ações específicas do Ministério da Saúde nem da Unidade Federativa no sentido de fortalecer esse eixo propriamente dito. Tampouco se observaram avanços ou retrocessos em sua implementação nas maternidades.

Quanto à influência da pesquisa avaliativa da Ouvidoria-Geral do SUS na implementação do Programa Rede Cegonha em 2012 e 2015, acredita-se que houve mudança efetiva na implementação da Rede Cegonha, as quais já foram sintetizadas nos três parágrafos anteriores. Não foi detectada, no entanto, relação entre as mudanças identificadas na Unidade Federativa e nos serviços de saúde e os dados levantados pela Ouvidoria-Geral do SUS.

Diante do exposto, conclui-se que a pesquisa obteve êxito em atender o objetivo geral – investigar se os dados provenientes da pesquisa avaliativa da Ouvidoria-Geral do SUS contribuíram efetivamente no processo de implementação do Programa Rede Cegonha. A implementação da Rede Cegonha foi afetada parcialmente pela pesquisa avaliativa da Ouvidoria-Geral do SUS. No contexto do Ministério da Saúde, a percepção das gestoras sobre o papel da pesquisa avaliativa da Ouvidoria era ampliada, revelando uma cultura avaliativa e a apropriação dessa ferramenta para o aperfeiçoamento da gestão. O olhar recaía tanto sobre as usuárias, quanto sobre a gestão. Dessa forma, expôs-se um enquadramento completo sobre o instrumento utilizado. Um dos aspectos que pode ter contribuído para essa compreensão do instrumento foi o fato de que a área gestora do Programa e a Ouvidoria-Geral do SUS trabalharam conjuntamente em várias etapas da pesquisa.

No contexto da gestão do ente federativo, entende-se que essa pesquisa afetou superficialmente a implementação da RC. As gestoras, apesar de terem reconhecido a consistência do método aplicado e que, portanto, tratava-se de um instrumento com dados relevantes, informaram que os dados acabaram por ser tratados como algo que se encerrava em si mesmo. Observou-se que os dados foram expostos com o objetivo de ser feita uma espécie de sensibilização junto aos gestores das regiões de saúde e aos profissionais de saúde. Como a abordagem nesse nível de gestão não foi no sentido de impulsionar uma avaliação em sua completude, o dado alcançou os outros níveis de modo desvirtuado, apenas com uma perspectiva de dar conhecimento sobre a realização da pesquisa e dos dados de modo geral.

Nos serviços de saúde, não foi possível observar que a gestão tenha utilizado os resultados dessa pesquisa avaliativa para aperfeiçoar a implementação da Rede Cegonha. Os profissionais de saúde revelaram desconhecer o papel de pesquisa avaliativa que a Ouvidoria pode exercer e se restringiam a uma visão tradicional sobre essa Instância Participativa, calcada em sua conceituação clássica.

O fato de não ter sido identificada relação entre o resultado da pesquisa avaliativa da Ouvidoria-Geral do SUS e as ações promovidas pela gestão – tanto da Unidade Federativa quanto dos serviços de saúde – pode levar a uma interpretação de que não houve um repasse sistemático desses resultados, com estratégias tanto de sensibilização para recebimento dessas informações como discussão sobre a Ouvidoria como uma Instância Participativa importante no processo de inclusão das usuárias para o aperfeiçoamento do programa.

Essa situação de descompasso pode ter relação com a utilização de um modelo de gestão que se pretende *bottom-up* – impulsionado pela Instância Participativa pesquisada – mas que na prática ainda está amarrada a um modelo weberiano de burocracia, que é *top-down*, com utilização de práticas ainda formais na relação com os entes federativos. Revela-se importante investir mais em transparência, visto que, no caso da pesquisa avaliativa da Ouvidoria, não houve transparência acerca das informações geradas por essa pesquisa, elas não se tornaram públicas nos sítios eletrônicos do MS, por exemplo, apenas foram repassadas em alguns eventos. Também se deve investir na utilização mais efetiva de Instâncias Participativas e em ferramentas inovadoras na relação com os entes federativos. Dessa forma, acredita-se que, paulatinamente, possa se configurar uma gestão mais democrática, levando à superação de alguns déficits de implementação. Sugestões nesse sentido serão apresentadas no item a seguir.

6 – Recomendações

A atuação articulada da Ouvidoria com a área demandante da pesquisa revelou-se bem-sucedida, mas outros passos podem ser dados para que o *input* efetivamente reverbere nos serviços de saúde, como ilustrado na figura 15 a seguir. Nesse sentido, é necessário verificar em que medida a Ouvidoria pode ultrapassar a sua atual função de tão-somente entregar os resultados da pesquisa avaliativa para a área demandante, pois ela poderia realizar o acompanhamento da apresentação dos resultados para as gestões dos estados e dos municípios. Isso produziria oportunidade para repassar essa expertise para outras Ouvidorias do SUS que ainda não realizam pesquisa avaliativa. Enquanto isso, as áreas demandantes, quando do repasse da pesquisa avaliativa em parceria com a Ouvidoria, poderiam estimular uma cultura avaliativa nas localidades.

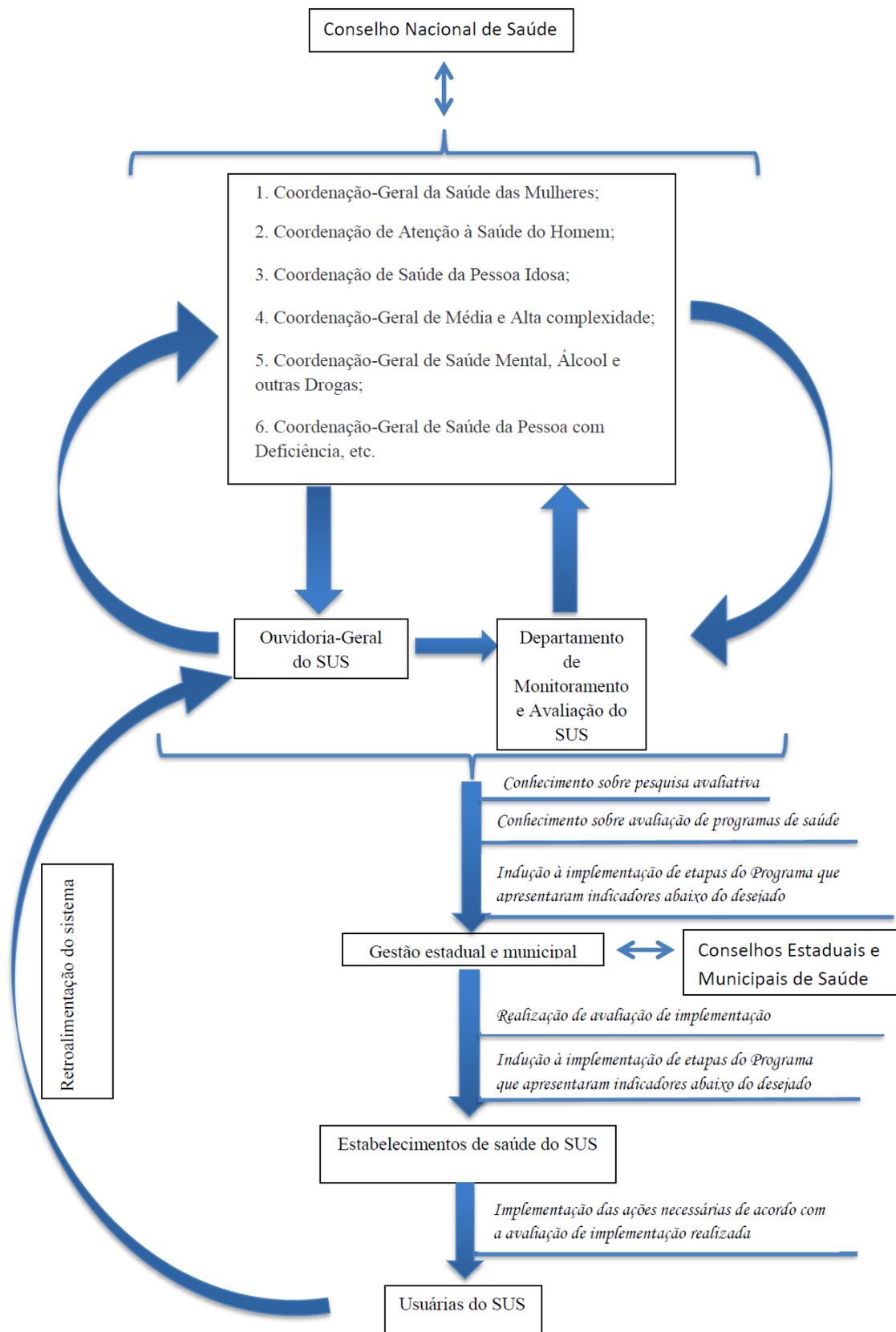
Esse impulso às culturas avaliativas nas localidades deve ser feita conjuntamente com outro setor do Ministério: o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS). Assim, pode-se trabalhar com uma tríade para que se crie um ciclo virtuoso de *input* a partir das usuárias do SUS – avaliação da implementação de um programa de saúde – adequações na assistência ao parto e nascimento ou adequação de qualquer outro serviço de saúde. As três áreas atuando integradamente contribuiriam para o alcance dos objetivos de cada uma das áreas separadamente: a Ouvidoria se efetivaria como instrumento de gestão em todos os níveis, o DEMAS estimularia uma cultura avaliativa em todo o Sistema Único de Saúde e a área gestora diretamente ligada à assistência à saúde lograria crescentes graus de implementação em suas políticas.

Além disso, faz-se necessária a utilização de mecanismos que deem maior transparência às pesquisas avaliativas feitas pela Ouvidoria-Geral do SUS. O objetivo disso é o aperfeiçoamento da gestão de um programa governamental e o aumento do controle social sobre o que é feito a partir dos seus resultados. Para tal, sugere-se que esses dados sejam levados ao conhecimento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Esses conselhos se inserem no modelo institucional intitulado por Avritzer (2009) no tipo compartilhamento de poder. Participam deles representantes de movimentos sociais, de entidades e de usuários. Esses conselhos possuem caráter deliberativo no âmbito do SUS.

Diante disso, sugere-se um fluxo em que o CNS seja cientificado desde a etapa em que a área técnica demande uma pesquisa avaliativa. Depois de feita a pesquisa, os resultados poderiam ser apresentados à área demandante e também ao CNS no intuito de

empoderar os segmentos sociais componentes do Conselho acerca das informações atinentes à situação de saúde da população pesquisada. Isso forneceria os meios para o exercício de maior participação das usuárias no processo de implementação e aumento da capacidade de coordenação entre os entes federados e as áreas gestoras, o que poderia auxiliar a implementação do programa. Acredita-se que ao se efetivar o modelo de atuação demonstrado na figura 15, a Ouvidoria-Geral do SUS teria mais condições de contribuir tanto no processo interno da gestão dos programas de saúde como no aprofundamento da gestão democrática com mais participação das usuárias do Sistema Único de Saúde.

Figura 15. Sugestão de modelo de atuação transversal.



Fonte: elaboração própria.

Referências bibliográficas

- Araujo, O. D. S. (2008). O controle da atividade policial-um olhar sobre a Ouvidoria do Sistema de Segurança Pública do Estado do Pará (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Arretche, M. (2001). Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 43-56.
- Avritzer, L. (2008). Civil society, participatory institutions, and representation: From authorization to the legitimacy of action. *Dados*, 4(SE), 0-0.
- Avritzer, L. (2009). *Participatory institutions in democratic Brazil*. Washington, DC: Woodrow Wilson Center Press.
- Baesso, R. de S. (2013). Ouvidorias: mecanismos singulares de governança. 37º Encontro da ANPAD.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Brasil: Edições 70.
- Beierle, T. C., & Cayford, J. (2002). *Democracy in practice: Public participation in environmental decisions*. Resources for the Future.
- Bezerra, L. C. de A.; CAZARIN, G.; ALVES C. K. de A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. et al. (Org.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011e. Seção 1.
- Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Controladora-Geral da União. *Coleta OGU 2013*. Brasília, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.018, de 21 de dezembro de 2011. Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Rio de Janeiro e aloca recursos financeiros para sua implementação. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011. Seção 1.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.017, de 21 de dezembro de 2011. Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do São Paulo e aloca recursos financeiros para sua implementação. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011. Seção 1.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.060, de 21 de dezembro de 2011. Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado da Bahia e aloca recursos financeiros para sua implementação. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011. Seção 1.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.061, de 21 de dezembro de 2011. Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Pará e aloca recursos financeiros para sua implementação. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011. Seção 1.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.062, de 21 de dezembro de 2011. Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha e Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Minas Gerais e aloca recursos financeiros para sua implementação. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.063, de 21 de dezembro de 2011. Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado de Pernambuco e aloca recursos financeiros para sua implementação. Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.780, de 24 de novembro de 2011. Estabelece recursos financeiros a serem incorporados ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado de Sergipe. Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.030, de 28 de maio de 2012. Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado de Alagoas e aloca recursos financeiros para sua implementação. Diário Oficial da União, Brasília, 2012. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Relatório Gerencial 2011. Acedido 29 de março de 2016, em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/01/relatorio-ouvidoria-2011.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Relatório Gerencial 2012. Acedido 29 de março de 2016, em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/01/relatorio-ouvidoria-2012.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Relatório Gerencial 2013. Acedido 29 de março de 2016, em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/01/relatorio-ouvidoria-2013.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Relatório Gerencial 2014. Acedido 29 de março de 2016, em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/01/relatorio-ouvidoria-2014.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Base de dados da pesquisa avaliativa da Rede Cegonha. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Acedido 28 de março de 2016, em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.416, 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 União, Brasília, 2014, p. 56.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança. Rede Cegonha. Brasília: 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: 2011g.

_____. Câmara dos Deputados. Ouvidorias legislativas. Acedido 28 de março de 2016, em <http://www2.camara.leg.br/>.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Outras Ouvidorias. Acedido em 29 de março de 2016, em <http://www.cnj.jus.br/ouvidoria-page/contato-ouvidorias>.

Brugué, Q. (2008). Transversalidad: del concepto a la práctica, de las ideas a los resultados. IGoP-UAB, Barcelona, INÉDITO.

- Brugué, Q., Canal, R., & Paya, P. (2015). ¿ Inteligencia administrativa para abordar " problemas malditos"? El caso de las comisiones interdepartamentales. *Gestión y política pública*, 24(1), 85-130.
- Buvnich, D. P. R. (2009). Ouvidoria: uma análise de sua utilização como ferramenta de gestão no âmbito da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
- Cardoso, A. S. R. (2010). Ouvidoria pública como instrumento de mudança (No. 1480). Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).
- Cardoso, A. S. R. (2011). Ouvidoria do Ipea: reflexão crítica do nascimento à maturidade (2004-2010).
- Carlos, E. (2014). Interações socioestatais e efeitos institucionais na ação coletiva contribuições da análise relacional autor. In: Martelli, C. G. G., Pires, V., Romão, W. D. M., Lüchmann, L. H. H., Levy, C., Carlos, E., ... & Oliveira, O. P. D. (2014). Participação política no Brasil: ação coletiva e interfaces socioestatais. Coleção PROPG Digital (UNESP).
- Carneiro, R. G. (2015). Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de experiências femininas de parto humanizado. Editora Fiocruz.
- Carvalho, D. S. D., & Novaes, H. M. D. (2004). Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saúde Pública*, 20(s2).
- Cassiolato, M.; Guerresi, S. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: 2010.
- Cavalcanti, P. C. D. S., Gurgel Junior, G. D., Vaconcelos, A. L. R. D., & Guerrero, A. V. P. (2013). A logical model of the Rede Cegonha network. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(4), 1297-1316.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., & Contandriopoulos, A. P. (2011). Modelizar as intervenções. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Coelho, M. O., Jorge, M. S. B., & de Araújo, M. E. (2012). O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 33(3), 440.
- Cohen, E., & Franco, R. (2008). Avaliação de projetos sociais. *Vozes*.
- Cohen, J., & Sabel, C. F. (2004). Global democracy. *NYUJ Int'l. L. & Pol.*, 37, 763.
- Contandriopoulos, A. P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. *Ciência & Saude Coletiva*, vol.11(3):705-712, 2006.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Pineault, R. (1997). A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*, 2, 29-47.
- Dagnino, E. (2004). Sociedad civil, participación e ciudadanía: de que estamos falando. *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización*. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 95-110.
- Davis-Floyd. The technocratic, humanistic, and holistic models of birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, [S.I], v. 75, Supplement 1, p. S5-S3, 2001.
- Denhardt, J. V., & Denhardt, R. B. (2015). The New Public Service Revisited. *Public Administration Review*.
- Diniz, S. G. (2009). Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 19(2), 313-326.
- Elster, J. (1998). *Deliberative democracy* (Vol. 1). Cambridge University Press.

- Donabedian, A. Basic approach to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian), vol. I, pp. 77-125. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. 1980.
- Fernandes, Â. (2009). O Diálogo nas Organizações: a Ouvidoria interna sob a óptica das Relações Públicas (Doctoral dissertation, Tese de doutorado. São Paulo: Universidade São Paulo).
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas [Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions]. *Cad saúde pública*, 24(1), 17-27.
- Fortes, N. D. M (2008). O Papel Das Ouvidorias Públicas De Saúde Como Ferramenta Do Controle Social E Da Gestão Do SUS. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
- Giovanni, M. D. (2014). Rede Cegonha: da concepção à implantação.
- Glaser, B. G. (1978). Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory. *Sociology Pr.*
- Gomes, L. D. O. M. (2014). Processos de mudança institucional: estudos de caso de cinco ouvidorias de agências reguladoras federais. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde. Plano de Ação Regional. Brasília, 2012.
- Guba, E.; Lincoln, Y. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications, 1989.
- Ham, C., & Hill, M. (1995). O processo de elaboração de políticas no estado capitalista moderno. *Tradução de Renato Lunarde Amorim. Campinas-SP: Harvester/Wheatsheaf.*
- Hartz, Z. M. D. A. (1997). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.
- Hartz, Z. M. D. A. (1999). Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & saúde coletiva*, 4(2), 341-353.
- Hill, M. (2006). Implementação: uma visão geral. *Políticas Públicas. Coletânea. Brasília: ENAP*, 2, 61-87.
- Jannuzzi, P. D. M. Monitoramento e avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas. Campinas, SP: Editora Alínea, 2016.
- Lansky, S., Friche, A. A. D. L., Silva, A. A. M. D., Campos, D., Bittencourt, S. D. D. A., Carvalho, M. L. D., ... & Cunha, A. J. L. A. D. (2014). Pesquisa Nascir no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. saúde pública*, 30(supl. 1), S192-S207.
- Lavalle, A. G. (2011). Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. *Efetividades das Instituições Participativas no Brasil: Estratégias de Avaliação*, 33.
- Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy*, 30th Ann. Ed.: Dilemmas of the Individual in Public Service. Russell Sage Foundation.
- Lotta, G. S (2015). Burocracia e Implementação de Políticas de Saúde: Os Agentes Comunitários na Estratégia Saúde da Família. Editora Fiocruz.
- Magalhães Júnior, H. M. (2014). Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade (No. 52). *Revista Divulgação saúde em debate*, Rio de Janeiro.
- Magee, B., Hegenberg, L., & da Motta, O. S. (1974). As idéias de Popper.

- Martelli, C. G. G., Pires, V., Romão, W. D. M., Luchmann, L. H. H., Levy, C., Carlos, E., ... & Oliveira, O. P. D. (2014). Participação política no Brasil: ação coletiva e interfaces socioestatais. Coleção PROPG Digital (UNESP).
- Mendes, E. V. (2011). As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549.
- Miguel, L. F. (2005). Teoria democrática atual: esboço de mapeamento. BIB, São Paulo, 59, 5-42.
- Minayo, M. C. D. S. (2008). O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.
- Moreira, E.; Abreu, D. Células operacionais. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, 2014. Mimeografado.
- Oliveira, Antonio. (2012). Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, 46(6), 1551-1573. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122012000600007>.
- Organização das Nações Unidas. Declaração do Milênio. Nova Iorque, 2000.
- Paula, A. P. P. D. (2005). Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. *RAE-revista de administração de empresas*, 45(1), 36-49.
- Pasche, D. F.; Vilela, M. E. de A.; Giovanni, Miriam Di; Almeida, P. V. B.; Franco Netto, T. de L (2014). Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais (No. 52). *Revista Divulgação saúde em debate*, Rio de Janeiro.
- Pateman, C. (1992). Participação e teoria democrática. Paz e Terra.
- Patton, Michael Quinn (1997). *Utilization-Focused Evaluation: The New Century Text (3rd Edition)*. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Pereira, L. H. (2002). A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. *Sociologias*, 7, 82-121.
- Perez, M. A. (2004). A administração pública democrática: institutos de participação popular na administração pública. Editora Forum.
- Peters, John Durham. (1993), "Distrust of representation: Habermas on the public sphere". *Media, Culture and Society*, 15 (4): 541-571.
- Pires, R., & Vaz, A. (2012). Participação social como método de governo? Um mapeamento das " interfaces socioestatais" nos programas federais (No. 1707). Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. B. (1984). *Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland: or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes*. Univ of California Press.
- Rattner, D., Jones, R. H., Diniz, S. G, Beltrão, R. S., Lopes, A. F. C., Lopes, T. C., Santos, S. M. Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil. In: *Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento*. V. 4.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Santos, A. R; Costa, J. I. P. da; Stahelin, F. C.; Luca, C. de A. (2015). A Produção Acadêmica sobre Ouvidoria Pública: um estudo em eventos e periódicos no período de 2002 a 2013. 39º Encontro da ANPAD.
- Santos, L., & de Andrade, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Interfederal health networks: a challenge to SUS in its twentieth year*.

- Schumpeter, J. A. (1983). *Capitalismo, socialismo e democracia*. Barcelona: Orbi.
- Scriven, M. (1978). *Perspectivas e procedimentos de avaliação*. In: Bastos, L. & Paixão, L., orgs. *Avaliação Educacional II* Petrópolis, Vozes.
- Silva, M. O. D. S. (2011). *Constructing a participatory approach for the evaluation of social policies and programmes*.
- Silva, M. O. D. S. (2013). *Pesquisa avaliativa: aspectos teórico-metodológicos*. São Paulo: Veras.
- Silva, P. L. B., & de Melo, M. A. B. (2000). *O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos*. UNICAMP.
- Silva, S. D. A. M. (2013). *Democracia participativa e processo decisório de políticas públicas: a influência da campanha contra a Alca*. *Sociedade e Estado*, 28(1), 53-74.
- Vázquez, M. L., Silva, M. R. F. D., Gonzalez, E. S. C., Diniz, A. D. S., Pereira, A. P. C., Veras, I. C. L., & Worthen, B.; Sanders, J.; Fitzpatrick, J. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Editora Gente, 2004.
- Weffort, F. C. (2000). *Os clássicos da política* (Vol. 1). Ática.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso-: Planejamento e Métodos*. Bookman editora.
- Zaverucha, J. (2008). *O papel da ouvidoria de polícia*. *Sociologias*, 10(20), 224-235.

ANEXO I

Questionário da Pesquisa Rede Cegonha

Primeira etapa de aplicação: de 10 de maio de 2012 a 18 de junho de 2013

Segunda etapa de aplicação: de 1º de maio de 2013 a 31 de dezembro de 2013

*Perguntas não inseridas no questionário aplicado na primeira etapa de entrevistas

Dados da entrevistada

Nome:

Unidade de Saúde/Hospital onde fez o pré-natal:

Hospital onde teve o último parto:

Data do Parto:

UF:

Município:

Perfil da entrevistada

Idade: _____

Não informado

Estado Civil:

Casada

Solteira

Viúva

Divorciada

Separada

União Estável

Não Informado

Raça/cor:

Branca

Preta

Amarela

Parda

Indígena

Não Informado

Escolaridade:

Não sabe ler/escrever

- Alfabetizado
- Nível Fundamental Incompleto
- Nível Fundamental Completo
- Nível Médio Incompleto
- Nível Médio Completo
- Nível Superior Incompleto
- Nível Superior Completo
- Não Informado

Renda familiar:

- Não tem renda
- Menos de 1 Salário Mínimo
- Entre 1 e 2 Salários Mínimos
- Mais de 2 até 5 Salários Mínimos
- Mais de 5 até 10 Salários Mínimos
- Mais de 10 Salários Mínimos
- Não Informado

Você recebe Bolsa Família?

- Sim
- Não
- Não sei

Perguntas

1. Você recebeu orientações sobre planejamento familiar, ou seja, sobre métodos para evitar a gravidez?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

2. Sua gravidez foi planejada?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

3. Você fez pré-natal durante esta gravidez?

- Sim, pelo SUS (Pular para a pergunta 5)
- Sim, particular ou plano de saúde (Pular para a pergunta 12, 12.1, 12.2, 13, 17 em diante)
- Não (Passar para a pergunta 4 e depois para 12, 12.1, 12.2, 13, 17 em diante)
- Não sabe/Não respondeu

4. Por que você não fez o pré-natal?

- Não recebeu informação
- Não conseguiu consulta
- Não achou importante
- Não sabia que precisava
- Era longe
- Não quis
- Outro Motivo Qual? _____
- Não sabe/Não respondeu

5. Ao iniciar o pré-natal você recebeu a Caderneta ou Cartão da Gestante?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

6. Quantas consultas de pré-natal você realizou pelo SUS?

- 1 a 2
- 3 a 4
- 5 a 6
- 7 ou mais
- Não sabe/Não respondeu

7. Durante o pré-natal você participou de atividades educativas em grupo pelo SUS?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

8. Durante o pré-natal (pelo SUS) você foi informada sobre os benefícios do parto normal?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

9. Quais exames você realizou pelo SUS durante o pré-natal? (pode marcar mais de uma opção).

- Sífilis
- HIV/Aids
- Hepatites
- Exame de sangue para detectar anemia
- Exame de urina
- Exame de sangue para verificar a glicose (açúcar no sangue)
- Ecografia
- Outros

10. De quais exames (realizados pelo SUS) você recebeu os resultados? (pode marcar mais de uma opção).

- Sífilis
- HIV/Aids
- Hepatites
- Exame de sangue para detectar anemia
- Exame de urina
- Exame de sangue para verificar a glicose (açúcar no sangue)
- Ecografia

11. De 0 a 10, que nota você daria para unidade de saúde/hospital do SUS onde você realizou o pré-natal?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Não sabe/Não respondeu

12. Durante esta gravidez você foi internada por alguma complicação no SUS?

- Sim (Passar para a pergunta 12.1 e depois para a 13 em diante)
- Não (Pular para a pergunta 14)
- Não sabe/Não respondeu

13. Qual o principal motivo da internação (no SUS)?

- Hipertensão
- Diabetes
- Infecção Urinária
- Sangramento
- Ameaça de parto prematuro

- Aborto (Responder as perguntas 12.2, 13 e encerrar a pesquisa).
- Não sei
- Outros. Qual? _____
- Não sabe/Não respondeu

14. Qual foi o outro motivo da internação?*

- Ameaça de aborto
- Dores
- Gravidez de risco
- Infecção
- Perda de líquido ou sangue
- Eclâmpsia
- Anemia

15. Se a entrevistada teve um aborto: Durante sua internação por abortamento você se sentiu:

- Bem acolhida/bem atendida
- Agredida verbalmente
- Agredida fisicamente
- Mal acolhida/mal atendida
- Dividiu o espaço com outras mulheres que tiveram seus bebês
- Não sabe/Não respondeu

16. Devido à complicação você foi internada na UTI do SUS?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

17. No pré-natal você foi informada do local que deveria fazer o parto?

- Sim
- Não (Pular para a pergunta 17)
- Não sabe/Não respondeu (Pular para a pergunta 17)

18. Você visitou o local onde deveria ter o parto durante a gravidez?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

19. Você fez parto no serviço de saúde/hospital do SUS que foi indicado?

- Sim
- Não (Passar para a pergunta 16.1)
- Não sabe/Não respondeu

20. Se a cidadã respondeu não na pergunta anterior, sondar o porquê:

- Não achou importante
- Era longe
- Não conseguiu vaga
- Não quis
- Outro motivo Qual? _____

21. Você teve parto no primeiro serviço de saúde/hospital do SUS que procurou?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

22. Qual o meio de transporte utilizado por você para chegar à unidade onde realizou o parto?

- SAMU
- Bombeiros
- Ambulância
- Carro próprio
- Carro de terceiros
- Moto
- Ônibus
- Táxi
- A pé
- Outros
- Não sabe/Não respondeu

23. Você recebeu ajuda para custear o deslocamento para as consultas pré-natais e/ou parto?

(Pergunta retirada do questionário)

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

24. Você considera que esta ajuda contribuiu no deslocamento? (Pergunta retirada do questionário)

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

25. Ao chegar à Unidade de Saúde do SUS para realizar o parto, que nota você daria para a forma como foi recebida, de 0 a 10?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Não sabe/Não respondeu

26. Quanto tempo (aproximadamente) você esperou para ser atendida?

- Até 30 minutos
- 30 minutos a 1 hora
- De 1 a 2 horas
- De 2 a 4 horas
- Mais de 4 horas
- Não sabe/Não respondeu

27. De 0 a 10, que nota você daria às instalações, ou seja, ao espaço físico e aos equipamentos da unidade do SUS onde teve o parto?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Não sabe/Não respondeu

28. Você teve acompanhante de sua escolha durante o procedimento do parto?

- Sim (Passar para a pergunta 24.1 e para a 25 em diante)
- Não (Passar para a pergunta 24.2)
- Não sabe/Não respondeu

29.1 Por quem você foi acompanhada?

- Pelo pai do bebê
- Pela sua mãe
- Pelo seu pai
- Por um(a) amigo(a)
- Pelo seu companheiro (a)
- Pelo (a) irmão (ã)
- Outros. Qual? _____

30. Qual foi a outra pessoa que te acompanhou?*

- O serviço não permitiu
- Não sabia que podia ter acompanhante
- Não deu tempo
- Não tinha acompanhante
- Outros

31. Por que não teve acompanhante?

- O serviço não permitiu
- Não sabia que podia ter acompanhante
- Não quis acompanhante
- Não deu tempo
- Não tinha acompanhante
- Outros
- Não sabe/Não respondeu

32. Qual foi o tipo de parto para ter este filho?

- Normal
- Normal a ferro (fórcps)
- Cesária (Passar para a pergunta 27)
- Não sabe/Não respondeu

33. Em que posição você teve o parto?

- Deitada
- Sentada
- Agachada (cócoras)
- Outros

Não sabe/Não respondeu

34. De 0 a 10, que nota daria ao hospital do SUS em relação ao serviço prestado a você?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

35.1. Durante o procedimento do parto realizado pelo SUS, você passou por alguma dessas situações: (pode marcar mais de uma opção).

Agressão verbal

Agressão física

Não foi ouvida/atendida nas suas necessidades

Foi mal atendida

Outros. Qual: _____

Não sabe/Não respondeu

35.2. Qual foi a outra situação pela qual passou?*

Negligência médica

Parto realizado sem médico

Demora no atendimento

Ambiente sujo e inadequado

Falta de materiais

36. A criança teve alguma complicação após o parto?

Não

O bebê faleceu após o parto (encerrar a pesquisa).

O bebê teve complicações

O bebê nasceu prematuro

Outros. Qual? _____

Não sabe/Não respondeu

37. Qual a outra complicação que a criança apresentou?*

Descontrole glicêmico

Fratura ou deslocamento da clavícula

Infecção

Problema cardíaco

Problema respiratório

- Demorou para nascer
- Aspiração de líquido ou sangue
- Nasceu roxo
- Cordão umbilical enrolado no pescoço

38. A criança foi colocada em seu colo ou no peito para mamar imediatamente após o parto?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

39. De 0 a 10, que nota você daria ao hospital do SUS em relação ao serviço prestado ao bebê?*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Não sabe/Não respondeu

40. Você utilizou algum serviço de saúde do SUS, após o parto?

- Sim
- Não (Passar para a pergunta 32)

41. Se sim, por quê?

- Consulta de rotina da mãe/bebê
- Icterícia do bebê
- Prematuridade do bebê
- Malformação congênita do bebê
- Mastite
- Infecções puerperal da mãe
- Hemorragia da mãe
- Eclampsia da mãe
- Lesão no canal do parto da mãe
- Outros. Qual? _____
- Não sabe/Não respondeu

42. Qual outro motivo te levou a utilizar serviço de saúde do SUS, após o parto?*

(complementando a anterior)

- Descontrole glicêmico do bebê
- Infecção do bebê

- Problema cardíaco do bebê
- Problema respiratório do bebê
- Aspiração de líquido ou sangue do bebê
- Alergia do bebê
- Alteração na pressão da mãe
- Anemia da mãe ou do bebê
- Dores da mãe ou do bebê
- Depressão pós-parto da mãe

43. Quais testes foram realizados pelo SUS em seu bebê (pode marcar mais de uma opção):

- Teste do pezinho
- Teste da orelhinha
- Teste do olhinho
- Outros. Qual? _____

44. Quais vacinas o seu bebê já tomou pelo SUS?

- BCG
- Hepatite B – 1ª dose
- Hepatite B – 2ª dose
- Outros. Quais? _____

45. Quais outras vacinas o seu bebê já tomou pelo SUS?*

- Tetravalente
- Rotavírus
- Sabin/ antipólio/ paralisia
- H1N1
- Meningite

46. Qual a alimentação você tem ofertado a seu bebê?

- Leite materno exclusivo
- Leite artificial exclusivo
- Leite materno e artificial
- Outros

47. Você recebeu a Caderneta da Criança?

- Sim, no hospital onde foi realizado o parto
- Sim, na unidade básica de saúde
- Não
- Não sabe/Não respondeu

48. Depois do nascimento do bebê, você recebeu visita na sua casa de algum agente comunitário de saúde?*

- Sim, até o primeiro mês
- Sim, depois do primeiro mês
- Não – Pular para 38
- Não sabe/Não respondeu – Pular para 38

49. Que nota você daria para a atuação desse profissional, de 0 a 10?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Não sabe/Não respondeu

50. A senhora pagou algum valor para a realização do parto?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

APÊNDICE I

Roteiro de entrevistas semiestruturadas

Público-alvo: gestoras e técnicas do Ministério da Saúde

Objetivo específico a ser atendido pelas entrevistas: averiguar se houve influência dos dados levantados pela Ouvidoria do SUS na implementação da Rede Cegonha em 2015.

1. Qual foi o tratamento dado aos relatórios provenientes da Ouvidoria-Geral do SUS no que se refere à pesquisa realizada com as mulheres que realizaram parto pelo SUS de novembro de 2011 a janeiro de 2013?
2. Quais foram as ações promovidas por esta Área Técnica no que se refere à vinculação da gestante ao local de realização do parto? Você se recorda em que ano essas ações foram implementadas?
3. Quais foram as ações promovidas por esta Área Técnica no que se refere à implementação da lei do acompanhante? Você se recorda em que ano essas ações foram implementadas?
4. Quais foram as ações promovidas por esta Área Técnica no que se refere à implementação das boas práticas baseadas em evidências científicas? Você se recorda em que ano essas ações foram implementadas?
5. Quais foram as ações promovidas por esta Área Técnica no que se refere à implementação da reforma da ambiência? Você se recorda em que ano essas ações foram implementadas?
6. Quais foram as ações promovidas por esta Área Técnica para a implementação desses aspectos (vinculação, lei do acompanhante, boas práticas baseadas em evidências científicas e reforma da ambiência) na unidade federativa? Você se recorda em que ano essas ações foram implementadas?
7. Na sua opinião, os dados da Ouvidoria afetaram a implementação da Rede Cegonha?

APÊNDICE II

Roteiro de entrevistas semiestruturadas

Público-alvo: gestoras(es) da unidade federativa

Objetivo específico a ser atendido pelas entrevistas: averiguar se houve influência dos dados levantados pela Ouvidoria do SUS na implementação da Rede Cegonha em 2015.

1. A senhora se recorda dos dados da Ouvidoria-Geral do SUS?
2. Quais foram as ações promovidas por esta Secretaria de Saúde no que se refere à vinculação da gestante ao local de realização do parto? Você se recorda em que ano essas ações foram implementadas?
3. Quais foram as ações promovidas por esta Secretaria de Saúde no que se refere à implementação da lei do acompanhante? Você se recorda em que ano essas ações foram implementadas?
4. Quais foram as ações promovidas por esta Secretaria de Saúde no que se refere à implementação das boas práticas baseadas em evidências científicas? Você se recorda em que ano essas ações foram implementadas?
5. Quais foram as ações promovidas por esta Secretaria de Saúde no que se refere à implementação da reforma da ambiência? Você se recorda em que ano essas ações foram implementadas?
6. Na sua opinião, os dados da Ouvidoria afetaram a implementação da Rede Cegonha nesta unidade federativa?

APÊNDICE III

Roteiro de entrevistas semiestruturadas

Público-alvo: profissionais de saúde

Objetivo específico a ser atendido pelas entrevistas: averiguar se houve influência dos dados levantados pela Ouvidoria do SUS na implementação da Rede Cegonha em 2015.

1. A senhora se recorda dos dados da Ouvidoria-Geral do SUS?
2. Quais foram as ações promovidas por esta maternidade no que se refere à vinculação da gestante ao local de realização do parto? Você se recorda em que ano essas ações foram implementadas?
3. Quais foram as ações promovidas por esta maternidade no que se refere à implementação da lei do acompanhante? Você se recorda em que ano essas ações foram implementadas?
4. Quais foram as ações promovidas por esta maternidade no que se refere à implementação das boas práticas baseadas em evidências científicas? Você se recorda em que ano essas ações foram implementadas?
5. Quais foram as ações promovidas por esta maternidade no que se refere à implementação da reforma da ambiência? Você se recorda em que ano essas ações foram implementadas?
6. Na sua opinião, os dados da Ouvidoria afetaram a implementação da Rede Cegonha nesta maternidade? (pergunta feita apenas quando se respondia sim à primeira questão)