



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

RELATÓRIO TÉCNICO

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

LARISSA CRISTINA FRANÇA SANTOS

Brasília - DF

2016

RELATÓRIO TÉCNICO

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

LARISSA CRISTINA FRANÇA SANTOS

Relatório Técnico entregue ao Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) da Universidade de Brasília (UnB) e ao órgão pesquisado como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

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

Brasília – DF

2016

Sumário

1. Introdução	4
2. Referencial teórico	5
3. Método	7
4. Resultados e Discussão	8
4.1. Ações da Rede Cegonha a partir de dados da Ouvidoria do SUS	8
4.2. Comparação das ações implementadas pela Rede Cegonha em 2012 e 2015.....	13
4.2.1. O cenário em 2012	13
4.2.2. O cenário em 2015	16
4.3. A Ouvidoria do SUS como instrumento de gestão.....	17
5. Considerações finais.....	17
6. Recomendações.....	21
Referências	24

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.

Nesse contexto, uma série de Instâncias Participativas (IPs) foi criada, principalmente, a partir de 2003 (Pires e Vaz, 2012). Entre elas, situam-se as ouvidorias públicas, que 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. Por meio desse mecanismo, a Rede Cegonha (RC) vem sendo avaliada desde novembro de 2011.

A RC 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). Trata-se de uma política de saúde 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).

Nesse cenário, o presente relatório técnico pretende sintetizar os resultados da pesquisa realizada no âmbito do Mestrado Profissionalizante em Administração Pública da Universidade de Brasília, que teve como objetivo geral investigar em que medida os dados provenientes da Ouvidoria-Geral do SUS afetaram o processo de implementação da Rede Cegonha. Está estruturado em seis seções, incluindo esta introdução. A segunda seção discute os principais temas do referencial teórico: pesquisa avaliativa e avaliação de implementação. A terceira seção aborda o método: a caracterização da pesquisa e as técnicas utilizadas. A quarta apresenta os resultados alcançados, a partir da discussão de três categorias de análise: ações da Rede Cegonha a partir de dados da Ouvidoria do SUS; comparação das ações

implementadas pela Rede Cegonha em 2012 e 2015; e a Ouvidoria do SUS como instrumento de gestão. A quinta seção traz as considerações finais e, por fim, na sexta seção, são apresentadas algumas recomendações para o aperfeiçoamento da implementação do Programa Rede Cegonha, com base na utilização da Ouvidoria-Geral do SUS como um instrumento em potencial para uma gestão mais democrática. Sendo o objetivo geral, portanto, investigar se os dados provenientes da Ouvidoria-Geral do SUS afetaram o processo de implementação da Rede Cegonha.

2. Referencial teórico

Esta seção tratará, de forma resumida, do arcabouço teórico que balizou o presente estudo, principalmente no que se refere à pesquisa avaliativa, avaliação de implementação de programas governamentais e inter-relação Democracia e Administração Pública, uma vez que o estudo se deu sobre a pesquisa avaliativa realizada pela Ouvidoria-Geral do SUS e sua repercussão na implementação do Programa Rede Cegonha.

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.

A partir da pesquisa avaliativa, prossegue-se à avaliação da implementação de um programa governamental que está em processo de execução. 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.

A Ouvidoria-Geral do SUS, por meio da estratégia de ouvidoria ativa, insere-se nesse ciclo de avaliação de uma política de saúde devido à sua capacidade de realizar interface tanto com o usuário dos serviços de saúde quanto com a Administração Pública. Para Pires e Vaz (2012), uma interface socioestatal realiza a interação Estado-sociedade e detém o papel de produzir impacto no seio da Administração Pública.

Perez (2004) situa a participação social na necessidade de se rever o modelo weberiano como único pilar da Administração Pública. Ele ressalta 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. Ainda de acordo com 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.

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 minimize a sua posição tecnicista e distanciada da sociedade – conforme o modelo burocrático preconizado por Weber – e seja calcada no trinômio participação, legitimidade e eficiência, formulado por Perez.

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 que encontra entraves para seu funcionamento na estrutura *top-down* e hierárquica de organização da Administração Pública, teorizada por Weber no século XIX. Avritzer (2009) 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 (2009), o de ratificação, 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.

3. Método

Quanto à caracterização da pesquisa, o tema reside na avaliação da implementação de um programa governamental, por meio da utilização de uma IP, a Ouvidoria do SUS. O seu escopo de estudo é aplicado, a sua esfera de aplicação é pública, a natureza é empírica, o delineamento é descritivo.

O recorte temporal desta pesquisa é transversal, pois foram analisadas as mudanças ocorridas no Programa em 2012 e 2015. O ano de 2012 foi selecionado devido ao fato de o banco analisado ter sido fruto de um inquérito telefônico com as mulheres que realizaram parto pelo SUS entre novembro de 2011 e janeiro de 2013. Já a análise do ano de 2015 ocorreu devido ao relatório final da Ouvidoria ter sido entregue à área gestora da RC no Ministério da Saúde em agosto de 2014.

A amostragem foi não-probabilística, pois a implementação do Programa foi avaliada em uma unidade federativa, selecionada por conveniência. O estudo realizou análise três níveis – federal, na unidade federativa e nos estabelecimentos de saúde. Finalmente, foram analisados apenas dois componentes do programa: pré-natal e parto e nascimento. No âmbito do pré-natal, apenas a vinculação foi analisada. No caso do componente parto e nascimento, foi analisada a implementação das boas práticas baseadas em evidências científicas, dando-se destaque para a lei do acompanhante.

O processo de coleta de dados se deu por meio de três processos: análise documental, entrevistas individuais semiestruturadas e observação. No que diz respeito à análise documental, foram analisadas três tipos de documentação: aquelas provenientes da Ouvidoria-Geral do SUS, as área gestora da RC e as originárias da Secretaria de Estado de Saúde (SES) da unidade federativa pesquisada. As primeiras consistem na análise dos bancos de dados nos quais foram armazenados os microdados dos inquéritos telefônicos. Também foram analisados os relatórios produzidos e enviados à área gestora da RC. 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 no âmbito da

RC. A documentação proveniente da SES consistiu na análise dos relatórios de gestão de 2012.

Após feita essa análise documental, foram analisadas as entrevistas individuais semiestruturadas com três perfis de entrevistados: o primeiro deles se refere às gestoras da RC do Ministério da Saúde (MS); o segundo nível foi o do ente federativo, em que foram entrevistadas gestoras componentes do Grupo Condutor Central da Rede Cegonha; o terceiro nível contou com entrevistas dos profissionais de saúde.

A observação foi realizada junto ao Grupo Condutor de abril a outubro de 2016. Essa instância colegiada se reunia semanalmente e era composto, de maneira permanente, pelas seguintes áreas técnicas: 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.

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, 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. A análise dos documentos e das entrevistas foi feita a partir de três categorias: ações realizadas pela Rede Cegonha, ações efetivamente implementadas e influência da Ouvidoria do SUS. Essa análise de conteúdo foi feita utilizando-se o preceituado por Bardin (2011), que propõe análise a partir da frequência do conteúdo nos documentos e nas entrevistas, organizada conforme categorias, que, no caso desta pesquisa, se deu a partir dos objetivos específicos.

4. Resultados e Discussão

Esta seção está estruturada 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; comparação das ações implementadas pela Rede Cegonha em 2012 e 2015; e a Ouvidoria do SUS como instrumento de gestão.

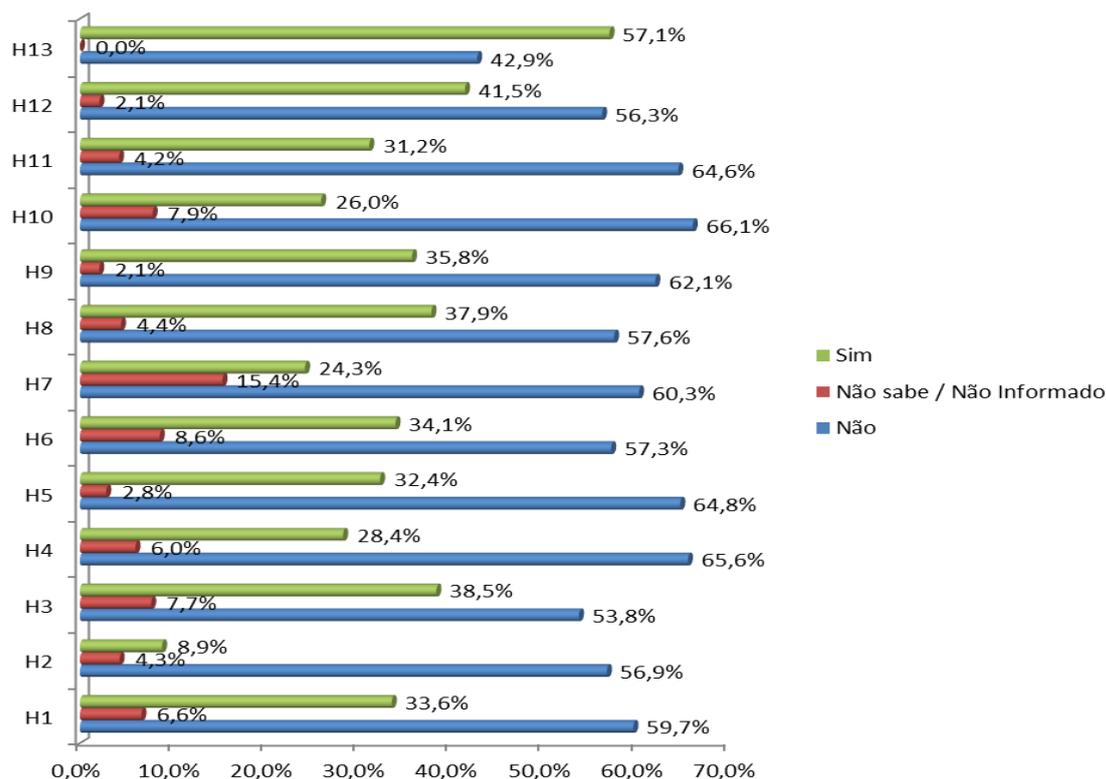
4.1. Ações da Rede Cegonha a partir de dados da Ouvidoria do SUS

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 de três eixos: ações de vinculação, lei do acompanhante e boas práticas baseadas em evidências científicas. O primeiro eixo, explica-se pelo fato de a

Rede Cegonha apresentar como um dos seus objetivos o fim da peregrinação. Com vistas ao alcance desse objetivo, é que confluem uma série de medidas; dentre elas está a vinculação que consiste no cenário em que a gestante, desde o momento do pré-natal, é referenciada pela UBS para o hospital onde deve realizar o parto. O eixo das boas práticas baseadas em evidências científicas consiste na promoção da capacidade técnica para uma assistência adequada que contemple todas as facetas de um ser humano: psicológica, cultural, social, afetiva etc. O sub-eixo de implementação da lei do acompanhante consiste no incentivo à presença do acompanhante em todos os momentos do parto, especialmente no momento expulsivo. Essa boa prática é recomendada pela OMS devido a evidências científicas que correlacionam diminuição da percepção de dor pelas parturientes e a presença dos acompanhantes. Além disso, a lei federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005 determina a sua implementação.

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).

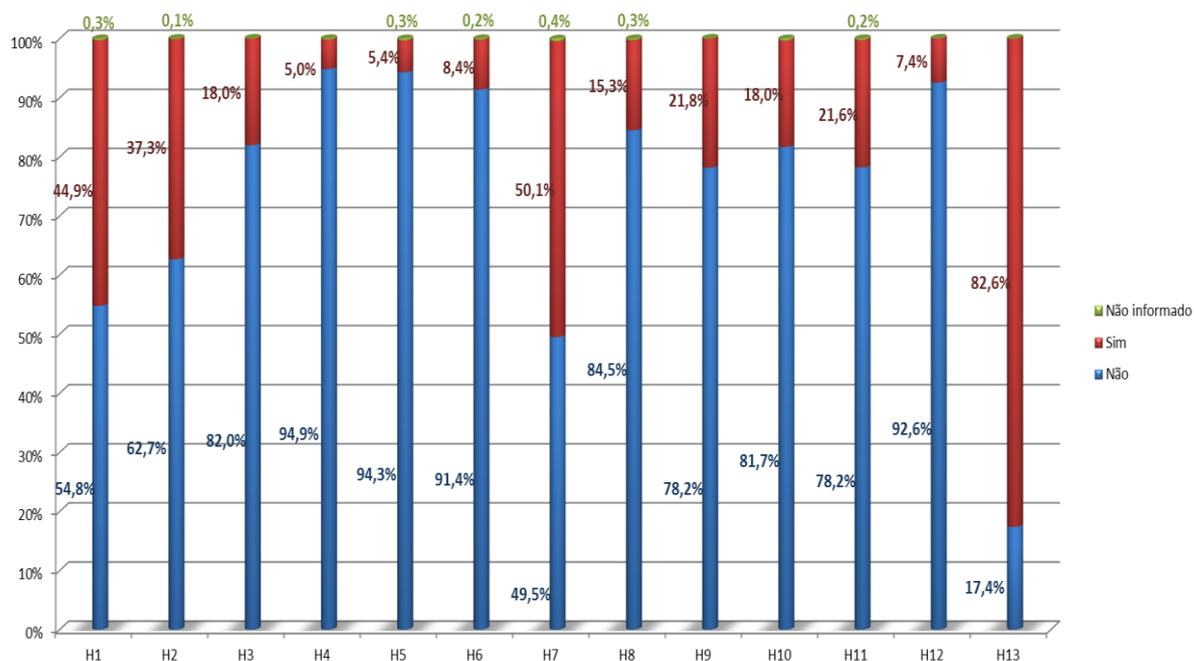
Figura 1. Visitação ao local do parto (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013)



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

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 há 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”.

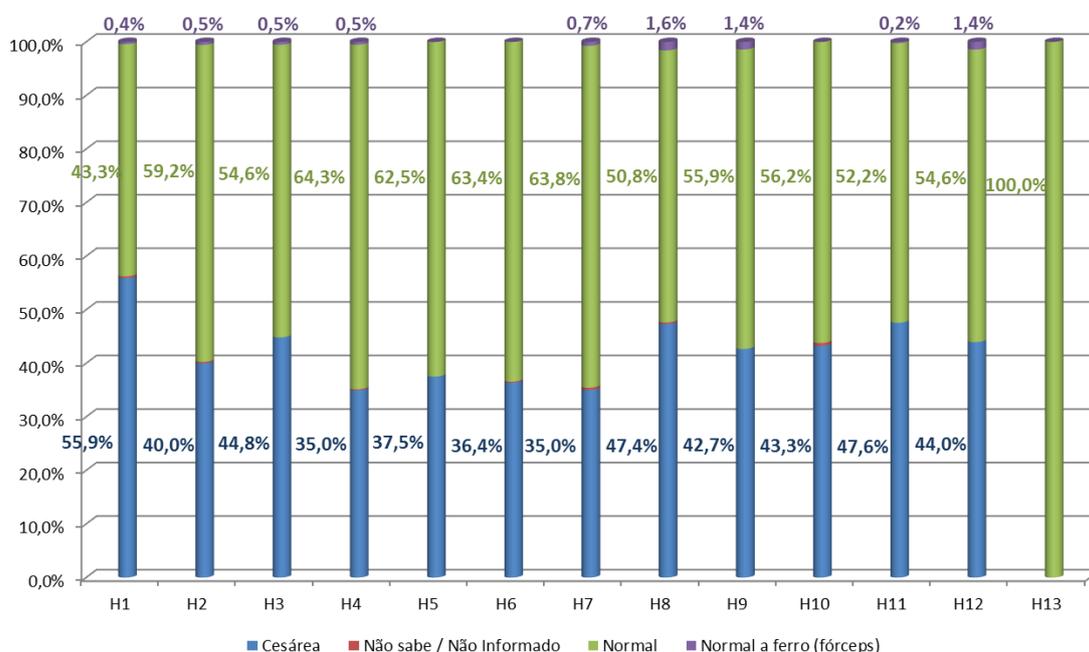
Figura 2. O acompanhante e a cena do parto (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013).



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 bastante negativo. Das 6.163 mulheres entrevistadas, apenas 1.512 contaram com a presença do acompanhante na cena do parto na unidade federativa.

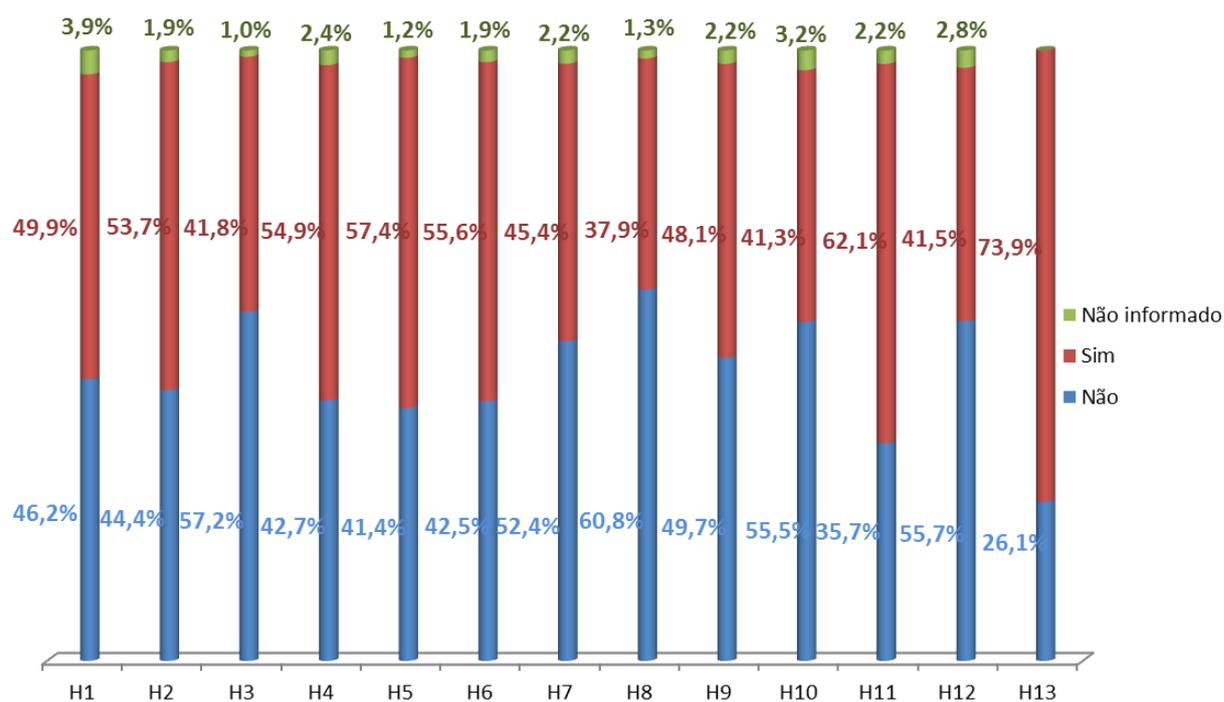
Figura 3. Tipo de parto (período de novembro de 2011 a janeiro de 2013)



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

Na figura 3, 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. Esses indicadores são próximos, mas não idênticos, a partir dos quais podem ser inferidas outras questões subjacentes que podem ter ocorrido no H2 no que se refere à implementação da lei do acompanhante, como resistência da equipe para a implementação da lei. Apenas estudos futuros podem chegar a conclusões mais aprofundadas sobre as razões para a disparidade notada entre esses dois dados.

Figura 4. 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 contato 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).

O pele a pele é uma prática preconizada pela RC nacionalmente e, 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.

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, boas práticas baseadas em evidências científicas e lei do acompanhante. 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

Nesta seção serão abordadas as ações implementadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado de Saúde da Unidade Federativa pesquisada e pelas maternidades pesquisadas no que se referem aos eixos vinculação, boas práticas em evidências científicas e lei do acompanhante, no ano de 2012.

De acordo com a análise do relatório de gestão e das entrevistas semiestruturadas junto às gestoras federais, da Unidade Federativa e das profissionais de saúde, resumem-se as ações impulsionadas nos quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1. 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.

Quadro 2. Síntese das ações realizadas pela Secretaria de Estado de Saúde, no âmbito da vinculação.

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

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

Quadro 3. Síntese das ações realizadas pelos hospitais, no âmbito da vinculação.

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

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

Os quadros 4, 5 e 6 apresentam a síntese de todas as ações identificadas no que se referem às boas práticas.

Quadro 4. 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 obstétrica	Formação em enfermagem obstétrica (GF1)	Criação de multiplicadores no território para a implementação das 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.

Quadro 5. 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 (GEF 1, 2 e 3)	Estímulo à implantação do pele a pele	Percepção de implementação das boas práticas (isso será detalhado na seção destinada à análise do cenário em 2015)
	Visita ao hospital Sofia Feldman (GEF 1 e 2)	Sensibilização para a implementação de boas práticas	
	Indução nos colegiados de maternidades (GEF 2)		
	Apoio aos agentes multiplicadores (GEF 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.

Quadro 6. Síntese das ações realizadas, no âmbito das boas práticas, pelos profissionais de saúde.

Documentos: entrevistas.

Hospital	Ações	Objetivo intermediário
1	1. Processo educativo no curso de gestantes; 2. Enfermeiras obstetras.	Percepção de não implementação das boas práticas.
2	1. Enfermeiras obstetras.	Percepção de implementação parcial das boas práticas.
3	1. Sensibilização.	Percepção de implementação parcial das boas práticas.
6	1. Sensibilização.	Percepção de implementação das boas práticas
7	1. Sensibilização	Percepção de implementação parcial das boas práticas.
8	1. Enfermeiras obstetras; 2. Neonatologistas.	Percepção de implementação parcial das boas práticas.

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

Os quadros 7, 8 e 9 apresentam a síntese de todas as ações identificadas no que se referem às boas práticas.

Quadro 7. Síntese das ações realizadas, no âmbito da lei do acompanhante, pelo Ministério da Saúde.

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.

Quadro 8. Síntese das ações realizadas pela Secretaria de Estado de Saúde, no âmbito da implementação da lei do acompanhante.

Ações – relatório de gestão	Ações – entrevistas GD	Produto	Objetivo intermediário
-	Utilização de estratégias de sensibilização (GD 1, 2 e 3)	Produção pontual de mudança de cultura sobre o tema (GD 1 e 2)	Percepção de garantia do acompanhante em algumas unidades de saúde. (GD 1 e 2)

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

Quadro 9. Síntese das ações realizadas pelos Hospitais, no âmbito da implementação da lei do acompanhante.

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

Hospital	Ações	Objetivo intermediário
		parcialmente na cirurgia cesárea
8	1. Formação em enfermagem obstétrica; 2. Curso de doula e 3. Sensibilização.	Garantia do acompanhante no parto normal

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

4.2.2. O cenário em 2015

Os quadros 10, 11 e 12 apresentam a ação identificada no que se refere à vinculação, às boas práticas e à lei do acompanhante.

Quadro 10. 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, entrevistas com gestoras federais, com as gestoras da Unidade Federativa e com as profissionais de saúde.

Quadro 11. 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 e 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.

Quanto à 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.

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 9.

4.3. A Ouvidoria do SUS como instrumento de gestão

A pesquisa realizada pela Ouvidoria foi enquadrada pelas gestoras federais como uma pesquisa avaliativa. Outro resultado de pesquisa foi a identificação de que, na percepção dessas entrevistadas, a Ouvidoria-Geral do SUS se efetivou como uma instância participativa, realizando tanto a interlocução com as usuárias quanto contribuindo para o redirecionamento da Rede Cegonha.

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. Já a gestora federal 1 encaminhou a sua fala sobre o processo educativo para as usuárias do SUS e a sociedade como um todo. Revelando percepção acerca do impacto democrático que a Ouvidoria pode apresentar.

Quando se analisam as entrevistas das gestoras da Unidade Federativa, a perspectiva é bastante diferenciada. Constatou-se que os dados ainda foram enquadrados enquanto uma pesquisa avaliativa; mas, na percepção das entrevistadas, essa pesquisa avaliativa não subsidiou uma avaliação da implementação, conforme ocorreu na gestão federal. Os dados foram apresentados para a rede da Unidade Federativa e o ciclo se fechou aí.

Quanto aos serviços de saúde, não foi possível observar que o resultado da pesquisa avaliativa realizada pela Ouvidoria conseguiu reverberar nas maternidades, conforme constatado a partir da análise de conteúdo das entrevistas realizadas com as profissionais de saúde. Todas as profissionais de saúde entrevistadas – com exceção da PSH1 – informaram não se recordar dos dados da Ouvidoria, apesar de terem sido escolhidas por terem participado de pelo menos uma reunião em que foram apresentados os dados. A única profissional que se lembrava da pesquisa avaliativa (PSH1) comunicou que não tinha informações sobre quais providências foram tomadas pela instituição a partir da exposição desses dados.

5. Considerações finais

No geral, aproximadamente metade das mulheres vinculadas ao programa realizaram o parto na maternidade para a qual foram referenciadas e as boas práticas baseadas em evidências científicas obtiveram relativo 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 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 as 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 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, 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.

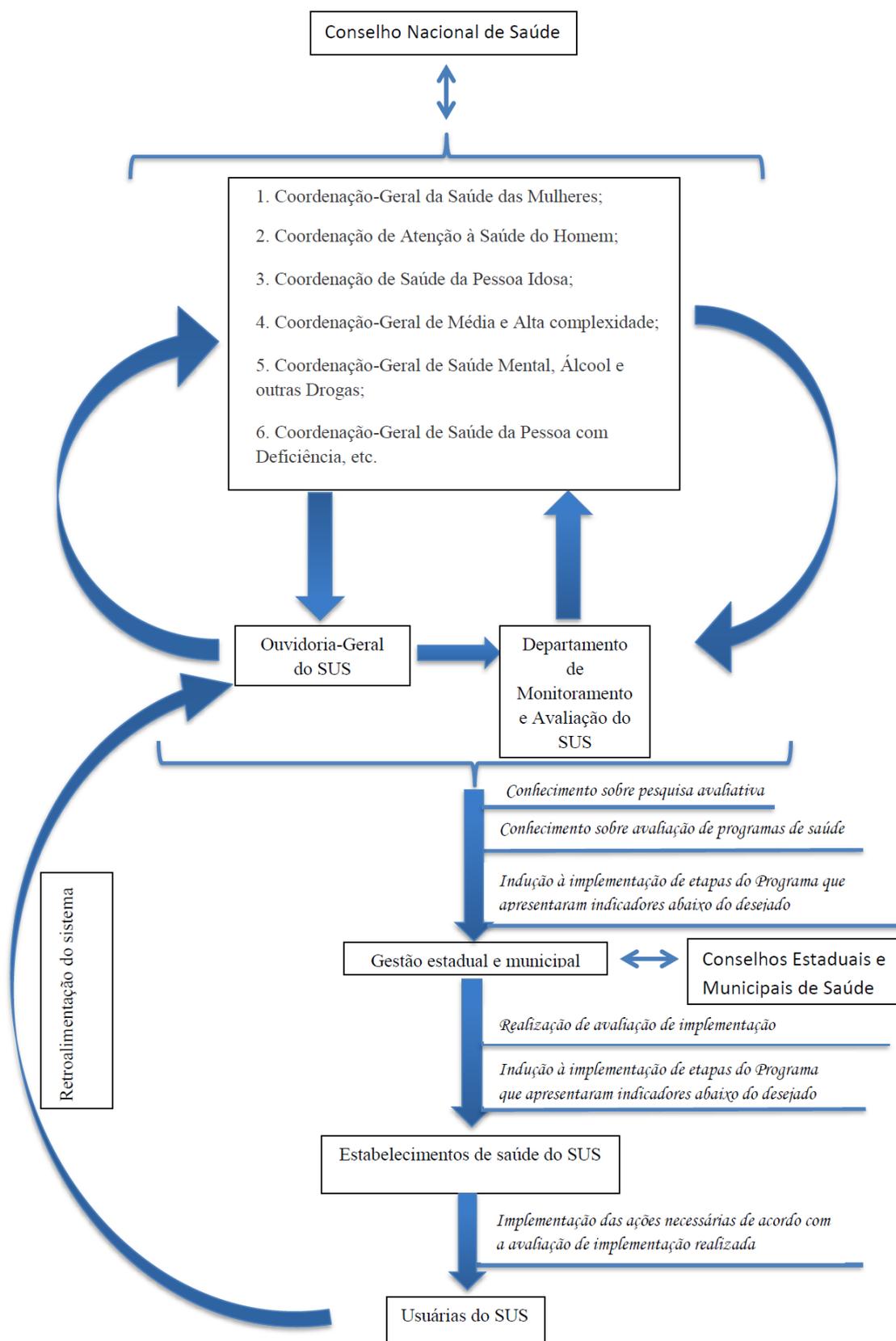
Esse impulso às culturas avaliativas nas localidades deve ser feita conjuntamente com outro setor do Ministério: o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMÁS). Assim, pode-se trabalhar com uma tríade para que se crie um ciclo virtuoso do *input* gerado a partir das usuárias do SUS. As três 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 DEMÁS 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 poderia aumentar a capacidade de

coordenação entre os entes federados e as áreas gestoras, auxiliando 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 5. Sugestão de modelo de atuação transversal.



Fonte: elaboração própria.

Referências

- Anderson, G. C. (1991). Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 11(3), 216-226.
- Avritzer, L. (2009). *Participatory institutions in democratic Brazil*. Washington, DC: Woodrow Wilson Center Press.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Brasil: Edições 70.
- Brasil (2014). Ministério da Saúde, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. *Microdado do inquérito telefônico realizado com as mulheres que realizaram parto pelo SUS de novembro de 2011 a janeiro de 2013*.
- Cohen, E., & Franco, R. (2008). *Avaliação de projetos sociais*. Vozes.
- 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.
- 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.
- Perez, M. A. (2004). *A administração pública democrática: institutos de participação popular na administração pública*. Editora Forum.
- 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).
- 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.
- Silva, M. O. D. S. (2013). *Pesquisa avaliativa: aspectos teórico-metodológicos*. São Paulo: Veras.
- World Health Organization and Human Reproduction Program. *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. 2015. Acedido em 7 de novembro de 2015:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/