

Domício Aurélio de Sá  
Garibaldi Dantas Gurgel Júnior  
Michelle Vieira Fernandez  
Rafael da Silveira Moreira

ORGANIZADORES



# OUVIDORIA DO SUS

a voz do cidadão  
e resultados de pesquisas

Domício Aurélio de Sá  
Garibaldi Dantas Gurgel Júnior  
Michelle Vieira Fernandez  
Rafael da Silveira Moreira  
ORGANIZADORES

# OUVIDORIA DO SUS

a voz do cidadão  
e resultados de pesquisas



RECIFE  
2019

## Universidade Federal de Pernambuco

*Reitor:* Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

*Vice-Reitora:* Florisbela de Arruda Camara e Siqueira Campos

EDITORA ASSOCIADA À



### Editora UFPE

*Diretor:* Lourival Holanda

*Vice-Diretor:* Diogo Cesar Fernandes

*Editor:* Flávio Emmanuel Pereira Gonzalez

### Comissão Editorial

Alex Sandro Gomes

Amilcar Almeida Bezerra

Carlos Newton de Souza Lima Júnior

George Félix Cabral de Souza

Gisélia Alves Pontes da Silva

Juliana Souza Oliveira

Marcus André Barreto Campelo de Melo

### Editoração

*Revisão de texto:* Christina Malta

*Projeto gráfico:* Ildembergue Leite

### Catálogo na fonte

Biblioteca Kalina Lígia França da Silva, CRB4-1408

O95 Ouidoria do SUS [recurso eletrônico] : a voz do cidadão e resultados de pesquisas / organizadores : Domicio Aurélio de Sá... [et al.]. – Recife : Ed. UFPE, 2019.

Vários autores.

Inclui referências.

ISBN 978-85-415-1143-8 (online)

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Serviços ao cliente. 2. Ouvidorias – Brasil. I. Sá, Domicio Aurélio de (Org.).

362.10981

CDD (23.ed.)

UFPE (BC2019-068)

Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.



## OUVIDORIA

Canal de cidadania

Sua opinião é muito importante

Contato a qualquer instante

Informa com garantia

Gestão com democracia

População é quem conduz

Sobre a atenção que produz

Pesquisa à satisfação

Dando voz ao cidadão

Nossa Ouvidoria do SUS

*Domício Aurélio de Sá*

# Sumário

Prefácio	7
Nísia Trindade Lima	

Apresentação	11
Garibaldi Dantas Gurgel Júnior, Michelle Vieira Fernandez	

## PARTE I

### A Ouvidoria do SUS: características, perfil das demandas e análise de dados

1. As ouvidorias públicas na democracia brasileira: o caso das ouvidorias do SUS	17
--	----

Michelle Vieira Fernandez, Garibaldi Dantas Gurgel Júnior, Domício Aurélio de Sá, Kátia Rejane de Medeiros, Rafael Vulpi Caliarí

2. Ouvidoria do SUS: história, estrutura e funcionamento	35
--	----

Maria Nazaré Abreu Oliveira, Deulma Lustosa Nogueira, Vaneuza Nascimento Santos Andrade, Guilherme Otávio Figueiredo Grili, Michelle Vieira Fernandez

3. Demandas dos cidadãos brasileiros por meio do Sistema OuvidorSUS	53
---	----

Jessyka Mary Vasconcelos Barbosa, Garibaldi Dantas Gurgel Júnior, Guilherme Otávio Figueiredo Grili, Domício Aurélio de Sá, Islândia Maria de Carvalho de Sousa

4. Caracterização das demandas e perfil dos cidadãos demandantes da Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde	67
---	----

Vanessa Souto de Melo, Islândia Maria Carvalho de Sousa, Jessyka Mary Barbosa Vasconcelos, Guilherme Otávio Figueiredo Grili, Márcio André Paysan de Jesus

5. Neoplasias mamárias no Brasil: o que dizem gestores, usuárias e os sistemas de informação do SUS 87

Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos, Aletheia Soares Sampaio, Domício Aurélio de Sá, Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

## PARTE II

### Programa Rede Cegonha: resultados de pesquisa

6. Rede Cegonha: uma política de atenção à saúde materno-infantil no Brasil 114

Michelle Vieira Fernandez, Kátia Rejane de Medeiros, Domício Aurélio de Sá, Flávia Silvério de Souza Sobrinho, Maria Nazaré Abreu Oliveira

7. A qualidade do pré-natal no Brasil 126

Rafael da Silveira Moreira, Camila Pimentel Lopes de Melo, Julyana Viegas Campos, Jessyka Mary Vasconcelos Barbosa, Vaneuza Nascimento Santos Andrade

8. As boas práticas obstétricas na atenção ao parto no Brasil 144

Rafael da Silveira Moreira, Julyana Viegas Campos, Camila Pimentel Lopes de Melo, Jessyka Mary Vasconcelos Barbosa, Maria Helena Ferreira de Azevedo

9. Más práticas e violência institucional durante o parto: uma abordagem a partir do programa Rede Cegonha 166

Rafael da Silveira Moreira, Camila Pimentel Lopes de Melo, Julyana Viegas Campos, Flávia Silvério de Souza Sobrinho, Vaneuza Nascimento Santos Andrade

10. A satisfação das gestantes com o atendimento obstétrico no SUS 185

Rafael da Silveira Moreira, Julyana Viegas Campos, Camila Pimentel Lopes de Melo, Marília Greidinger Carvalho, Lorena Magalhães Guedes Ferreira Brito

- Sobre os autores 206

## Prefácio

Em um país caracterizado pelo tardio reconhecimento dos direitos de cidadania, processos de grandes transformações e impacto no cotidiano da população foram seguidamente implementados sem canais de participação, ou mesmo de ausculta e diálogo. O povo teve que se valer dos poucos meios acessíveis, e o fazia não na forma de pleito, mas de “queixas”, conforme o belo registro feito pelo historiador Eduardo Silva, no livro *Queixas do povo*<sup>1</sup>. Nele são analisadas cartas de leitores a uma coluna do Jornal do Brasil com o mesmo título e, dessa forma, reconstruídos os cenários, as críticas e a percepção popular sobre a expansão urbana e seus impactos negativos no Rio de Janeiro da década de 1910. Seja na então capital da República, seja em distintos municípios brasileiros, a voz e a participação da sociedade, sobretudo das camadas populares, só se fizeram perceber de modo mais efetivo, ainda que com conhecidas limitações, a partir da Constituição de 1988.

Denominada Constituição Cidadã, a carta que restabeleceu a democracia no sistema político brasileiro adotou o princípio da participação popular e teve no direito à saúde, base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos pontos centrais na inflexão do que o cientista político Wanderley Guilherme dos Santos definiu como cidadania regulada, estabelecida durante o

---

1 Silva, E. *Queixas do povo*. São Paulo: Paz e Terra, 1988.

Estado Novo, e que consignava direitos sociais a algumas categorias de trabalhadores, cuja ocupação era reconhecida e regulada pelo poder público, deixando de fora trabalhadores informais e trabalhadores rurais, ou seja, a grande maioria da população<sup>2</sup>. Após mais de quatro décadas, ao se estabelecer junto com o direito à saúde o princípio da participação e controle social, criavam-se as condições para o fortalecimento do exercício da cidadania em todas as suas formas – social, política e civil.

E é esta visão alargada de cidadania que inspira o conjunto de estudos reunidos em *Ouvidoria do SUS: a voz do cidadão e resultados de pesquisas*. Trata-se de uma obra que vem preencher uma importante lacuna de conhecimento a partir de pesquisas voltadas para a análise de dados reunidos pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Resultado de cooperação institucional entre a Fiocruz Pernambuco e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), a qual estava vinculado o referido departamento, ela reúne evidências e análises de inequívoca contribuição para o estudo de políticas de saúde e serviços prestados pelo SUS, vistos pela ótica do cidadão usuário, conforme acertadamente os autores denominam os usuários do sistema.

No processo de descentralização, decorrente da implementação do SUS, e de criação de mecanismos de controle pela sociedade, as Ouvidorias do SUS, disseminadas em todo o país, vieram se somar às Conferências e Conselhos de Saúde, presentes em todos os níveis de governo. Ainda que sempre seja um difícil exercício o estabelecimento de marcos de origem, os organizadores apontam a gênese das Ouvidorias do SUS na estratégia de enfrentamento da pandemia de AIDS, em 1996, por meio do serviço de ligação telefônica – Pergunte AIDS. Contudo, a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

---

2 Santos, W. G. dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

(SGEP) pelo Ministério da Saúde, em 2003, é considerada o fato mais significativo para o reconhecimento do papel das Ouvidorias no conjunto de ações voltadas para a participação cidadã.

A obra vai além de historiar esse processo de implantação, dedicando-se a analisar o perfil dos cidadãos usuários, de suas demandas, além de se deter na análise de algumas pesquisas realizadas a partir das bases de dados organizadas pelo Doges. Um achado positivo é verificar que, considerando-se a tipologia das manifestações dos cidadãos junto à Ouvidoria, as solicitações superam as denúncias e reclamações em quase todos os anos examinados. Aos cidadãos não interessa limitar sua manifestação a um protesto ou denúncia, trata-se de reivindicar atendimento ou acesso a ações ou serviços de saúde.

No que se refere a pesquisas sobre temas específicos, destacam-se estudos sobre neoplasias mamárias e avaliação de práticas de pré-natal e obstétricas constitutivas do programa Rede Cegonha. Trata-se, assim, de contribuição relevante, ao reunir conhecimento original sobre o perfil dos cidadãos e de suas demandas e, ao mesmo tempo, divulgar resultados de investigações que complementam as observações e análises sobre câncer de mama e extensas pesquisas epidemiológicas sobre nascimento no Brasil. No caso dessas últimas, é interessante observar a importância da percepção das mulheres, como propõem os autores da presente obra. Suas conclusões vêm se somar, de forma bastante positiva, ao crescente interesse pela mudança nas políticas públicas relacionadas ao parto, conforme verificamos no estudo *Nascer no Brasil*<sup>3</sup>, coordenado pela pesquisadora Maria do Carmo Leal. Ao privilegiar as mulheres e suas percepções sobre os serviços e o cuidado, os autores demonstram o potencial analítico dos dados reunidos pelas Ouvidorias. Em outras palavras, além

---

3 Dados e análises relacionados a essa pesquisa vêm sendo publicados na forma de artigos e livros. Para uma visão sobre a abrangência do estudo realizado, ver *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, 2014.

de serem cruciais para a participação e o controle social, elas se constituem em importante instrumento para a geração de fontes para a pesquisa e evidências para o aperfeiçoamento do SUS.

Por essas razões, a leitura de *Ouvidoria do SUS* demonstra a grande potencialidade do sistema de participação social construído a partir da Constituição de 1988, sem deixar de apontar seus limites e desafios. E não existe maior desafio para o país do que a superação de seu traço histórico mais persistente: as desigualdades sociais, apenas passíveis de serem devidamente analisadas e superadas quando as inserimos na discussão sobre democracia e cidadania. Para tanto, é crucial que não tenhamos apenas canais para as “queixas do povo”, mas que possamos efetivar canais para a voz, as demandas e a participação cidadã.

Rio de Janeiro, 13 de agosto de 2019.

*Nísia Trindade Lima*

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz

## Apresentação

A partir da Constituição Federal de 1988, a participação cidadã na elaboração, formulação e controle das políticas públicas foi adotada como princípio constitucional, no Brasil. Nesse contexto histórico de construção da democracia participativa tem sido preocupação legítima de vários governos que se sucedem a criação de espaços institucionais e possibilidades de abertura de canais que viabilizem esse princípio. Inserida desde a gênese do Sistema Único de Saúde, a participação da sociedade nas políticas de saúde se consolida através da institucionalização da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), que eleva o controle social a uma posição estratégica na estrutura do Ministério da Saúde e viabiliza, em paralelo, a possibilidade de ausculta direta do cidadão usuário pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges)<sup>1</sup>.

A Política Nacional de Ouvidorias, sob responsabilidade direta desse órgão gestor nacional, induz a expansão dessa experiência para todo o território brasileiro, com vistas a estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas que permitam a interlocução formal e direta entre os cidadãos usuários e os gestores da saúde, em todos os níveis da administração pública.

---

<sup>1</sup> No Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, que modificou a estrutura regimental do Ministério da Saúde, o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges) passou a chamar-se Ouvidoria-Geral do SUS, vinculada agora à Diretoria de Integridade (Dinteg).

Esse processo se insere no esforço de avaliação dos serviços prestados pelo poder público aos seus destinatários finais, na condição de demandantes das ações de saúde. Esse processo de trabalho em escala nacional passa a ser instrumentalizado pelo Sistema OuvidorSUS, que articula novas possibilidades em relação às respostas das organizações integrantes de um dos maiores sistemas públicos e universais do mundo, com amplo potencial de aperfeiçoamento contínuo em busca da qualidade exigida pela sociedade. Dessa forma, o Doges atua permanentemente através da comunicação direta para o fomento à participação social, à disseminação de informações em saúde e à constante realização da mediação formal entre as necessidades dos usuários e os gestores públicos do sistema de saúde descentralizado.

O trabalho da Ouvidoria-Geral do SUS conta com o suporte da academia, tanto naquilo que diz respeito a subsidiar as necessidades das áreas técnicas para o acompanhamento sistemático dos serviços, programas e políticas de saúde, quanto para a análise do riquíssimo material coletado diretamente pela equipe do Núcleo de Pesquisas, por meio dos canais de manifestação dos usuários. Dessa forma, em estreita conexão com a missão institucional da Fiocruz Pernambuco, apresentamos um dos resultados do processo de cooperação institucional, formalmente conduzido pelo Termo de Cooperação 78/2012, cuja publicação é uma amostra das possibilidades de produção de conhecimento novo e de evidências para subsidiar o debate institucional sobre os serviços prestados pelo SUS.

Assim, este trabalho monográfico traz um conjunto de textos científicos, fruto do esforço da presente cooperação interinstitucional, sob responsabilidade operacional do Núcleo de Pesquisas do Doges (Nupe), da Área de Gestão da Informação do Doges (AGI) e do Instituto Aggeu Magalhães (IAM), através do Núcleo de Saúde Coletiva (Nesc). Essa parcela do material

empírico, compilado aqui sob a forma de livro, é patrimônio do SUS e deve ser destinado a todos aqueles que desejam entender o funcionamento do sistema público de saúde brasileiro, com o objetivo de aumentar sua capacidade efetiva de resposta institucional aos cidadãos.

O livro está dividido em duas partes, cada uma com cinco capítulos. A parte I, que vai do capítulo 1 ao capítulo 5, denomina-se “A Ouvidoria do SUS: características, perfil das demandas e análise de dados”. O capítulo 1, intitulado “As ouvidorias públicas na democracia brasileira: o caso das ouvidorias do SUS”, analisa o panorama histórico-estrutural das mudanças institucionais que levaram à criação das ouvidorias no Sistema Único de Saúde, como uma política nacional, dentro do contexto da reforma do Estado brasileiro, com destaque para o processo de pactuação, cujo objetivo é instituir a democracia participativa na gestão pública da saúde, no Brasil. O capítulo 2, com o título “Ouvidoria do SUS: história, estrutura e funcionamento”, trata, mais especificamente, da criação do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges), como instância formal da estrutura do Ministério da Saúde, responsável pela implementação da política de descentralização das ouvidorias. Numa perspectiva descritiva e historiográfica, esse capítulo detalha o processo de trabalho e funcionamento administrativo do Doges, dentro da missão institucional e dinâmica interna da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP).

Os três capítulos que se seguem trabalham empiricamente com dados recebidos e compilados pelo Doges. O capítulo 3, “Demandas dos cidadãos brasileiros através do Sistema OuvidorSUS”, tem como objetivo caracterizar as demandas dos usuários do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e correlacioná-las às características sociodemográficas e econômicas dos demandantes para compreender o comportamento do cidadão que utiliza os canais de participação do Sistema

OuvidorSUS numa perspectiva descritiva e analítica, a partir da tipificação normativa e categorização dessas manifestações. O capítulo 4, “Caracterização das demandas e perfil dos cidadãos demandantes da Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde”, objetiva descrever categoricamente as manifestações dos cidadãos brasileiros registradas no Sistema OuvidorSUS, que geraram mediação formal da Ouvidoria com outros órgãos do SUS. No capítulo 5, “Neoplasias mamárias no Brasil: o que dizem gestores, usuárias e os sistemas de informação do SUS”, seus autores fazem um contraponto sobre a situação da oferta de serviços de mamografia no Brasil, face à situação epidemiológica encontrada e à percepção dos gestores e usuárias sobre esses serviços no SUS.

A parte II do livro, denominada “Programa Rede Cegonha: resultados de pesquisa”, trata da pesquisa sobre a Rede Cegonha realizada no marco do Doges e seus resultados. Com base em recortes do questionário nacional aplicado a parturientes que utilizaram os serviços do SUS, esses capítulos demonstram algumas possibilidades de trabalho científico fundamentado na análise das variáveis dos bancos de dados, levantadas pelas pesquisas institucionais realizadas operacionalmente pelo Núcleo de Pesquisa do Doges (Nupe). Trata-se, portanto, de um conjunto de estudos avaliativos, epidemiológicos, com desenho transversal de base populacional. Assim, o capítulo 6, “Rede Cegonha: política de atenção à saúde materno-infantil no Brasil”, apresenta, de forma global, o programa Rede Cegonha e as características da pesquisa realizada pelo Nupe acerca do mesmo. Já o capítulo 7, denominado “A qualidade do pré-natal no Brasil”, teve como objetivo analisar a qualidade da assistência prestada ao longo do pré-natal nas maternidades públicas e privadas conveniadas ao SUS. O capítulo 8, “As boas práticas obstétricas na atenção ao parto”, analisa a assistência prestada no momento do parto, nas maternidades públicas e privadas conveniadas ao SUS, na

perspectiva da cidadã usuária. O capítulo 9, “Más práticas e violência institucional durante o parto: uma abordagem a partir do programa Rede Cegonha”, por sua vez, mapeia e analisa as más práticas obstétrica no SUS a partir das respostas das usuárias entrevistadas pela pesquisa. Por fim, o capítulo 10, “A satisfação das gestantes com o atendimento obstétrico no SUS”, avalia a satisfação das usuárias com o atendimento obstétrico a partir da construção de um índice de satisfação envolvendo diversas perguntas do questionário aplicado para a pesquisa do Nupe.

Desejamos a todos uma ótima leitura!

AbraSUS,

*Garibaldi Gurgel e Michelle Fernandez*

PARTE I

## **A Ouvidoria do SUS**

características, perfil das demandas  
e análise de dados



# As ouvidorias públicas na democracia brasileira: o caso das ouvidorias do SUS

Michelle Vieira Fernandez  
Garibaldi Dantas Gurgel Júnior  
Domício Aurélio de Sá  
Kátia Rejane de Medeiros  
Rafael Vulpi Caliarí

## Introdução

Nos últimos anos, o cidadão vem ocupando um lugar central nas democracias. Chegar às pessoas que compõem uma sociedade tornou-se um dos objetivos principais dos sistemas políticos democráticos. O processo de democratização passa pela aproximação das políticas públicas aos cidadãos, pelo alcance das decisões políticas a esta cidadania e pela possibilidade do controle democrático através de práticas participativas.

No cenário político-administrativo brasileiro, reconhece-se as necessidades de controle, regulação, análise e avaliação de políticas públicas. Há o reconhecimento, também, da importância do aperfeiçoamento e da inovação constantes na gestão das políticas públicas na área da saúde. Nesse contexto, as Ouvidorias Públicas, de forma geral, e as Ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS) mais especificamente, configuram-se como espaços institucionais que viabilizam formas de participação direta da ci-

dadania nas políticas de saúde. O cidadão deixa de atuar apenas como mero usuário do serviço público para exercer a função de controlador e avaliador das políticas públicas.

A partir desta perspectiva, este capítulo apresenta uma discussão teórica sobre o lugar das Ouvidorias na democracia brasileira. Para tanto, o capítulo está estruturado da seguinte forma: primeiro, apresentamos as transformações do Estado brasileiro e suas implicações para a participação político-social; em seguida, relacionamos participação e Ouvidorias; em uma terceira parte apresentamos as Ouvidorias do SUS a partir de algumas propostas de tipologias e modelos; e, por fim, analisamos as Ouvidorias do SUS à luz da produção do conhecimento.

## Transformações do Estado brasileiro e participação social

Nas últimas décadas do século XX, o cenário político-social no Brasil foi marcado pela redefinição do papel do Estado diante das políticas públicas. A partir da universalização dos direitos de cidadania e da descentralização e gestão democrática das políticas públicas surgiu um novo formato institucional que tem como principais características a implementação da gestão descentralizada e participativa.

A máquina estatal moderna brasileira teve seus primórdios no governo do presidente Getúlio Vargas, nas primeiras décadas do século XX. Este governo teve como característica predominante o centralismo e a burocratização, com as decisões políticas concentradas no Rio de Janeiro, capital brasileira naquele período. O centralismo político fomentava uma baixa participação política da cidadania. Estas características centralistas foram mantidas nas décadas seguintes. Em meados da década de 1960, o país submergiu em um longo período autoritário. No decorrer dos cerca de 20 anos do regime militar brasileiro, o centralismo político foi mantido. O novo Estado democrático que emergiu

das crises do final do século passado transformou as características centralistas e autoritárias enraizadas desde o governo de Getúlio Vargas. Com o fim dos governos militares eleitos indiretamente e a nova Constituição de 1988, a chamada Constituição Cidadã, surgem processos sobrepostos de reforma do Estado em meio as crises que caracterizam o limiar da década de noventa com grande repercussão sobre a gestão e serviços públicos. A gestão pública descentralizada e a participação política são dois dos processos que compõem o conjunto de mudanças institucionais articuladas na reforma do setor público. A redemocratização trouxe de forma intimamente associadas a descentralização e a participação política no Brasil.

A partir da Assembleia Nacional Constituinte com a aprovação Constituição Federal de 1988, que marcou o retorno à democracia, o Estado brasileiro, passou por dois importantes períodos de reforma de natureza estrutural. Segundo Bresser-Pereira (1997, p. 7), a reforma do Estado na sua segunda geração, a partir da metade da década de 90, engloba quatro diferentes questões: (a) uma primeira questão econômico-fiscal – a delimitação do tamanho do Estado; (b) uma segunda questão econômico-política – a redefinição do papel regulador do Estado; (c) uma questão econômico-administrativa – a recuperação da governança ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo; e (d) uma questão política – o aumento da capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade, e governar. Neste contexto, a participação política passou a integrar diferentes questões dentro do processo de reforma do Estado guiadas por princípios de mercado.

A retomada da centralidade do Estado regulador no cenário institucional, com a continuidade das reformas estruturais nessa linha, impõe um novo padrão de intervenção no contexto de retomada estratégica da gestão dos serviços públicos, com ne-

cessidade de incremento da qualidade e capacidade de respostas dos serviços prestados à população cada vez mais participativa. Esse fato impulsiona o fenômeno da emergência de diversos canais institucionais de participação social na nova gestão pública, mais permeáveis às manifestações da sociedade em todo o serviço público, de maneira articulada a esse novo padrão de gestão, onde as experiências com ouvidorias se propagam por todo o território nacional, nos três poderes da República e no setor privado (GOMES, 2016).

Esse novo fenômeno ocorre em todas as formas institucionais de intervenção do poder público, em todo espectro de atuação direta e indireta do Estado, inclusive nas agências reguladoras e serviços prestados pelo terceiro setor. O resultado é um mosaico de experiências organizacionais e normativas que dinamizam a legislação em construção sobre a democracia participativa e direta, induzida pela própria crise de representatividade da democracia formal, associadas a novas formas de regulação pública observadas ao longo dessas últimas décadas.

A reconstrução do Estado pós-nacional inclui a agenda de participação social como fenômeno estrutural que envolve as iniciativas de comunicação direta com a sociedade. Em um cenário político marcado por formalismos, insatisfação com a política tradicional, caracterizada pelo distanciamento entre representantes e representados e a assimetria de recursos disponíveis para os cidadãos, a participação social ocupa um lugar central nos debates dirigidos ao funcionamento atual dos sistemas democráticos. A instituição de mecanismos formais de participação pode ser considerada uma faceta deste processo de mudança no cenário participativo atual.

Os resultados e desfechos da pactuação para instituir canais de participação social são resultantes das iniciativas reformadoras que começaram na década de 80, paulatinamente criados e normatizados nos serviços públicos, em todo o país. Esse am-

biente de mudança permanente gera um caleidoscópio de possibilidades institucionais e modelos de organização de ouvidorias públicas nos três níveis de governo e poderes da República. As ouvidorias se inserem nesse contexto, com especial destaque para sua capacidade de intermediação formal e institucional das demandas dos cidadãos individualmente.

## A ouvidoria pública como canal de participação social e instrumento de cidadania

A Constituição Federal de 1988 adotou o princípio da participação popular na elaboração e formulação das políticas de saúde, assistência social, educação e direitos da criança e do adolescente, entre outras. O instituto da participação popular está presente em vários dispositivos do texto constitucional. A participação direta da cidadania na política vem sendo considerada um termômetro da qualidade da democracia, ao longo do tempo. Considera-se que a democracia vai além de um método para escolher quem governa. Percebe-se que ela está ligada à busca histórica de liberdade, justiça e progresso material e pessoal (PNUD, 2004).

Dahl (1989) define a democracia como um regime com contínua aptidão para responder às preferências dos cidadãos e que, além disso, trata todos eles de maneira igual. Para que haja democracia, os cidadãos devem ter igualdade de oportunidades para formular suas preferências, expressar publicamente essas preferências e receber igualdade de trato por parte do governo. Assim, a questão da participação política está no centro do debate democrático. Para que haja democracia, é imprescindível que haja participação cidadã.

A reconstrução do Estado Democrático de Direito no Brasil, a partir de 1988, com a aprovação da nova Constituição, aponta para a necessidade de abertura de canais e mecanismos

de participação da sociedade civil no aparato de Estado e na gestão dos serviços públicos. O ímpeto da redemocratização do país abre os caminhos possíveis, em plena vigência de uma crise estrutural que afeta os estados-nacionais e se consubstancia como um gatilho para desencadear um conjunto de reformas simultâneas e contraditórias no setor público, cuja implementação começa no ano seguinte à aprovação da Carta Constitucional. É nesse novo contexto de transição entre crises e reformas estruturais, com profundo impacto sobre os serviços públicos, que se colocam os desafios para a regulamentação e institucionalização dos dispositivos constitucionais democratizantes, face às dificuldades de pactuação evidenciadas no cenário político.

O debate político sobre a democracia participativa e a natureza liberal da onda de reformas estruturais em curso, iniciadas desde a primeira metade da década de 80 no mundo, são vetores de força que impulsionam os atores institucionais à realização de experiências inovadoras, inseridas na administração pública, em todos os níveis de governo, no Brasil. Emergem desse caldo de cultura da crise paradigmática da gestão pública, cujo caráter centralizador autoritário e tecnocrático passa a ser profundamente questionado, algumas iniciativas para aproximar o Estado do cidadão.

As reformas estruturais que reagem a impermeabilidade do aparato de Estado atingem todo o setor público, com crescentes processos reivindicatórios para ampliar a participação direta da sociedade civil organizada na condução de políticas, programas e serviços governamentais. Essa experiência é observada, com elevado grau de protagonismo, no SUS, no debate sobre a institucionalização do Controle Social. Em superposição a essas mobilizações que ocorrem no país, um padrão internacional de reformas de Estado, adotadas em vários países, apontava para mudanças orientadas por princípios de mercado, com redução dos serviços públicos de propriedade estatal. A gestão pública,

nesse contexto de reformas, passa por processos vigorosos de descentralização, com incremento da responsabilidade dos níveis subnacionais com as políticas sociais de caráter focal voltadas para os mais pobres, com serviços básicos. Nesse contexto, o debate político-institucional que ocorre no SUS leva à abertura de novos espaços de pactuação com a sociedade, para a condução de serviços de responsabilidade do Estado, como mecanismos de participação direta da sociedade destinatária dessas políticas e programas. Essa experiência no SUS resulta nas estruturas de controle social e gestão participativa no contexto de uma nova governança pública, com destaque para as Conferências e Conselhos Sociais, instituídos por Lei Federal, replicados em todos os níveis de governo, nos estados e municípios.

Portanto, o fenômeno da participação está no vértice de uma convergência estrutural das reformas que atingem a forma de intervenção institucional do Estado, no sentido de tornar o setor público mais pérvio às demandas dos cidadãos. Esse ponto de convergência na gestão pública se expressa de forma mais clara a partir do processo de descentralização do setor saúde, com os municípios assumindo crescentes responsabilidades na execução de serviços públicos. Porém, na etapa pós-constitucional imediata, o setor público da saúde também foi palco de tensos embates políticos sobre a condução e o caráter deliberativo do processo de participação social, sobretudo quando vigoravam políticas relacionadas a primeira geração de reformas estruturais baseadas em desregulamentação, privatizações e redução do tamanho do setor público (LYRA, 2016).

A despeito de toda adversidade política, econômica e social, é nesse contexto profundamente complexo que surgem as Ouvidorias públicas em nível local, com o objetivo de permitir uma ausculta direta da população, resultante desse debate político movido por estímulos que aguçam a disputa pelo formato institucional de Estado capaz de dar respostas diretas aos cidadãos

demandantes. Surgem as experiências pontuais com a criação de ouvidorias por todo o país, lideradas pelas prefeituras e estados federados, que abrem os primeiros canais de comunicação com o cidadão usuário dos serviços descentralizados.

Na segunda metade dos anos noventa e limiar da década de 2000 entram em cena com mais visibilidade as reformas estruturais de segunda geração, após o colapso dos serviços públicos, ocorrido pela natureza excessivamente ortodoxa, com redução da capacidade de produção de bens e serviços públicos, face à desregulação, ausência de planejamento estatal e prioridade, para o setor privado, na execução das ações de governo. Ao trazer o Estado de volta ao centro da cena política institucional, nesse contexto de crise crônica agudizada, reafirma-se sua importância como regulador orgânico da sociedade e a necessidade de torná-lo transparente e responsivo às demandas do cidadão comum. De igual maneira e, dessa vez, também sobrepostas, as reformas de segunda geração são responsáveis pela reconstrução do aparato de Estado, com a expansão dos gastos e serviços públicos, além da retomada das funções institucionais típicas de Estado, de natureza regulatória. A partir daí, um novo formato institucional começa a ser construído, com a criação de agências públicas, a expansão das áreas de controle e planejamento governamental. Além disso, a entrada do terceiro setor na gestão de serviços públicos também traz mudanças na forma de atuação do Estado, com repercussão direta sobre o funcionamento dos organismos de controle da administração pública.

A retomada da agenda de desenvolvimento, na segunda metade dos anos 2000, também incide no processo de reconstrução institucional, com mudanças e crescimento dos organismos de controle, regulação e planejamento estatal no Brasil. Essa reconstrução está na base da expansão das atividades do setor público, com destaque para os setores da saúde e educação. Esse processo institucional envolveu, paralelamente, o

restabelecimento da capacidade operacional desses serviços, sobretudo no âmbito das políticas sociais via terceiro setor. Essa formatação de serviços permitiu a entrada de novos agentes econômicos, baseados em mais de trinta arranjos e naturezas jurídicas diversas, para execução de serviços públicos de saúde, bem como diferentes modalidades de parceria público-privada. Esse novo momento marca a retomada do papel dos estados federados no processo de descentralização, com destaque para o nível regional da prestação de serviços de saúde no SUS, apoiado em pactos para montagem de redes regionais para além dos limites municipais. É nesse contexto que surge a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde e a experiência do Sistema de Ouvidoria do SUS, como parte do processo de participação e controle social, novamente no vértice dessa convergência estrutural operacionalizada por pactos políticos no setor público da saúde em todo país.

## Tipologia e modelo da Ouvidoria-Geral do SUS

Historicamente considera-se que a gênese das ouvidorias no SUS ocorreu no ano de 1996, como consequência de uma estratégia de enfrentamento da pandemia de Aids e a disponibilidade de um número de telefone gratuito para a sociedade obter informações sobre a doença, pelo serviço Pergunte AIDs – 0800 61 2437. Esse serviço foi montado para tirar dúvidas da população a respeito das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e da possibilidade de contágio. Portanto, a experiência do Disque Saúde 136 é o marco referencial desse trabalho, que assume no início na década de 2000, o formato de programa do Ministério da Saúde, após alguns anos de vivência da ausculta direta da população, na segunda metade da década de 90. Em 11 de abril de 2002 criou-se, por meio do Decreto nº 4.194, o Centro Nacional de Promoção da Qualidade e Proteção aos

Usuários do SUS, considerado a primeira experiência de um Serviço de Ouvidoria propriamente dito, no SUS. A partir dele, foram agregados todos os serviços de contato com os cidadãos que existiam no Ministério da Saúde, como a Central de Tele-atendimento, o Disque Saúde e o Serviço de Atendimento ao Cidadão Usuário do SUS – SAC/SUS.

A partir de 2003, a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e a inserção do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/Doges nesse nível da estrutura da autoridade sanitária do país marcam o papel estratégico dessa nova função pública no contexto da participação e controle social no Brasil. A implementação da Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, com vistas a estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de ouvidorias nos serviços de saúde ocorre em paralelo à formulação de políticas de estímulo à participação direta de usuários no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS. Esse processo de trabalho passa a ser instrumentalizado pelo Sistema OuvidorSUS, que coloca essas atividades em outro patamar, com novas possibilidades em relação à condução de sistemas públicos de saúde descentralizados. Essa política de Ouvidoria Ativa tem como ferramenta principal as pesquisas de satisfação do usuário, que inauguram uma nova forma de contato ativo direto como instrumento de gestão cidadã e controle social. Dessa forma, o Doges atua permanentemente, através da comunicação direta, para o fomento à participação social, à disseminação de informações em saúde e faz a mediação formal entre as necessidades dos usuários e os gestores do sistema de saúde descentralizado.

A experiência com as ouvidorias na gestão pública no Brasil leva ao esforço de teorizar sobre a estrutura e dinâmica do Sistema de Ouvidorias do SUS. Esse esforço resulta na possibilidade de enquadrar essa nova realidade institucional complexa numa tipologia capaz de melhorar a compreensão dessa experiência no

setor saúde, à luz de parâmetros científicos que definam o perfil dessas organizações no SUS.

Nesse sentido, Gomes (2016) elaborou uma proposta de tipologia para descrição dessas organizações disseminadas por dentro da gestão pública, com o mosaico de formatos institucionais possíveis. Os critérios de espacialidade estrutural, racionalidade legal e dinâmica funcional são definidos operacionalmente, de acordo com os tipos de ouvidorias existentes. Nesta mesma perspectiva, Lyra (2016) sintetizou os parâmetros das ouvidorias em categorias amplas de análise ligadas ao conceito de autonomia e democracia, com subordinação direta à sociedade. Esses critérios, em conjunto, apoiados na sua operacionalização por elementos e variáveis definidoras dessa tipologia, foram validados em estudos anteriores sobre a experiência brasileira e podem ser aplicados à experiência do SUS. Assim, com base em parâmetros e princípios dados, o perfil do Doges-MS apresenta-se como uma experiência seminal para todas as outras Ouvidorias existentes no SUS. A partir deste conjunto de experiências, foi conformado o Sistema Nacional de Ouvidoria.

O critério de espacialidade, ou seja, a posição que a ouvidoria ocupa na estrutura institucional é o primeiro parâmetro a ser analisado. A Ouvidoria Nacional do SUS é um Departamento subordinado diretamente à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Portanto, é um órgão do segundo escalão na hierarquia do Ministério da Saúde, onde os secretários têm *status* de vice-ministros. O cargo de diretor do Departamento está posicionado em um nível hierárquico subordinado e elevado, com grau de formalidade definida no estatuto e regimento dessa organização, publicado no Diário Oficial da União. Esse Departamento se enquadra na categoria de Ouvidoria Intra-Organizacional Pública, de acordo a tipologia de Gomes (2016).

Com relação aos parâmetros de dinâmica funcional, seu diretor ocupa um cargo de direção e assessoramento superior

da estrutura de cargos e funções do Governo Federal, de livre provimento, cujo grau de autonomia e independência é limitado por sua subordinação e nomeação tradicional por critérios políticos e mecanismos tradicionais da administração pública. No Doges, o ouvidor não detém mandato e não está formalmente vinculado a um órgão colegiado internamente, mesmo estando na estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), onde se localizam as outras iniciativas de controle social vinculadas a essa política. O diretor é nomeado formalmente pelo Ministro da Saúde, para ocupar um cargo político de confiança, subordinado diretamente ao Secretário-Executivo, sem estabilidade funcional. Essa posição traz potenciais consequências para a sua forma e dinâmica de atuação.

Essa Ouvidoria tem atuação singular pela natureza do cargo, em que o ouvidor é responsável por sua função específica no SUS, com dotação orçamentária própria, definida pelo Ministro da Saúde. Entretanto, por se tratar de um sistema nacional com três níveis de governo, sua jurisdição engloba, nesse caso, a coordenação sistêmica de todo o processo de descentralização dessas atividades, no SUS. Sua função é basicamente, de acordo com o regimento, fazer a ausculta e a mediação das manifestações dos usuários do Sistema de Saúde Pública no país, com os órgãos executores responsáveis. Portanto, trata-se de uma função de natureza administrativa e não-jurisdicional, não sendo responsável por sanções ou penalidades.

Formalmente, não se observa uma relação hierárquica com o órgão de controle interno, nem com as demais organizações colegiadas do SUS. As ouvidorias de outros níveis de governo no SUS gozam de autonomia em relação ao Doges. Assim, não há subordinação hierárquica das ouvidorias dos outros níveis de gestão do Sistema Público de Saúde, apesar de o Doges apoiar formalmente o processo de descentralização dessas iniciativas. Essas ouvidorias se replicam na estrutura das secretarias de saúde

estaduais e municipais, onde órgãos congêneres intra-orgânicos públicos estão inseridos e funcionam de forma assemelhada nos órgãos gestores do SUS, cuja atuação, operacionalmente, do ponto de vista funcional, é basicamente sobre processos e resultados.

Nas suas atividades de rotina, dentre outras, a Ouvidoria-Geral do SUS recebe demandas e faz busca ativa sobre a satisfação dos usuários individualmente, em diálogo permanente com as áreas técnicas, de acordo com as prioridades políticas da gestão nacional do SUS. A agenda operacional dessas organizações apresenta um misto de atividades voltadas à modernização administrativa e ao aperfeiçoamento dos órgãos participantes do Sistema Público de Saúde.

Nas organizações prestadoras de serviços e nas agências executivas do setor saúde, as ouvidoras assumem outros perfis de natureza pública, com padrões distintos de espacialidade, funcionalidade e racionalidade que merecem ser investigados cientificamente. Nas organizações prestadoras de serviços da rede privada complementar as ouvidorias funcionam como serviços de escuta do usuário de forma tradicional e como serviços de atendimento ao cidadão interligados ao sistema nacional, se caracterizando como um novo fenômeno institucional cuja pertinência é inconteste diante das reformas. Assim, a experiência da Ouvidoria-Geral do SUS se agrega a esse novo fenômeno político-institucional, com a criação e junção de novos canais de comunicação entre o cidadão usuário e o gestor público da saúde, tanto na esfera pública estatal, como no setor privado conveniado.

## Produção do conhecimento a partir de ouvidoria ativa no SUS

Destaca-se, desde 2010, nesse contexto de incremento da capacidade gestora e de inovação, a possibilidade real do Sistema de Ouvidorias voltar-se à produção de conhecimento, como

atividade estratégica da gestão do SUS. Essa nova função foi instituída no Doges-MS pelo Núcleo de Pesquisas-Nupe que atua, juntamente com as áreas técnicas, na coleta e análise de dados acerca da percepção dos usuários sobre os programas, ações e serviços do SUS. Essa experiência conta com o desenvolvimento de mais de 50 pesquisas, com suporte no método científico.

É importante ressaltar o papel fundamental dessas instituições voltadas ao propósito de criar canais de comunicação e participação direta do cidadão no setor da saúde, com grande potencial de produção de conhecimento, a partir de pesquisas e tratamento das manifestações dos usuários. É possível produzir conhecimento baseando-se em métodos válidos que abordam o processo de trabalho sistemático de ausculta direta da população e suas manifestações individuais, em todo o país. Assim, a Gestão do Conhecimento das Ouvidorias do SUS é um campo vasto de atuação a ser explorado e desenvolvido. Temos, como recurso disponível e desafio a ser enfrentado, a montagem de bancos de dados de todo o Sistema Público de Saúde, a partir de informações fornecidas pelos usuários. Estes dados são estratégicos para a gestão da saúde.

Esse Sistema de Ouvidorias, liderado pela Ouvidoria-Geral do SUS, tem o potencial de mostrar, a partir das manifestações espontâneas dos próprios usuários, assim como da busca ativa dessa percepção, a situação dos programas, ações e serviços de saúde pública, em todo o país. De igual maneira, a partir desse trabalho, é possível avaliar como as políticas públicas implementadas estão chegando aos seus destinatários finais no SUS. Podemos avaliar, portanto, como a política está sendo implementada e quais os resultados que ela está gerando.

Assim, para além da produção do conhecimento, a capacidade de avaliação e controle dessas ações pela administração pública só pode ser alcançada de forma integral, ou seja, analisando a atuação dos gestores, mas também agregando à análise

a percepção dos usuários, para os quais os serviços e programas são instituídos na rede pública do SUS. Essa perspectiva é a mo-la-mestra do trabalho da Ouvidoria Ativa instituída, bem como do tratamento científico dos dados e informações para produção de conhecimento estratégico para a gestão das políticas de saúde. As pesquisas de natureza avaliativa das ações programáticas, orientadas pelas áreas técnicas responsáveis pela elaboração, quando confrontadas, na perspectiva dos usuários, com a execução das ações pelos serviços de saúde no âmbito do SUS nacionalmente, tanto podem ser um disparador de processos de correção, como servem para a análise da própria situação do Sistema de Saúde e suas organizações.

A gestão da informação das manifestações espontâneas dos usuários do SUS, através dos canais e mecanismos de participação direta do cidadão, tipificados e trabalhados pela equipe da Ouvidoria, pode potencializar toda a capacidade gestora do Sistema de Saúde. Essa potencialização pode ser observada à medida em que essas manifestações são categorizadas e o sistema informatizado de gestão permite gerar informações para serem transformadas em conhecimento estratégico sobre os serviços disponibilizados pelos órgãos executores responsáveis pelo Sistema de Saúde. Essa atividade de *feedback* para a gestão e para o cidadão aponta para a necessidade de expansão da capacidade de realização da produção de conhecimento institucional, com aperfeiçoamento metodológico constante, em parceria com a Academia. Portanto, esses dados que emergem ao longo do processo de mediação das demandas e as atividades de pesquisa da Ouvidoria Ativa tornam o Sistema de Ouvidorias do SUS um verdadeiro laboratório para avaliação do Sistema de Saúde na perspectiva do usuário.

Esses processos com base na ciência podem transformar sistematicamente dados em informações importantes e essas informações são elevadas à condição de conhecimento formal, a

partir do trabalho de pesquisa em cooperação institucional. Em termos práticos, a gestão do conhecimento também abrange, de forma metodológica, a possibilidade de transformação do conhecimento tácito em conhecimento explícito sobre a atuação de todo o Sistema de Saúde. Portanto, o sistema ouvidor, em conjunto com os instrumentos de pesquisa, são ferramentas fundamentais para a gestão do processo de elaboração de conhecimento gerado pelas Ouvidorias do SUS, em sua relação direta com o usuário. O conjunto de ouvidorias do SUS funciona como um observatório da situação real do Sistema Público de Saúde do país e apresenta elevado potencial de melhoria contínua na oferta de serviços.

## Conclusões

A partir da redemocratização, e com a promulgação da Constituição de 1988, o Brasil passou a contar com canais formais de participação social. Estas arenas participativas, para além de viabilizar efetivamente a participação ativa da cidadania no processo político-social, garantiram a possibilidade do exercício de controle das políticas públicas pela sociedade. Sem dúvida, as diversas ouvidorias na saúde são exemplos destas novas potencialidades surgidas pós-1988.

A gestão do conhecimento visa transformar o conhecimento informal em conhecimento formal, face à possibilidade de avaliar as experiências realizadas pelas instituições de saúde no SUS, incluindo sua própria experiência enquanto Ouvidor Nacional. Depois de quase duas décadas de implementação deste canal de participação deve-se buscar observar, a partir da análise das Ouvidorias do SUS, em que medida as atividades desta iniciativa geraram incentivos para a produção de mudanças nas maneiras de formular e implementar políticas públicas de saúde.

de. Nessa perspectiva, os próximos capítulos são apresentados como uma amostra do trabalho realizado pela cooperação institucional da Ouvidoria-Geral do SUS com a Fiocruz-PE.

## Referências

BRASIL. *Lei Federal nº 8.142*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 28 de dezembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. *Relatório gerencial 2013*. Brasília: MS, 2013.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Cadernos MARE de Reforma do Estado*, n. 1, 1997.

COMPARATO, B. Ouvidorias públicas como instrumento para o fortalecimento da democracia participativa e para a valorização da cidadania. In: MENEZES, R.; CARDOSO, A. (Org.). *Ouvidoria pública brasileira: reflexões, avanços e desafios*. Brasília: Ipea, 2016.

DAHL, R. *La poliarquía*. Madrid: Tecnos, 1989.

GOMES, M. E. A. C. Modelos de ouvidorias públicas no Brasil. In: MENEZES, R.; CARDOSO, A. (Org.). *Ouvidoria pública brasileira: reflexões, avanços e desafios*. Brasília: Ipea, 2016.

LYRA, R. P. Paradigmas de ouvidorias públicas e propostas de mudanças. In: MENEZES, R.; CARDOSO, A. (Org.). *Ouvidoria pública brasileira: reflexões, avanços e desafios*. Brasília: Ipea, 2016.

LYRA, R. P.; PINTO, E. (Org.). *Modalidades de ouvidoria pública no Brasil*. João Pessoa: Editora da UFPB, 2009.

MOREIRA, M. R. Democracia participativa, democracia representativa e conselhos de saúde no contexto da reforma política. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 15-22, 2008.

MORONI, J. A. Participamos, e daí? *In: Observatório da Cidadania*. Instituto Nacional de Estudos Socioeconômicos – Inesc, 2005. Disponível em: <http://www.ibase.br/pubibase/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1183&sid=127>. Acesso em: 5 out. 2018.

NORRIS, P. *Democratic Phoenix: reinventing political activism*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

PNUD. *La democracia en América Latina: hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos*. Nueva York: PNUD, 2004.

PUTNAM, R. Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, Washington, DC, v. 6, n. 1, p. 65-78, 2000

ROCHA, C. V. Gestão pública municipal e participação democrática no Brasil. *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, v. 19, n. 38, 2011.

SARTORI, G. *Elementos de teoría política*. Madrid: Alianza, 1992.

## Ouvidoria do SUS: história, estrutura e funcionamento

Maria Nazaré Abreu Oliveira

Deulma Lustosa Nogueira

Vaneuza Nascimento Santos Andrade

Guilherme Otávio Figueiredo Grili

Michelle Vieira Fernandez

### Introdução

As ouvidorias públicas são instrumentos que possibilitam o estabelecimento de relações entre o Estado e a sociedade. Historicamente, o surgimento das ouvidorias públicas remete-nos ao final do século XVIII e princípio do XIX, na Europa, com o surgimento dos *ombudsman*. Como instituições dedicadas a mediar a comunicação da população com o Estado, os *ombudsman* aprimoravam o controle da administração e justiça na sociedade de côrte. No caso brasileiro, este modelo de relação entre os entes públicos e a cidadania também surgiu no século XIX, durante o período imperial. Mas, foi apenas no final do século XX que a instituição do *ombudsman* foi reconhecida como ouvidoria e passou por um processo de institucionalização que coincidiu com a retomada democrática do país (LIMA NETO; DURÁN, 2016).

No Brasil, em um contexto de redemocratização, de promulgação de nova constituição e de implantação do Sistema

Único de Saúde (SUS), houve necessidade de ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo com a cidadania. Nesta perspectiva, surge a Ouvidoria do SUS, objeto de análise neste capítulo. Na primeira parte, abordaremos os antecedentes históricos desta Ouvidoria; em seguida, sua estrutura e o processo de trabalho e, por fim, faremos alguns apontamentos conclusivos.

## Antecedentes históricos

A Ouvidoria-Geral do SUS surge do processo de fortalecimento da participação popular e do controle social que emergem no Brasil a partir da criação do SUS que, por sua vez, tem raízes em um contexto político de construção e consolidação do processo democrático brasileiro, firmado a partir da Constituição Federal de 1988.

Nesse contexto, novas práticas e experiências do processo democrático brasileiro foram motivadoras de uma participação mais efetiva da sociedade na condução política do país, como ponto estratégico na concepção de um novo modelo que viria preencher lacunas do tradicional sistema representativo brasileiro.

A Carta Magna consagrou a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, conforme seu artigo 196. Assim nasce o SUS, que tem como desafio garantir acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, desde o simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos. Nesse particular, a participação da sociedade passou a ser uma diretriz organizativa desse Sistema.

Nessa nova configuração política, a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação social são princípios constitucionais fundamentais, que devem ser seguidos pelo Sistema de Saúde do país.

Em 1990, foram aprovadas as Leis nº 8.080 e nº 8.142, com a finalidade de efetivar o mandamento constitucional pelo qual a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado. Com base nesses instrumentos normativos, foram criados os conselhos de saúde e o instituto das conferências como mecanismos efetivos da participação da sociedade brasileira na condução da Política Nacional de Saúde Pública. Foi nesse ambiente de discussão e participação com a sociedade, ampliado a partir de 2003, que surgiu a Ouvidoria-Geral do SUS.

No Ministério da Saúde, a busca pela integração e pelo estímulo de práticas que garantissem o acesso dos usuários do SUS ao processo de avaliação das políticas públicas de saúde se concretizou a partir da criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), que conta, em sua estrutura funcional, com o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges).

No entanto, para tratar da gênese da Ouvidoria do SUS, há que se remeter à década de 1980, marcada pela epidemia da Aids. Já nos anos 1990, cresciam as possibilidades de controle efetivo da doença, dando como certo o prolongamento da expectativa de vida do soropositivo. Assim, o Ministério da Saúde montou uma estratégia de enfrentamento da pandemia da Aids, colocando à disposição da sociedade um número de telefone gratuito, por meio do serviço chamado Pergunte Aids, para prestar informação e responder perguntas específicas dos cidadãos, acerca da doença. Posteriormente, esse serviço foi ampliado, para atender outras doenças sexualmente transmissíveis, motivando, assim, a mudança do Pergunte Aids para o Disque Saúde. Com isso, foram incorporadas outras doenças infecciosas, doenças cardíacas e outros agravos, ações e políticas de saúde, informações sobre os conselhos de saúde, transplantes de órgãos, entre outros assuntos de utilidade pública.

O Disque Saúde, portanto, passou a funcionar como um canal de comunicação entre a gestão do SUS e os cidadãos,

abrindo espaço para registros de denúncias, reclamações e sugestões acerca dos serviços prestados pelo Ministério da Saúde no âmbito do SUS. Essa experiência se expandiu com a incorporação de novos serviços de discagem direta gratuita, tais como Disque Pare de Fumar, Disque Saúde da Mulher, Disque Denúncia de Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, Disque Medicamentos, entre outros, mantidos em parceria entre o Ministério da Saúde e seus respectivos órgãos, responsáveis por esses segmentos da saúde. Em novembro de 2005, foi criada a Central de Atendimento à Mulher, para acolher denúncias de violência contra mulheres. Já em 2006, esses serviços, com algumas exceções, foram unificados sob a denominação de Disque Saúde.

Em síntese, a Constituição Federal de 1988 foi fundamental para o processo de democratização do país, criando instrumentos e mecanismos de sustentação da cidadania por meio do fortalecimento da participação social na gestão pública. A Ouvidoria-Geral do SUS é contemporânea desse processo de construção democrática, a partir da reestruturação regimental do Ministério da Saúde, protagonizada pela criação do Sistema Único de Saúde. Nesse particular, a Ouvidoria-Geral do SUS tem sido um instrumento de qualificação da gestão no âmbito do SUS.

## Estrutura e processos de trabalho

A raiz da Ouvidoria-Geral do SUS remete aos primeiros serviços de disseminação de informações sobre saúde, agindo como primeiro nível de atendimento, vindo a assumir, posteriormente, funções próprias de uma Ouvidoria em seu sentido clássico. Em abril de 2002, com a publicação do Decreto nº 4.194, que criou o Centro Nacional de Promoção da Qualidade e Proteção ao Usuário do SUS, foram unificados os serviços da

Central de Teleatendimento Disque Saúde e de Atendimento ao Cidadão Usuário do SUS. Esse fato é considerado um passo importante na construção da Ouvidoria-Geral do SUS.

A partir do Decreto Presidencial nº 4.726<sup>1</sup>, de 9 de julho de 2003, foi criado, formalmente, o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges), como parte integrante da estrutura organizacional da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa recém-criada, para, além de outras funções, propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidorias do SUS, devendo integrar e estimular práticas de ampliação do acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e dos serviços públicos em saúde.

Sob essa perspectiva, a participação popular tornou-se uma ferramenta-chave no processo de consolidação da democracia brasileira, no tocante à saúde pública. Nesse particular, ganham notoriedade as políticas e estratégias voltadas para promover e estimular a participação e o fortalecimento do controle social, a partir de práticas e mecanismos voltados para a ampliação de espaços públicos e coletivos em busca do diálogo e de ações pactuadas, visando à melhoria da gestão do SUS.

Esses elementos estão na base da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), que reunia elementos do programa do governo, de deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, do Plano Nacional de Saúde (PNS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovada pela Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, sob o amparo dos dispositivos constitucionais e legais que regulamentam o SUS.

Para tornar efetiva sua atuação, o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS passou a investir na criação de estruturas descentralizadas, estimulando a implantação de ouvidorias nos

---

<sup>1</sup> Este Decreto foi revogado pelo Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, que, por sua vez, foi revogado pelo Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009.

âmbitos municipal e estadual, que funcionam como unidades administrativas dos órgãos e das entidades integrantes do SUS.

Esse processo de descentralização das atividades de ouvidoria no âmbito do SUS busca, entre outros objetivos, fortalecer a gestão estratégica e participativa, a partir da criação de um Sistema Nacional de Ouvidoria. Em que pesem os esforços para a construção desse sistema, o assunto ainda está pendente de formalização normativa. As ouvidorias de âmbito estadual e municipal são criadas por lei ou norma originária do ente federativo, como parte da estrutura organizacional do órgão ou da entidade pública a que estão subordinadas. Assim, as Ouvidorias ganham importância como espaço de cidadania, ao funcionar como um canal de comunicação entre os cidadãos e os órgãos e as entidades do SUS.

De acordo com o Manual das Ouvidorias do SUS, observa-se que:

Sua função é intermediar as relações entre os cidadãos e os gestores do SUS, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania. Promovem a cidadania em saúde e produzem informações que subsidiam o gestor nas tomadas de decisão (BRASIL, 2014b, p. 9).

Na prática, as Ouvidorias, como instrumentos de gestão, acolhem as manifestações dos cidadãos, encaminham essas demandas a setores específicos para tratamento e análise e as transformam em conhecimentos, que vão subsidiar ações estratégicas da gestão pública.

É missão das Ouvidorias “viabilizar os direitos dos (as) cidadãos (ãs) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS”. Portanto, “o papel da ouvidoria é garantir ao cidadão ter sua demanda

efetivamente considerada e tratada à luz dos seus direitos constitucionais e legais” (BRASIL, 2014b, p. 9).

As portas de entrada, como são conhecidas no âmbito da Ouvidoria-Geral do SUS, são canais formalmente criados para receber as manifestações dos cidadãos. O mais antigo deles, a carta, tem sido um canal por meio do qual o cidadão encaminha sua manifestação ao governo federal, seja diretamente à Presidência da República, ao Ministério da Saúde ou a qualquer outro ministério, expondo suas necessidades. Em geral, as manifestações feitas por meio de carta têm, preponderantemente, conteúdo de solicitação. Um segundo canal é o atendimento presencial, que permite ao cidadão apresentar sua manifestação pessoalmente a um profissional da Ouvidoria, que faz o registro de sua demanda e a encaminha aos setores competentes, para tratamento, análise, conclusão do pedido e resposta ao interessado. O terceiro canal de entrada da Ouvidoria, atualmente o mais utilizado, é o telefone. Pelo Disque Saúde 136, que substituiu o 0800 61 1997, o cidadão tanto tem acesso a informações gravadas como pode optar por falar diretamente com um operador para obter informação específica sobre sua manifestação. Nesse caso, o Disque Saúde 136 funciona como disseminador de informação e também como um canal de encaminhamento de demandas.

Com a disseminação do uso da internet, a Ouvidoria-Geral do SUS disponibilizou um novo canal de entrada de manifestações, conhecido como FormulárioWEB, acessado pelo usuário a partir do site do Ministério da Saúde, por meio do link Ouvidoria, ou por meio do Fale Conosco. Esse quarto canal é contemporâneo das inovações da tecnologia no campo da comunicação. As demandas encaminhadas às ouvidorias do SUS são registradas e classificadas de acordo com o teor da manifestação do cidadão. No SUS, essa classificação está organizada como Solicitação, Reclamação, Denúncia, Sugestão, Elogio ou Informação.

De acordo com o Manual das Ouvidorias do SUS (BRASIL, 2014b, p. 53), esses conceitos estão assim definidos:

- Solicitação é um tipo de comunicação verbal ou escrita que, embora também possa indicar insatisfação, necessariamente contém um requerimento de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde.
- Reclamação é um tipo de “comunicação verbal ou escrita que relata insatisfação em relação às ações e aos serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento”.
- Denúncia é um tipo de “comunicação verbal ou escrita que indica irregularidade ou indício de irregularidade na administração, [cometida] por entidade pública ou privada de saúde”.
- Sugestão é um tipo de “comunicação verbal ou escrita que propõe ação considerada útil à melhoria do sistema de saúde”.
- Elogio é um tipo de “comunicação verbal ou escrita que demonstra satisfação ou agradecimento por serviço prestado pelo Sistema Único de Saúde”.
- Informação é um tipo de “comunicação verbal ou escrita na qual o(a) cidadão(ã) faz questionamento a respeito do sistema de saúde ou sobre a assistência à saúde”. Caso a informação solicitada pelo usuário não esteja disponível no Banco de Informações Técnicas em Saúde (Bits), o pedido de informação deverá ser registrado e encaminhado ao órgão competente, para resposta.

Uma vez submetidas a essa classificação, as manifestações dos usuários do SUS passam por um processo de tipificação, que significa agrupá-las em categorias de dois tipos, assuntos e sub-

-assuntos, em que o termo assunto categoriza um tema maior e o sub-assunto especifica o solicitado. A geração e análise desses dados permitem criar um volume de informações que tem contribuído sobremaneira na atividade de construção de relatórios gerenciais no âmbito das Ouvidorias, instrumentos de grande valia para a gestão.

No intuito de garantir qualidade e eficiência no tratamento dessas manifestações, a Ouvidoria-Geral do SUS, além de acompanhar e monitorar sua tramitação, assume a tarefa de avaliar previamente as respostas oferecidas ao cidadão, observando alguns aspectos como coerência e pertinência dessas respostas à luz do conteúdo da demanda do cidadão, usuário do SUS.

Uma das principais ferramentas de apoio às atividades da Ouvidoria-Geral do SUS é o sistema informatizado OuvidorSUS, que permite o trabalho em rede entre a unidade central da Ouvidoria e as demais Ouvidorias descentralizadas, garante a inserção dessas manifestações, sua categorização e o gerenciamento dos dados. Esse sistema foi implantado em 2006, com a finalidade de facilitar a democratização das informações em saúde e agilizar o processo de recebimento, encaminhamento e acompanhamento das manifestações recebidas, finalizando o processo com a resposta ao cidadão e o posterior arquivamento da referida demanda. Portanto, a Ouvidoria-Geral do SUS desenvolve um trabalho em rede e de forma interativa com as demais Ouvidorias do SUS.

Nesse particular, o trabalho de implantação e implementação de Ouvidorias no âmbito do SUS tem assumido um papel relativamente importante à medida que passou a constar nos Planos Plurianuais (PPA) do governo, com a meta de ampliar em 20% ao ano a quantidade de Ouvidorias do SUS. Em 2015, havia, no país, um total de 1.644 Ouvidorias do SUS. De 2016 até o momento, já foram implantadas outras 239, perfazendo

um total de 1.883 Ouvidorias, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

Levando em consideração a diversidade da população brasileira e a necessidade de fortalecimento da participação popular na gestão do SUS, conforme determinação da Carta Magna, o Doges, ao assumir o papel de interlocutor destes dois segmentos, Estado e sociedade, criou, na Ouvidoria-Geral do SUS, um novo conceito de Ouvidoria, ao superar seu papel clássico de receptor de manifestações. Desse modo, foi criado o conceito de Ouvidoria ativa, mediante o qual a gestão se antecipa na busca pelo estreitamento das relações com os cidadãos, usuários dos serviços de saúde pública, com o objetivo de promover uma maior participação da comunidade no processo de avaliação do desempenho institucional e na proposição de diretrizes do SUS.

Em que pesem as variantes conceituais sobre o papel da Ouvidoria ativa, o ponto distintivo de sua atuação vem do caráter proativo de suas ações. Nesse sentido, a Ouvidoria Itinerante foi uma das atividades desenvolvidas pelo Doges, de grande alcance nesse processo de fortalecimento da participação cidadã. A gestão pública assume, de forma espontânea, o papel de esclarecer, orientar e ampliar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde pública, embasada nos princípios da cidadania.

Nessa perspectiva, o Doges ampliou o sentido de Ouvidoria mediante a qualificação e ampliação do Banco de Informações Técnicas em Saúde (Bits), visando à disseminação de informações; criou um setor exclusivo para desenvolver pesquisas de satisfação com os usuários do SUS; e criou a Carta SUS, com o objetivo de colher a percepção dos usuários sobre o atendimento recebido nas unidades de saúde e, ao mesmo tempo, informá-los sobre o custo desse atendimento.

Ao lado do Disque Saúde 136, que realiza o trabalho clássico de acolhimento de manifestações e de disseminação de

informação para promoção e educação em saúde, faz parte da estrutura do Doges o setor de Serviços de Informação ao Cidadão (SIC), que atende, por meio do sistema e-SIC, presencialmente ou por telefone, a todo cidadão em busca de informação sobre os serviços de saúde do SUS, a tramitação de processos, dados epidemiológicos e estatísticos, e outros assuntos, no âmbito do SUS.

Entre outras iniciativas desenvolvidas pelo Doges e que tiveram impacto sobre a qualidade do trabalho das Ouvidorias, merece destaque o Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS, realizado em parceria com a Vice-Direção de Escola de Governo em Saúde (VDEGS/ENSP/Fiocruz), voltado para profissionais de auditoria e ouvidoria que atuam nas 27 unidades da Federação, com vistas ao fortalecimento de áreas estratégicas para a consolidação do SUS. Esse curso preparou facilitadores em diversos estados, que passaram a funcionar como multiplicadores de aprendizagem no âmbito das Ouvidorias municipais.

Outra experiência enriquecedora desse processo de qualificação da gestão em saúde foi a instituição do Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidoria SUS, que contribuiu para a implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa. Essa iniciativa apresentou relatos de experiências bem-sucedidas em Ouvidorias do SUS que pudessem ser multiplicadas no âmbito do SUS. Esse projeto, desenvolvido pelo Doges, contou com o apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Ao longo desse período de atuação da Ouvidoria-Geral do SUS, a estrutura do Ministério da Saúde passou por algumas alterações, decorrentes da conjuntura política e institucional, que, por sua vez, impôs ao país medidas de contenção de despesas públicas. Em função disso, algumas modificações na

estrutura organizacional se tornaram necessárias, no Departamento de Ouvidoria-Geral, levando à redução do seu quadro funcional. Assim, foi publicado o novo Regimento Interno do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b), cabendo ao Doges, conforme o Art.7º da Portaria nº 1.419, de 8 de junho de 2017, o seguinte:

- I. Subsidiar o processo de formulação de políticas de gestão estratégica, democrática e participativa do SUS, no âmbito de sua atuação;
- II. Propor a política de ouvidoria no âmbito do SUS, orientar e coordenar a sua implementação;
- III. Executar as atividades de ouvidoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde;
- IV. Receber, examinar e encaminhar reclamações, elogios, sugestões, denúncias e informações dirigidos ao Ministério da Saúde e assegurar aos demandantes o direito à resposta;
- V. Encaminhar as denúncias recebidas aos órgãos competentes para providências no âmbito de suas competências;
- VI. Sistematizar as informações referentes às demandas recebidas e produzir relatórios para uso de gestores, cidadãos e demais partes interessadas;
- VII. Incentivar a participação de cidadãos e de entidades da sociedade civil na avaliação e no controle social dos serviços prestados pelo SUS;
- VIII. Apoiar a criação, a modernização e a integração sistêmica de ouvidorias do SUS, no âmbito dos órgãos e das entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- IX. Apoiar e fomentar a educação permanente para as ouvidorias do SUS, nas três esferas de governo, para a implementação de política de ouvidoria;

- X. Viabilizar e coordenar estudos e pesquisas para a produção do conhecimento no campo da ouvidoria em saúde;
- XI. Articular e cooperar com organismos nacionais e internacionais para o intercâmbio de conhecimentos e cooperação técnica no campo da ouvidoria;
- XII. Manter e disponibilizar sistema de informações em apoio às atividades integradas das ouvidorias do SUS; e
- XIII. Disseminar informações relativas a temas afetos à saúde pública.

Em que pese a redução de sua estrutura organizacional, o rol de competência do Doges se mantém compatível com os seus objetivos e metas de trabalho. Para tanto, uma parte do trabalho desenvolvido pelo Departamento vem sendo realizada por uma empresa de serviços terceirizados, contratada inicialmente para disseminar informações, registrar manifestações dos cidadãos, pelo Disque Saúde 136, e realizar pesquisas de satisfação com usuários do SUS. Atualmente, para além destas atividades, esta empresa de teleatendimento assumiu as tarefas de tipificação, encaminhamento e fechamento de demandas, que, anteriormente, vinham sendo desenvolvidas pela área de tratamento de demanda do Doges.

Nessa nova conformação de sua estrutura organizacional, o Doges conta com uma Coordenação-Geral, um Serviço de Ouvidoria e uma Divisão de Apoio às Ouvidorias do SUS. À Coordenação-Geral de Planejamento e Operacionalização das Ouvidorias compete (BRASIL. Ministério..., 2014b):

- I. Coordenar, orientar, acompanhar, fiscalizar, monitorar e avaliar a execução dos contratos administrativos e suas atividades vinculadas sob gestão do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS;

II. Coordenar a elaboração de relatórios gerenciais mediante análise dos resultados das atividades de ouvidoria, desenvolvendo estudos e propondo métodos e critérios para a sistematização e padronização das técnicas, condutas e procedimentos relativos à área de ouvidoria em saúde;

III. Coordenar a orientação às áreas técnicas nas demandas de acesso à informação, que dizem respeito ao Ministério da Saúde, monitorando o cumprimento dos respectivos prazos de resposta nos termos da Lei de Acesso à Informação – LAI;

IV. Promover o auxílio às áreas técnicas do Ministério da Saúde, na organização das demandas mais frequentes no Sistema de Informação ao Cidadão – e-SIC, para que disponibilizem informações de interesse público;

V. Desenvolver de forma integrada a sistematização das informações relativas a temas afetos à saúde pública para disseminação; e

VI. Coordenar, planejar e fomentar a prática de educação permanente para as ouvidorias do SUS, nas três esferas de governo, para a implementação da política de ouvidoria.

A essa Coordenação-Geral está subordinado o Serviço de Informação ao Cidadão (SIC). À Divisão de Apoio às Ouvidorias do SUS compete:

I. Organizar, realizar e manter o apoio às atividades integradas das ouvidorias do SUS e promover articulação destes serviços, em caráter permanente;

II. Incentivar e apoiar a criação, a modernização e a integração sistêmica de ouvidorias do SUS, no âmbito dos órgãos e entidades da União, estados, municípios e Distrito Federal;

III. Disponibilizar o Sistema OuvidorSUS e realizar capacitações técnicas para sua utilização em apoio às atividades integradas das ouvidorias do SUS; e

IV. Orientar e acompanhar a elaboração de normas, diretrizes e referências necessárias à implementação do Componente Ouvidoria para a organização do Sistema Nacional de Ouvidoria, em âmbito federal, estadual e municipal.

A essa Divisão está subordinado o Setor de Apoio à Descentralização (SAD). Ao Serviço de Ouvidoria compete:

I. Acolher, analisar, tratar e encaminhar as solicitações, reclamações, elogios, sugestões e informações, recebidas por meio dos canais de acesso do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, referentes às manifestações dos cidadãos sobre práticas, ações e serviços de saúde, assegurando aos demandantes resposta, respeitando o direito à confidencialidade em todas as etapas do processamento;

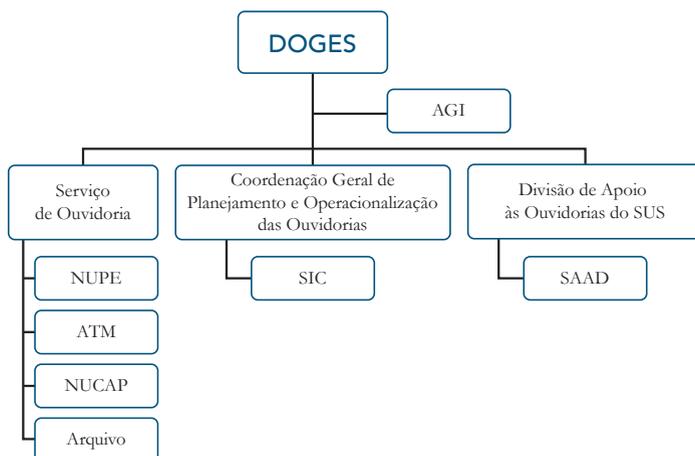
II. Examinar e realizar o tratamento das denúncias recebidas pelos órgãos competentes para providências no âmbito de suas atribuições;

III. Desenvolver e participar de estudos e pesquisas para a produção do conhecimento, monitoramento e avaliação das ações e programas do SUS, no âmbito do Ministério da Saúde, promovendo a democratização e o acesso à informação por meio da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde; e

IV. Desenvolver ações e instrumentos de ouvidoria ativa, com o intuito de interação direta com o usuário do SUS.

Este Serviço conta com as seguintes áreas: Núcleo de Pesquisa (Nupe), Área de Tratamento e Monitoramento (ATM), Núcleo de Capacitação (Nucap) e o Setor de Arquivo, conforme mostrado no Organograma seguinte.

► **Figura 1.** Organograma do Doges



Fonte: Brasil (2014b).

## Considerações finais

Ao longo deste capítulo apresentamos os antecedentes e o contexto histórico-político para o surgimento da Ouvidoria do SUS. A Ouvidoria-Geral do SUS é contemporânea do processo de redemocratização, a partir da reestruturação do Ministério da Saúde, protagonizada pela criação do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, a Ouvidoria-Geral do SUS tem sido um instrumento de qualificação da gestão no âmbito do SUS.

Além disso, mostramos a organização e a estruturação do processo de trabalho da Ouvidoria-Geral do SUS. Como um canal formalmente estruturado para intermediar o diálogo entre os cidadãos e a gestão pública da saúde, a Ouvidoria-Geral do SUS trabalha com um novo conceito de Ouvidoria, ao superar o seu papel clássico de receptor de manifestações. Nessa perspectiva, a gestão se antecipa na busca pelo estreitamento das relações

com os cidadãos, usuários dos serviços de saúde pública, com o objetivo de promover uma maior participação da comunidade no processo de avaliação do desempenho institucional e na proposição de diretrizes do SUS.

No cenário político-administrativo brasileiro, reconhece-se as necessidades de controle, regulação, análise e avaliação de políticas públicas. Há o reconhecimento, também, da importância do aperfeiçoamento e da inovação constantes na gestão das políticas públicas na área da saúde. Nesse contexto, as Ouvidorias públicas, de forma geral, e a Ouvidoria do SUS, mais especificamente, configuram-se como arenas para a participação direta e o exercício da cidadania nas políticas de saúde. O cidadão deixa de atuar como mero usuário do serviço público para exercer a função de controlador e avaliador das políticas públicas.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. *Falando de Ouvidoria: experiências e reflexões*. Brasília: MS, 2010. 93 p.

\_\_\_\_\_. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. *Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp, 2014a. 120 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. *Manual das Ouvidorias do SUS*. Brasília: MS, 2014b. 178 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. *Ouvidoria Ativa do SUS: ampliando a escuta e o acesso à informação do cidadão*. Brasília: MS, 2014c. 115 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidoria do SUS*. Brasília: MS, 2014d. 145 p.

LIMA NETO, F.; DURÁN, P. R. As ouvidorias públicas e conselhos de políticas: avanços e desafios na democratização da participação social e nas relações entre Estado e sociedade. *In*: MENEZES, R.; CARDOSO, A. (Org.). *Ouidoria pública brasileira: reflexões, avanços e desafios*. Brasília: Ipea, 2016.

## Demandas dos cidadãos brasileiros por meio do Sistema OuvidorSUS

Jessyka Mary Vasconcelos Barbosa

Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

Guilherme Otávio Figueiredo Grili

Domício Aurélio de Sá

Islândia Maria de Carvalho de Sousa

### Introdução

Este capítulo objetiva descrever as manifestações dos cidadãos brasileiros registradas no Sistema OuvidorSUS, que geraram algum tipo de mediação da Ouvidoria com outros órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS). As demandas podem ser caracterizadas como solicitação, reclamação ou denúncia, e chegam até o Sistema por meio de carta, telefone ou via internet. Os dados deste sistema de comunicação, utilizados para fortalecer o controle social no funcionamento da administração pública de saúde, têm sido pouco explorados para compreensão do seu comportamento, ao longo dos anos. Analisar a natureza e o comportamento dessas demandas pode subsidiar reflexões sobre como o Sistema vem sendo utilizado pelos cidadãos brasileiros. Além disso, permite fortalecer a construção de políticas que garantam o controle e a participação social efetivos quando tratados por meio deste canal de comunicação.

## Ouvidoria Nacional de Saúde no Brasil

As ouvidorias são concebidas, de acordo com o Decreto nº 8.243, de 2014, como instâncias de controle e participação social visando o aprimoramento da gestão pública (MARQUES; TAUCHEN, 2014). Processos de democratização e a consequente participação social no âmbito das instituições do Estado responsáveis pelas políticas públicas são fenômenos marcantes em todas as áreas governamentais, no Brasil.

No âmbito da saúde, a criação e a sistematização do trabalho das Ouvidorias, no SUS, foram instituídas como uma política, a partir de 2003, por meio de portaria ministerial que criou o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS como órgão integrante da estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b). As Ouvidorias do SUS, como passaram a ser denominadas, constituem um canal de comunicação direta com a sociedade. Em 2006, a Ouvidoria-Geral do SUS iniciou um processo de descentralização de suas ações, com a implantação de Ouvidorias nos municípios e estados federados. Assim, a utilização de instrumentos de escuta e disseminação de informações, não apenas acerca das ações, como também das políticas de saúde e as relações do SUS com o cidadão usuário, vem sendo ampliada, no país (BRASIL, 2009).

A instrumentalização desses mecanismos de participação com suporte de sistemas informatizados de comunicação oficial se viabilizou com o Sistema OuvidorSUS, em 2006. Esse sistema é capaz de registrar as manifestações dos cidadãos e permitir o seu gerenciamento, com a intenção de monitorar as respostas institucionais aos cidadãos demandantes. Nos últimos anos, esta iniciativa governamental passou a articular os vários mecanismos e instrumentos de comunicação para manifestações via página da internet, telefone, e-mail, carta e pessoalmente, quando

o cidadão pode se manifestar livremente sobre o SUS, em todo o país (BRASIL, 2010). As informações geradas na Ouvidoria do SUS possibilitam reflexões sobre as políticas e os sistemas de saúde, contribuindo para seu aprimoramento e capacidade de gestão. O tratamento dessas informações tem potencial para permitir maior participação da população nas políticas de saúde (THEOPHILO; ALVES, 2011).

## Procedimentos metodológicos de análises das demandas no Sistema OuvidorSUS

O Sistema OuvidorSUS foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus), com o objetivo de registrar os atendimentos realizados junto aos usuários. Este Sistema foi construído na linguagem Java, utilizando um banco de dados PostgreSQL, composto por três módulos de atendimento: registro de demanda, disseminação de informação e coleta de perfil do usuário. Implantado em 2006, o Sistema OuvidorSUS vem sendo utilizado por meio dos seguintes canais de atendimento: o Disque Saúde 136, composto por uma central de teleatendimento informatizada, via internet, as manifestações são recebidas por e-mail, assim como por formulário disponibilizado nas páginas oficiais da internet das secretarias de saúde municipais e estaduais, e no site do Ministério da Saúde no campo, denominado “*Fale Conosco*”. Além das cartas e correspondências oficiais relacionadas à saúde, encaminhadas ao governo federal e redirecionadas para a Ouvidoria-Geral do SUS.

Essas manifestações são classificadas pela Ouvidoria, durante o seu processamento, segundo o objetivo do cidadão que realizou a manifestação (BRASIL, 2008), sendo:

*Elogio*: manifestação que demonstra satisfação ou agradecimento por serviço prestado pelo SUS;

*Informação*: manifestação na qual o cidadão faz questionamentos a respeito do sistema de saúde ou sobre assistência à saúde;

*Denúncia*: manifestação que indica irregularidade ou indício de irregularidade na administração ou no atendimento por entidade pública ou privada de saúde;

*Reclamação*: manifestação de insatisfação em relação às ações e aos serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento;

*Solicitação*: manifestação que necessariamente contém um requerimento de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde; e

*Sugestão*: manifestação que propõe ação considerada útil à melhoria do sistema de saúde.

As manifestações dos usuários que buscam a Ouvidoria-geral do SUS são tratadas como demanda protocolada ou disseminação de informação. O módulo de disseminação da informação registra todas as solicitações de informação respondidas de imediato, não sendo necessário o registro de protocolo de mediação com outros órgãos do SUS (BRASIL, 2008, 2009). Todas as manifestações que necessitam de mediação entre a Ouvidoria e os responsáveis institucionais, gerando uma resposta formal, são denominadas demandas (BRASIL, 2010, 2014a, 2014b).

No Sistema Ouvidor as demandas são categorizadas por assuntos e sub-assuntos, de acordo com o setor governamental, como gestão, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, dentre outros, e são direcionadas aos órgãos responsáveis pela resposta institucional. Após esse processo de mediação, a demanda encaminhada para o órgão responsável deve ser respondida de acordo com regras normatizadas em portarias, quando caracterizadas por solicitação, denúncia ou reclamação. Essa função é realizada pelo módulo de registro do sistema. Esses dados pre-

sentes neste módulo foram trabalhados para detalhar o perfil das demandas que chegam à Ouvidoria do SUS. Os principais níveis de acesso ao Sistema são o operador, o técnico e o gestor. O operador registra a demanda; o técnico registra, categoriza e encaminha a demanda; e o gestor parametriza o Sistema.

Considerando tais possibilidades de manifestações, é importante compreender de que forma e por que os cidadãos usuários têm se manifestado na Ouvidoria-Geral do SUS. Dessa forma, buscou-se analisar as características das manifestações dos cidadãos que geram demandas, recebidas pelo Sistema OuvidorSUS, no período de 2007 a 2015. As análises de caráter nacional são descritivas e consideram as manifestações dos cidadãos brasileiros por meio dos canais de atendimento da Ouvidoria-Geral do SUS, de acordo com as seguintes características: classificação da demanda; unidade da federação do usuário; assunto da demanda; ano do atendimento; meio de atendimento. Os assuntos das demandas foram selecionados considerando os cinco temas mais frequentes de cada ano, chegando ao total de dez assuntos mais frequentes descritos em relação ao seu comportamento, ao longo dos anos. Os demais assuntos foram agrupados em “outros”. As análises dos dados foram realizadas de forma descritiva, por meio de frequências por ano, utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0.

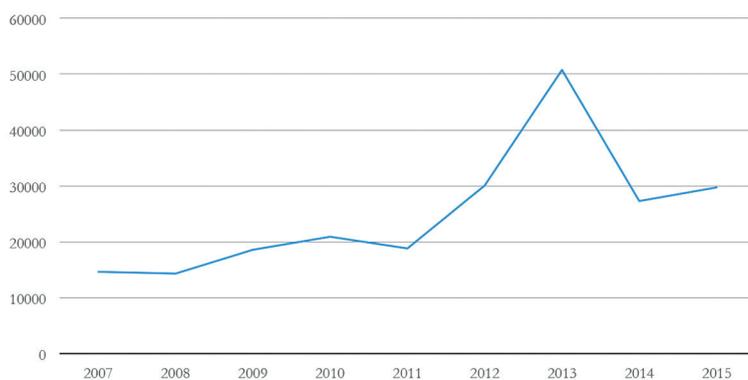
## Características das demandas dos cidadãos registradas pelo Sistema OuvidorSUS

Ao longo dos anos de 2007 a 2015, que correspondem aos primeiros 9 anos de funcionamento do Sistema OuvidorSUS, foram registradas 225.232 demandas, classificadas como solicitação (50%), reclamação (26%) ou denúncia (24%). O número de demandas foi crescente ao longo dos anos, com destaque para o ano de 2013, que registrou 50.758, e para os primeiros dois

anos analisados, 2007 e 2008, que tiveram os menores números de demandas registradas no sistema (14.672 e 14.312, respectivamente), como apresentado no Gráfico 1.

O crescimento do número das demandas geradas no Sistema OuvidorSUS, observado ao longo dos anos, reflete um possível aumento de conhecimento da população acerca da existência deste Sistema e sua consequente utilização mais frequente. Essas demandas, que geraram a necessidade de mediação institucional entre a Ouvidoria, a área governamental e os órgãos responsáveis, não correspondem necessariamente ao número de atendimentos que o Sistema realizou, visto que um único atendimento pode gerar mais de uma demanda. Por outro lado, há atendimentos que não geram registros como a disseminação de informações. O pico de atendimentos, no ano de 2013, deve-se à mudança nesse processamento, quando todo atendimento gerou um protocolo para todo tipo de manifestação, diferentemente dos demais anos.

► **Gráfico 1.** Descrição do número de manifestações que geraram demandas no Sistema OuvidorSUS, no período de 2007 a 2015

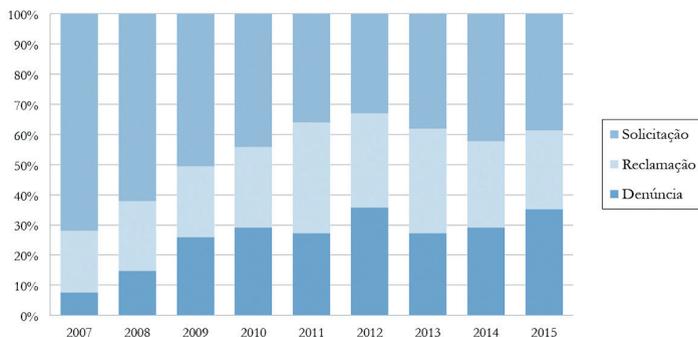


**Fonte:** Banco de Dados do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/Doges.

O Gráfico 2 demonstra que as principais demandas da Ouvidoria são caracterizadas como solicitação. Houve um declínio dessa demanda nos anos de 2007 a 2011, mas as solicitações correspondiam de 50 a 70% das demandas registradas no Sistema. A partir de 2011, o Sistema passou a ser utilizado de forma mais homogênea pelos usuários, para outras demandas que se caracterizavam como denúncia e reclamações. Entretanto, é importante destacar que as solicitações foram mais frequentes em todos os anos, com exceção apenas de 2012, ano em que as demandas do tipo denúncia foram ligeiramente mais frequentes.

As manifestações dos usuários do Sistema OuvidorSUS para realizar reclamações têm relação direta com sua satisfação com o sistema público de saúde. Esse é um importante indicador para alertar os gestores, com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço oferecido aos cidadãos. Dessa forma, esse tipo de demanda carece de uma análise detalhada a respeito da natureza das reclamações que ocorrem desde a implantação do Sistema OuvidorSUS. É necessário entender se tais demandas são

- **Gráfico 2.** Comportamento das demandas ao longo dos anos de 2007 a 2015, considerando a caracterização da demanda de acordo com a tipificação do Sistema OuvidorSUS

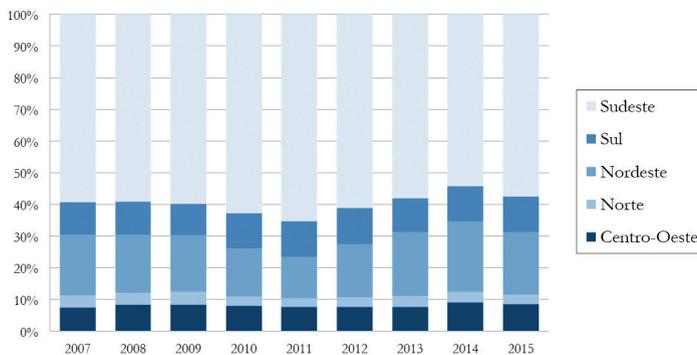


**Fonte:** Banco de Dados do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/Doges.

apenas questões pontuais ou se existem temas recorrentes que merecem ser examinados dentro de um contexto mais amplo e estrutural do SUS. As demandas relacionadas a denúncias e reclamações podem indicar a possibilidade de irregularidades nos serviços. O aumento das manifestações dos cidadãos sobre estas duas demandas reflete a importância da atuação da Ouvidoria de forma independente dos outros órgãos e sensível aos anseios dos usuários (FORTES, 2008), o que aumenta sua credibilidade e, conseqüentemente, favorece uma maior utilização do Sistema, por parte dos cidadãos.

Cerca de 60% das demandas no Sistema, nos anos analisados, são provenientes da Região Sudeste, seguida das regiões Nordeste, Sul, Centro-Oeste e Norte (Gráfico 3). Esse mesmo padrão de distribuição é mantido ao longo dos anos analisados. As diversidades regionais podem influenciar as formas de utilização dos mecanismos de comunicação pelos usuários do Sistema, como a frequência das demandas. É importante notar como esse sistema capta tais diferenças e aponta possíveis necessidades de intervenção dos gestores no Sistema de Saúde e no Sistema

► **Gráfico 3.** Comportamento das demandas no Sistema OuvidorSUS ao longo dos anos de 2007 a 2015, considerando a região de onde partiu a demanda



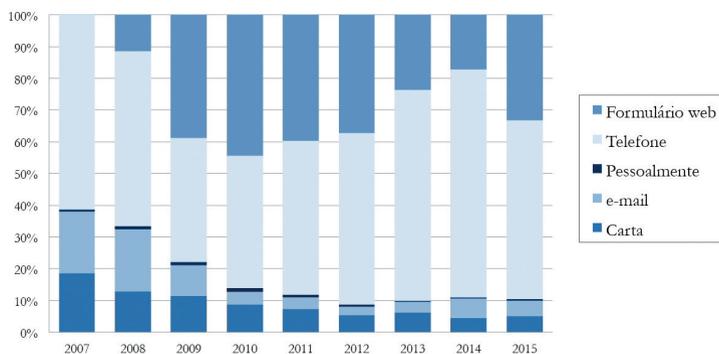
**Fonte:** Banco de Dados do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/Doges.

Ouvidor. Chamam a atenção, nesse sentido, as diferenças observadas entre as regiões Norte e Centro-Oeste, em relação às demais, sobre as demandas protocoladas na Ouvidoria do SUS. Os dados expostos no gráfico 3 expressam as variações das demandas, por região.

Com relação aos meios disponíveis para manifestação do cidadão (Gráfico 4), verifica-se que o telefone e o formulário, este último disponível na internet, têm sido as principais formas utilizadas pelos usuários para entrar em contato com a Ouvidoria do SUS, com destaque para a utilização do telefone. Este parece ser o meio mais acessível para a maior parte dos cidadãos por, talvez, permitir uma interação direta com os responsáveis pela mediação. Entretanto, a utilização de e-mail e carta se mantiveram presentes ao longo dos anos, embora com baixa frequência, quando comparados às outras formas de fazer contato com a Ouvidoria.

Faz-se necessário aprofundar de que forma as características sociodemográficas, sanitárias e culturais interferem no uso dos mecanismos de atendimento, para que sejam lançadas es-

► **Gráfico 4.** Comportamento das demandas ao longo dos anos de 2007 a 2015, considerando o meio de atendimento no Sistema OuvidorSUS

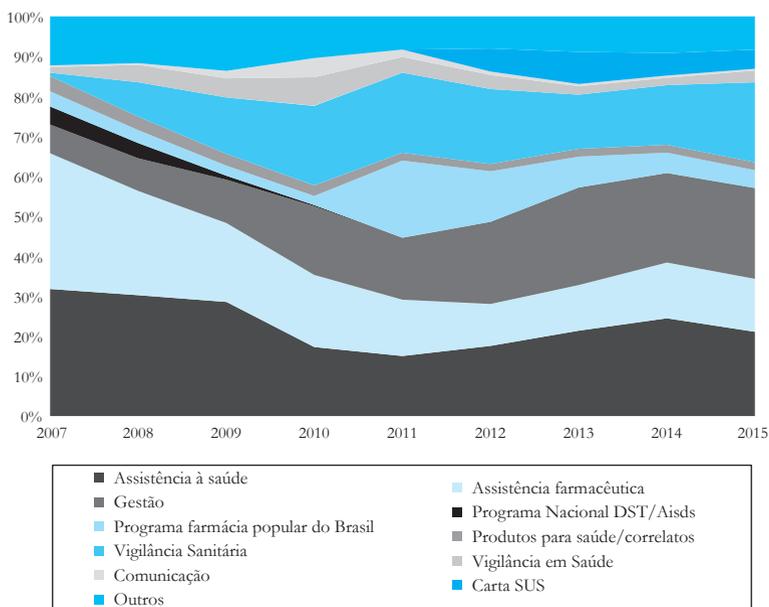


Fonte: Banco de Dados do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/Doges.

estratégias para facilitar o acesso à Ouvidoria, de acordo com as necessidades do cidadão.

No que se refere ao assunto das demandas, representados no Gráfico 5, cerca de 50% delas, em todos os anos, são referentes à assistência à saúde, assistência farmacêutica, gestão e vigilância sanitária. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde e medicamentos foi apontada, em outros estudos (FORTES, 2008; PEIXOTO; MARSIGLIA; MORRONE, 2013), entre as principais motivações para os usuários apresentarem manifestações no Sistema de Ouvidoria do SUS. Algo recorrente em todos os anos analisados, conforme expresso no gráfico 5. Mesmo que algumas variações a respeito do processo de tipificação das demandas

► **Gráfico 5.** Comportamento das demandas ao longo dos anos de 2007 a 2015, considerando o assunto da demanda conforme foi tipificada no Sistema OuvidorSUS



**Fonte:** Banco de Dados do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/Doges.

em tais categorias possam gerar alguma variação no seu enquadramento, por parte dos técnicos do sistema, a consistência dos dados, ao longo desses anos, faz crer que esse comportamento seja coerente com as necessidades dos usuários.

Inicialmente, é importante destacar que as demandas do Programa Farmácia Popular do Brasil só surgiram em 2011, pois foi este o ano de implantação do Programa (THEOFILO; ALVES, 2011). Com o objetivo de ampliar o acesso a medicamentos considerados essenciais para a população, a presença recorrente de demandas no Sistema, referente a este Programa, pode estar relacionada à reconhecida má disponibilidade e distribuição de medicamentos para a população. Sendo este um problema identificado também em outra forma de tipificação no Sistema, referente à assistência farmacêutica. O assunto assistência farmacêutica está relacionado diretamente com a possível falta de medicamentos ou sugestão de inclusão dos fármacos. Isso corrobora com a necessidade de priorizar esse problema pelo comportamento dessas demandas apresentadas nesse gráfico.

Outro fato importante a ser destacado refere-se ao tipo de assunto relacionado às DSTs e Aids, uma demanda menos frequente entre os usuários no Sistema OuvidorSUS, a partir de 2010, quando sua frequência passa a ser menor que 1%. Apesar da possibilidade de demandas relacionadas às DSTs/Aids terem sido categorizadas em outros tipos de assuntos, sugere-se que o tema seja melhor analisado para compreender por que essas demandas específicas relacionadas às DSTs/Aids não aparecem mais tipificadas com tanta frequência no “Programa Nacional DSTs/Aids”. Talvez esse comportamento esteja associado à qualidade desse programa brasileiro, reconhecido mundialmente.

A garantia da funcionalidade do SUS e a qualidade de suas ações constituem grandes e reconhecidos desafios, por conta

dos obstáculos relacionados ao subfinanciamento crônico (PAIM, 2011). Provavelmente, devido a estes fatores os assuntos gestão, assistência à saúde e vigilância à saúde apresentaram mais demandas ao longo dos anos estudados.

## Conclusões

O inegável papel do Sistema de Ouvidorias na Saúde se reafirma ao observarmos o expressivo número de manifestações mediadas pelo Doges entre os usuários e os gestores do SUS, no período de 2007 a 2015. Esse Sistema se revela como uma ferramenta de gestão capaz de orientar a identificação de problemas na rede de serviços. Pelo volume das manifestações relacionadas aos problemas crônicos do SUS, o Sistema Ouvidor é um canal de participação capaz de oferecer um processo permeável de ausculta institucional direta, com potencial incremento da qualidade dos serviços, supervisão e controle social. Ele oferece suporte ao gestor na identificação de problemas individuais e coletivos dos usuários dos serviços de saúde, motivo pelo qual deve ser objeto de estudos aprofundados quanto à sua potencialidade, aplicação e aperfeiçoamento, face à capilaridade e responsividade intrínseca desses mecanismos de comunicação direta no tratamento das demandas do cidadão brasileiro.

São necessários, portanto, estudos sobre o tratamento de volume tão expressivo de demandas dos cidadãos aos órgãos responsáveis, para avaliar a efetividade desse Sistema diante da sua missão institucional. Pressupõe-se que, quanto mais usuários tiverem acesso a este canal, maior será a garantia de participação e empoderamento da sociedade sobre o Sistema Único de Saúde. Por isso, é importante ampliar o conhecimento dos usuários sobre a existência deste canal de comunicação para equacionar as desigualdades regionais possivelmente relacionadas ao acesso a este Sistema.

Por outro lado, é necessário ampliar o uso dos dados do Sistema OuvidorSUS para explorar melhor seu potencial como ferramenta de gestão. A disponibilidade para solicitar, reclamar ou denunciar só acontece quando o cidadão tem expectativa de que será atendido. Do contrário, não haveria o expressivo uso observado do Sistema, de forma consistente, ao longo dos anos. Do mesmo modo, os elogios e sugestões oferecidos são também demonstrações de que uma parcela daquelas que usam o SUS investem seu tempo em demonstrar que acreditam e querem participar da melhoria da qualidade do Sistema Público de Saúde do país.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Glossário temático: ouvidoria do SUS*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS*. Brasília: MS, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. *Falando de Ouvidoria: experiências e reflexões*. Brasília: MS, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Ouvidoria-geral do SUS: um espaço de cidadania*. 2. ed. Brasília: MS, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. *Relatório Gerencial*. Brasília: MS, 2014b.

FORTES, N. M. *O papel das ouvidorias públicas de saúde como ferramenta do controle social e da gestão do SUS*. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

MARQUES, P. M. F.; TAUCHEN, G. Ouvidorias públicas: cidadania e participação na perspectiva da ação comunicativa. *Revista Brasileira de Política e Administração da Educação*, Brasília, v. 30, n. 3, p. 497-511, set./dez. 2014.

NARDO, L. R. O.; JULIANI, C. M. C. M. Ouvidoria: avaliando o acesso aos serviços de saúde. *Rev Rene: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 613-622, 2012.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9779, 2011.

PEIXOTO, S. F.; MARSIGLIA, R. M. G.; MORRONE, L. C. Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 3, 2013.

JÚNIOR, A. F. S. *Ouvidoria no Sistema Único de Saúde: é um espaço de gestão democrática e participativa?* 2012. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações Aprendentes) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

THEOPHILO, R. L.; ALVES, S. M. C. O cidadão e a Ouvidoria-Geral do SUS: análise das demandas protocoladas no Disque Saúde em 2011. *Tempus: actas de saúde coletiva*, Brasília, v. 7, n. 1, 2013.

## Caracterização das demandas e perfil dos cidadãos demandantes da Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde

Vanessa Souto de Melo

Islândia Maria Carvalho de Sousa

Jessyka Mary Barbosa Vasconcelos

Guilherme Otávio Figueiredo Grili

Márcio André Paysan de Jesus

### Introdução

No processo de redemocratização do país, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) consegue, mediante promulgação da Constituição Federal de 1988, que a saúde seja considerada um direito de todos e dever do Estado, após longos anos de luta empreendida por diversos segmentos da sociedade civil organizada. Neste contexto, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe mudanças substantivas nas práticas sanitárias, no modo de pensar o processo saúde-doença e o tipo de assistência à saúde ofertada à população. O SUS foi aprovado com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade do cuidado, com a garantia da participação direta da população na construção das políticas públicas de saúde (SILVA, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2007; PAIM *et al.*, 2011).

Nesta perspectiva, ao longo do seu processo de implementação foram criados dispositivos institucionais, como as Ouvidorias do SUS, canais de comunicação direta entre a gestão e os cidadãos usuários. Formalmente, as Ouvidorias passaram a ser um serviço de acolhimento das manifestações da população usuária, tornando-se uma das alternativas para promover a melhoria e a qualificação dos serviços prestados, a partir da escuta direta do cidadão, assim como um veículo de disseminação de informações em saúde (NARDOL; JULIANI, 2012).

Em julho de 2003, por meio do Decreto Presidencial nº 4726, essa política foi institucionalizada pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges), vinculado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa-SGEP. Em 2006, através do Pacto pela Saúde, inicia-se o processo de descentralização de suas ações, com a implantação de Ouvidorias nos municípios e estados, visando o fortalecimento do SUS, na medida em que ampliam o alcance dos instrumentos de escuta e disseminação de informações acerca das ações e das políticas de saúde (BRASIL, 2009).

A Ouvidoria constitui, assim, um serviço que recebe as demandas relacionadas às necessidades reais dos usuários do SUS, sendo, potencialmente, uma ferramenta importante para o mapeamento de problemas, de áreas críticas, muitas vezes distantes ou ocultos da realidade dos trabalhadores da saúde e da gestão. As informações geradas no âmbito da Ouvidoria servem para a reflexão acerca das políticas de saúde e podem contribuir no planejamento das ações da gestão, assim como proporcionam maior envolvimento da população com as políticas de saúde (THEOPHILO; ALVES, 2013).

Compreendendo a Ouvidoria como um importante canal de comunicação direta, é importante considerar as características sociodemográficas e econômicas da população, na medida em que, estas características podem expressar a relação direta com

os assuntos apresentados, bem como a utilização dos serviços de saúde (DIAS-DA-COSTA, 2011).

O objetivo deste estudo é caracterizar as demandas dos usuários do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e correlacioná-las às características sociodemográficas e econômicas dos demandantes, do período de 2010 a 2015.

## Aspectos metodológicos

Estudo longitudinal descritivo, com abordagem quantitativa, realizado a partir das demandas da Ouvidoria-Geral do SUS. A população do estudo é composta por todos os usuários que, ao utilizarem o Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS, foram classificados como demanda formal e responderam ao questionário sociodemográfico e econômico, no período entre 2010 e 2015.

Os dados secundários foram coletados em dois bancos disponibilizados pelo Doges. O primeiro banco corresponde às demandas da Ouvidoria e o segundo está relacionado às características sociodemográficas e econômicas dos usuários. De um total de 99.738 casos observados, 18% pertenciam ao primeiro banco e 5% ao banco sociodemográfico e econômico.

A entrada dos dados se inicia a partir dos atendimentos realizados pelo Sistema OuvidorSUS, feitos através dos canais de comunicação disponibilizados pelo Doges-MS: atendimento pessoal, por telefone, formato internet, por carta, correspondências oficiais e e-mail. Logo após acolhida a manifestação, caso necessite de uma resposta institucional, esta é denominada Demanda Protocolada. O processo finaliza com o envio da Demanda Protocolada aos três níveis de gestão do SUS, momento em que devem ser dadas respostas cabíveis para cada situação. As demandas são agrupadas em: denúncia, elogio, sugestão, solicitação, reclamação e informação. O teor da demanda é o que se caracteriza como Assunto. É possível, através dos aten-

dimentos da Ouvidoria do SUS, colher informações sobre o perfil dos usuários, como sexo, idade, renda e região geográfica. O preenchimento do questionário com características sociodemográficas e econômicas não é obrigatório. Portanto, nem todos os usuários respondem a ele. O que resulta em diferenças entre o total das variáveis pertencentes ao banco de dados das demandas e as variáveis do questionário sociodemográfico.

Neste estudo, foram considerados critérios de inclusão os casos que apresentaram assuntos com representação maior que 5% do total de assuntos das demandas protocoladas no período analisado.

As variáveis sociodemográficas e econômicas utilizadas foram: sexo, faixa etária, raça/cor, renda, escolaridade (anos) e região geográfica. Na variável faixa etária, foram consideradas apenas as categorias adultos e idosos: adultos, os indivíduos com idade entre 19 e 59 anos, e idosos, com 60 anos ou mais. Para a variável renda foi utilizado o valor do salário mínimo de R\$465,00, referente ao ano de 2009, visto que a Ouvidoria Nacional do SUS utilizou esta classificação sem a atualização anual.

Além disso, foram consideradas como variáveis os meios de atendimento (pessoalmente, telefone, carta, correspondência oficial, e-mail e formato internet), assim como a classificação da demanda (denúncia, elogio, informação, solicitação e reclamação), por assuntos. Para a análise, foi feito o cruzamento da variável assunto com as demais variáveis citadas.

No Quadro 1 são descritos os assuntos mais demandados a partir dos critérios de inclusão do estudo e sua caracterização, de acordo com o manual de tipificação do sistema informatizado OuvidorSUS.

Para análise e processamento dos dados foi necessária a junção dos dois bancos, através do programa *Statistical Package for*

- **Quadro 1.** Assuntos das demandas do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, de acordo com sua tipificação

Assunto	Tipificação
Gestão	Situações que envolvam a gerência necessária ao funcionamento do Sistema Único de Saúde, incluindo neste âmbito a responsabilidade das esferas de governo que, por meio da habilitação de gestão, assumiram o compromisso de garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde, incluindo com suficiência e qualidade ações e serviços de saúde.
Assistência à saúde	Compreende o rol de demandas que abordam a necessidade de procedimentos médicos em todos os níveis de complexidade (área ambulatorial e hospitalar), abarcando, igualmente, o tratamento domiciliar. Cabe também as demandas de transplantes de órgãos
Assistência farmacêutica	Envolve as questões relacionadas à solicitação de medicamentos, reclamação da falta dos mesmos na rede do Sistema Único de Saúde, sugestão de inclusão de fármacos no elenco daqueles que são cobertos pelo SUS, além de outras manifestações que se refiram a desvio ou revenda de medicações direcionadas à distribuição gratuita.
Programa Farmácia Popular do Brasil	O Programa Farmácia Popular do Brasil visa ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, como aqueles para tratamento de diabetes, hipertensão, gastrite, colesterol, analgésicos, entre outros. Os fármacos que compõem o programa são vendidos a preço de custo ao cidadão.

Fonte: Elaboração própria.

*the Social Sciences* (SPSS 21.0). Por se tratar de banco de dados restrito, foi necessária a autorização do Departamento da Ouvidoria-Geral do SUS/Doges para a divulgação dos dados.

## Resultados

Os resultados são apresentados em tabelas com os assuntos das demandas (Gestão, Assistência à Saúde, Assistência Farmacêutica, e Programa Farmácia Popular do Brasil), de acordo com as características sociodemográficas dos usuários. Vale ressaltar que, no período analisado, a Ouvidoria realizou 99.738

atendimentos. As respostas ao questionário sociodemográfico e econômico representam apenas 4% das demandas protocoladas. Neste período, o assunto mais demandado esteve relacionado à Gestão, apresentando, em 2010, o maior número de demandas protocoladas (52%); seguido de Assistência à Saúde, Assistência Farmacêutica e Programa Farmácia Popular do Brasil. Apenas no ano de 2014 a Assistência à Saúde foi o assunto mais demandado (36%) (Tabela 1).

► **Tabela 1.** Banco de Dados do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/ Doges, 2016.

Assunto	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Gestão	3063	52	2384	34	5326	37	8881	40	4161	34	5653	40
AS*	1307	22	1275	18	3382	18	6997	32	4389	36	4568	32
AF**	1556	26	1369	20	2047	25	3501	16	2499	21	2799	20
PEPB***	-	-	1922	28	2640	20	2579	12	1099	9	1283	8
Total	5926	100	6950	100	13395	100	21958	100	12148	100	14303	100

\*Assistência à Saúde; \*\*Assistência Farmacêutica; \*\*\*Programa Farmácia Popular do Brasil.

Nas demandas relacionadas à gestão, observou-se maior participação do sexo feminino no total (58% a 60%) das demandas geradas, e cerca de 94 a 88% encontravam-se na faixa etária adulto. Quanto às condições socioeconômicas, 35 a 45% possuíam renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos; destes, 65 a 51% se declararam brancos, e a maioria dos usuários afirmou ter mais de 10 anos de estudo (62% a 50%) (Tabela 2).

A Região Sudeste apresentou o maior número de demandas (65% a 50%). Quanto ao meio de atendimento, o formato internet foi o mais utilizado nos anos 2010/2012, respectivamente 88% e 55%, e o meio telefone predominou nos anos 2013 a 2015, respectivamente 71 e 65%, sendo as reclamações a demanda que apresentou o maior número de registros (39 a 58%) (Tabela 2).

► **Tabela 2.** Assunto Gestão, de acordo com as características sociodemográficas e econômicas, meio de atendimento e classificação da demanda, no período entre 2010 e 2015

Variáveis	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	n°	%										
<i>Sexo</i>												
Feminino	1740	58	1373	58	3278	62	5501	62	2624	63	3399	60
Masculino	1240	42	1011	42	2048	39	3380	38	1537	37	2254	40
Total	2980	100	2384	100	5326	100	8881	100	4161	100	5653	100
<i>Faixa etária</i>												
Adulto	1885	94	2147	92	4542	91	6913	88	3362	88	4763	88
Idoso	120	6	193	8	425	9	932	12	465	12	616	12
Total	2005	100	2340	100	4967	100	7845	100	3797	100	5379	100
<i>Raça/Cor</i>												
Amarela	32	2	43	2	119	3	91	1	65	2	99	2
Branca	1180	65	1419	66	2683	58	2967	46	1770	47	2573	51
Indígena	11	1	16	1	42	1	39	1	35	1	63	1
Pardo	455	25	510	24	1424	31	2648	41	1469	39	1808	36
Preto	126	7	157	7	394	9	661	10	408	11	504	10
Total	1804	100	2145	100	4662	100	6406	100	3747	100	5047	100
<i>Faixa de renda</i>												
<1 SM	166	11	214	12	541	14	919	14	579	17	878	19
1-2 SM	516	35	636	36	1526	40	2624	40	1469	43	1991	44
2-5 SM	492	34	518	29	1136	30	1792	27	853	25	1043	23
5-10 SM	169	12	252	14	418	11	756	11	322	9	421	9
>10 SM	114	8	154	9	208	5	542	8	230	7	228	5
Total	1457	100	1774	100	3829	100	6633	100	3453	100	4561	100
<i>Anos de estudo</i>												
<1	42	2	40	2	105	2	171	2	94	3	98	2
1-3	88	3	115	5	372	7	884	11	562	15	547	10
4-7	108	4	111	5	287	6	567	7	258	7	305	5
8-10	866	30	740	32	1646	33	2719	35	1422	38	1887	33
>10	1786	62	1340	57	2610	52	3550	45	1461	39	2814	50
Total	2890	100	2346	100	5020	100	7891	100	3797	100	5651	100

→

Variáveis	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
<i>Região</i>												
Norte	91	3	36	2	167	3	308	4	154	4	180	3
Nordeste	527	17	394	17	1611	30	3474	39	1784	43	1854	33
Centro-Oeste	28	1	22	1	164	3	224	3	195	5	254	5
Sudeste	1982	65	1695	71	2917	55	4319	49	1601	39	2799	50
Sul	435	14	237	10	467	9	556	6	427	10	566	10
Total	3063	100	2384	100	5326	100	8881	100	4161	100	5653	100
<i>Meio de atendimento</i>												
E-mail	-	-	-	-	163	3	53	1	1	-	22	-
Formato internet	2679	88	1902	80	2927	55	2569	29	150	4	2069	37
Telefone	381	12	482	20	2236	42	6259	71	4010	96	3562	63
Total	3060	12	482	20	5326	100	8881	100	4161	100	5653	100
<i>Classificação da demanda</i>												
Denúncia	752	25	509	21	1700	32	1597	18	590	14	1141	20
Elogio	62	2	87	4	346	7	618	7	270	7	390	7
Reclamação	114	39	974	41	2473	46	5144	58	2745	66	3295	58
Solicitação	133	4	114	5	171	3	210	2	75	2	132	2
Sugestão	161	5	159	7	193	4	265	3	107	3	193	3
Total	3063	100	4395	100	7338	100	10894	100	6175	100	7668	100

**Fonte:** Banco de Dados do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/Doges.

**Nota geral:** salário mínimo no valor de quatrocentos e sessenta e cinco reais, equivalente ao ano de 2009.

\*SM = salário mínimo

Quanto ao assunto Assistência à Saúde, o sexo feminino apresentou 65% a 70% das demandas e, destas, 88 e 81 % na faixa etária de adultos. Quanto às condições socioeconômicas, 53% ganham de 1 a 2 salários mínimos, 56 a 45% se declararam como brancos, e cerca de 40% têm até 10 anos de estudos (Tabela 3).

A maioria dos atendimentos foram oriundos da Região Sudeste (60%), seguindo-se a Região Nordeste. O meio de atendimento via telefone foi o mais utilizado (100%). As solicitações corresponderam à quase totalidade das demandas gradadas

(99%). Reclamações, informações, sugestões e denúncias apresentaram número absoluto no período, mas o percentual não foi significativo (Tabela 3).

No assunto Assistência Farmacêutica o sexo feminino apresentou 67 e 64% das demandas e 84 e 78% na faixa etária de adul-

► **Tabela 3.** Assunto Assistência à Saúde, de acordo com as características sociodemográficas e econômicas, meio de atendimento e classificação da demanda, no período entre 2010 e 2015

Variáveis	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	n°	%										
<i>Sexo</i>												
Feminino	834	65	844	66	2298	68	4982	71	3177	72	3232	70
Masculino	453	35	431	34	1084	32	2015	29	1212	28	1336	30
Total	1287	100	1275	100	3382	100	6997	100	4389	100	4568	100
<i>Faixa etária</i>												
Adulto	922	88	1077	88	2738	85	5390	83	3467	83	3554	81
Idoso	128	12	152	12	469	15	1087	17	703	17	856	19
Total	1050	100	1229	100	3207	100	6477	100	4170	100	4410	100
<i>Raça/Cor</i>												
Amarela	20	2	20	2	66	2	91	1	83	2	95	2
Branca	575	56	647	53	1615	51	2967	46	1826	44	1943	45
Indígena	5	1	12	1	40	1	39	1	30	1	51	1
Pardo	338	33	417	34	1170	37	2648	41	1713	42	1802	41
Preto	92	9	117	10	282	9	661	10	480	12	479	11
Total	1030	100	1213	100	3173	100	6406	100	4132	100	4370	100
<i>Faixa de renda</i>												
<1 SM	161	22	231	23	502	20	1244	22	958	25	1309	31
1-2 SM	386	53	524	51	1476	58	3152	57	2144	57	2198	53
2-5 SM	147	20	230	23	487	19	1033	19	584	15	569	14
5-10 SM	25	3	26	3	56	2	109	2	78	2	72	2
>10 SM	7	1	9	1	23	1	27	1	21	1	14	0
Total	726	100	1020	100	2544	100	5565	100	3785	100	4162	100

→

Variáveis	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
<i>Anos de estudo</i>												
<1	35	3	41	3	114	4	206	3	105	3	127	3
1-3	152	14	197	16	654	20	1478	23	968	23	1065	23
4-7	111	10	130	11	419	13	763	12	482	12	433	9
8-10	434	40	537	43	1380	43	2843	44	1841	44	1868	41
>10	346	32	337	27	650	20	1224	19	761	18	1071	24
Total	1078	100	1242	10	3217	10	6514	10	4157	10	4564	100
<i>Região</i>												
Norte	16	1	15	1	57	2	118	2	87	2	91	2
Nordeste	328	25	354	28	930	28	2598	37	1746	40	1300	2
Centro-Oeste	27	2	32	3	129	4	257	4	179	4	164	4
Sudeste	785	60	762	60	1885	56	3425	49	1974	45	2566	5
Sul	151	12	112	9	381	11	599	9	403	9	447	1
Total	1307	100	1275	10	3382	10	6398	10	4389	10	4568	1
<i>Meio de atendimento</i>												
Carta	2	-	-	-	1	-	1	-	-	-	4	-
Correspondência oficial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
E-mail	-	-	-	-	38	1	12	-	-	-	2	-
Formato internet	644	49	519	41	676	20	914	13	62	1	658	1
Pessoalmente	11	1	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Telefone	650	50	755	59	2667	79	6069	87	4326	99	3903	8
Total	1307	100	1275	100	3382	100	6997	100	4389	10	4568	1
<i>Classificação da demanda</i>												
Denúncia	-	-	2	-	5	-	11	-	1	-	3	-
Informação	15	1	6	1	27	1	32	1	3	-	19	-
Reclamação	5	-	1	-	23	1	71	1	12	-	22	1
Solicitação	1287	99	1266	99	3326	98	6877	98	4359	99	4519	99
Sugestão	-	-	-	-	1	-	6	-	14	-	5	-
Total	130	10	126	99	3382	98	6997	98	4389	99	4568	100

**Fonte:** Banco de Dados do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/Doges.

Nota geral: salário mínimo no valor de quatrocentos e sessenta e cinco reais, equivalente ao ano de 2009.

\*SM = salário mínimo

tos; no entanto, a faixa idosos (15 a 23%) registrou a maior participação neste assunto. Quanto às condições socioeconômicas, 44 a 57% ganham de 1 a 2 salários mínimos, 70 a 50% se declaram brancos e, destes, 43% e 41% têm mais de 10 anos de estudos (anos 2010/2011 e 2012/2015, respectivamente) (Tabela 4).

A Região Sudeste foi a que mais demandou (61% e 53%), sendo o meio por telefone o mais utilizado (50-88%). Vale assinalar um aumento do formato web (49%). A demanda mais apresentada foi a do tipo Solicitações (Tabela 4).

Quanto ao Programa Farmácia Popular do Brasil, a partir de 2011, ano em que foi lançado, já representa mais de 5% das

► **Tabela 4.** Assunto Assistência Farmacêutica, de acordo com as características sociodemográficas e econômicas, meio de atendimento e classificação da demanda, no período 2010/2015

Variáveis	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	n°	%										
<i>Sexo</i>												
Feminino	1018	67	834	61	1322	65	2277	65	1610	64	1790	64
Masculino	510	33	535	39	725	35	1224	35	889	36	1009	36
Total	1528	100	1369	100	2047	100	1224	35	2499	100	2799	100
<i>Classificação da demanda</i>												
Denúncia	17	1	12	1	90	4	49	1	11	-	30	1
Elogio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Informação	96	6	97	7	52	3	65	2	15	1	72	3
Reclamação	256	17	291	21	218	11	422	12	315	13	300	11
Solicitação	1169	75	955	70	1667	81	2947	84	2144	86	2359	84
Sugestão	18	1	14	1	20	1	18	1	14	1	38	1
Total	1556	100	1369	100	2047	100	3501	100	2499	100	2799	100

**Fonte:** Banco de Dados do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/Doges.

Salário mínimo no valor de quatrocentos e sessenta e cinco reais, equivalente ao ano de 2009.

\*SM = salário mínimo

(Ver observações nas tabelas anteriores)

demandas da Ouvidoria. O sexo feminino apresentou 57 e 54% das demandas, e cerca de 85% na faixa etária de adultos; contudo, registra-se o aumento da participação dos idosos (22 a 31%). Quanto às condições socioeconômicas, 42 e 39%, respectivamente, ganhavam 2 a 5 salários mínimos nos anos de 2011/2015, e 1 a 2 salários mínimos nos anos de 2012/2013/2014; desses, 72 e 62% se declararam brancos; 41% dos usuários têm até 10 anos de estudos (ano de 2013), (Tabela 5).

No que concerne à região, o Sudeste apresentou maior número de demandas (60 e 46%), e o contato telefônico foi o mais utilizado (71 e 85%). As reclamações corresponderam à maioria das demandas (64 e 77%) (Tabela 5).

- **Tabela 5.** Assunto Programa Farmácia Popular do Brasil, de acordo com as características sociodemográficas e econômicas, meio de atendimento e classificação da demanda, no período entre 2010 e 2015

Variáveis	2011		2012		2013		2014		2015	
	n°	%								
<i>Sexo</i>										
Feminino	1086	57	1647	62	1555	60	661	60	686	54
Masculino	836	44	993	38	1024	40	438	40	597	46
Total	1922	100	2640	100	2579	100	1099	100	1283	100
<i>Faixa etária</i>										
Adulto	1418	78	1688	70	1559	69	834	82	1028	85
Idoso	401	22	724	30	707	31	186	18	182	15
Total	1819	100	2412	100	2266	100	1020	100	1210	100
<i>Raça/Cor</i>										
Amarela	37	2	48	2	39	2	14	1	23	2
Branca	1255	72	1549	65	1392	63	625	62	731	62
Indígena	2	0	5	0	12	1	5	1	9	1
Pardo	345	20	603	25	621	28	307	31	332	28
Preto	103	6	165	7	157	7	56	6	82	7
Total	1742	100	2370	100	2221	100	1007	100	1177	100

→

Variáveis	2011		2012		2013		2014		2015	
	n°	%								
<i>Faixa de renda</i>										
<1 SM	94	6	143	7	179	9	70	7	104	9
1-2 SM	469	32	801	40	803	40	348	37	412	36
2-5 SM	626	42	690	34	700	35	371	39	374	33
5-10 SM	212	14	258	13	224	11	111	12	166	15
>10 SM	84	6	120	6	82	4	50	5	79	7
Total	1485	100	2012	100	1988	100	950	100	1135	100
<i>Anos de estudo</i>										
<1	15	1	25	1	34	2	8	1	5	0
1-3	127	7	251	10	221	10	78	8	94	7
4-7	132	7	214	9	212	9	60	6	52	4
8-10	570	31	895	37	918	41	422	41	420	33
>10	982	54	1031	43	876	39	452	44	712	56
Total	1826	100	2416	100	2261	100	1020	100	1283	100
<i>Região</i>										
Norte	28	2	23	1	53	2	11	1	20	2
Nordeste	443	23	735	28	995	39	360	33	326	25
Centro-Oeste	46	2	82	3	73	3	81	7	147	12
Sudeste	1159	60	1492	57	1205	47	500	46	594	46
Sul	246	13	308	12	253	10	147	13	196	15
Total	1922	100	2640	100	2579	100	1099	100	1283	100
<i>Meio de atendimento</i>										
E-mail	-	-	8	-	1	-	-	-	-	-
Formato internet	549	29	267	10	229	9	11	1	187	15
Telefone	1373	71	2365	90	2349	91	1087	99	1096	85
Total	1922	29	2640	10	2579	9	1099	1	1283	15
<i>Classificação da demanda</i>										
Denúncia	154	8	441	17	428	17	757	69	833	65
Elogio	2	-	1	-	5	-	1	-	1	-
Informação	334	17	72	3	66	3	19	2	140	11
Reclamação	1237	64	2058	78	1980	77	294	27	263	21
Solicitação	90	5	15	1	19	1	1	-	9	1
Sugestão	105	6	53	2	81	3	27	3	37	3
Total	1922	100	2640	100	2579	100	1099	100	1283	100

**Fonte:** Banco de Dados do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS /Doges.

Salário mínimo no valor de 465 reais, equivalente ao ano de 2009.

\*SM = salário mínimo.

## Discussão

Os assuntos tratados na Ouvidoria Nacional do SUS demonstram consistência em relação ao perfil dos demandantes, ao longo dos anos. O perfil geral dos usuários demandantes do Sistema apresenta as seguintes características: sexo feminino, adultas, brancas, residentes na Região Sudeste do país, com renda de 1 a 2 salários mínimos e 8 a 10 anos de estudo. O contato telefônico foi o meio de atendimento mais utilizado. De acordo com a classificação da demanda, observam-se diferenças expressivas na caracterização dos assuntos demandados. Assim, os assuntos Gestão e Programa Farmácia Popular do Brasil são os que apresentam maior número de reclamações. Já os programas Assistência à Saúde e Assistência Farmacêutica apresentam o maior número de solicitações.

A vocalização dos assuntos por usuários do sexo feminino concorda com outros estudos relacionados ao tema Ouvidoria na literatura científica (VERAS, 2005; PINTO *et al.*, 2015). Este achado provavelmente deve estar relacionado ao fato das mulheres procurarem mais os serviços de saúde do que os homens (LEVORATO *et al.*, 2014), bem como apresentarem uma relação mais próxima com o cuidado assistencial individual e das famílias. Sobretudo, quando comparado com outros entes dos grupos familiares, mais especificamente, as mulheres desempenham um papel tradicional no que concerne à sua assistência à saúde, com o controle da fecundidade, a realização de exames ginecológicos preventivos e outros fatores, como o início da idade reprodutiva. Estes fatores, em conjunto, podem justificar a busca, principalmente por mulheres, pelos serviços da Ouvidoria (VERAS, 2005; GOMES *et al.*, 2007; DILÉLIO *et al.*, 2014).

A procura reduzida pela Ouvidoria por usuários acima dos 65 anos de idade pode ser devida às dificuldades inerentes a esse segmento etário, que se expressam como barreiras de acesso

quando procuram por serviços de saúde, quer sejam barreiras arquitetônicas, sociodemográficas, econômicas, culturais ou motoras (TRAVASSOS *et al.*, 2006). Esta procura reduzida pode ocorrer também por dificuldades no manejo dos instrumentos de comunicação da Ouvidoria do SUS. O empoderamento destes usuários, no que concerne ao entendimento da saúde como direito e a possibilidade de buscar instrumentos que permitam a vocalização de suas demandas acerca do SUS é uma tarefa fundamental, face ao envelhecimento da população brasileira (LIMA, 2011; SILVA *et al.*, 2012).

Quanto à variável raça/cor, existem poucos achados, na literatura, abordando a utilização dos serviços da Ouvidoria de acordo com esta variável. A ampla participação de usuários que se declaram brancos e a baixa procura desses instrumentos por indivíduos da cor preta sugerem a persistência das desigualdades de acesso e utilização dos serviços de saúde pela população negra neste país, como já afirmava Barata (2008), ao tratar dessas diferenças no SUS.

A renda *per capita* daqueles que demandam a Ouvidoria com mais frequência permaneceu entre 1 e 2 salários mínimos (no valor do ano de 2009). Este dado corrobora com outros estudos que analisam a renda de usuários que utilizam as Ouvidorias (VERAS, 2005; FORTES, 2008). Os achados também sugerem, concordando com estudos de Ribeiro *et al.* (2006), existir maior probabilidade de indivíduos de baixa renda utilizarem os serviços públicos de saúde. Desta forma, provavelmente se explicaria a utilização da Ouvidoria por usuários nesta faixa de renda.

Quando analisado o nível de escolaridade dos usuários que demandaram a Ouvidoria, percebe-se o grau de escolaridade mais alto. Isso sugere que os usuários que se utilizam desse serviço são aqueles que têm mais acesso à informação e aos meios de acesso disponibilizados pelo Sistema OuvidorSUS. Esse comportamento aponta para a compreensão, por parte desses usuá-

rios, que a Ouvidoria é um canal de comunicação direta com os gestores do SUS (LIMA, 2011).

Quanto à região, a maioria das demandas foram provenientes da Região Sudeste. Provavelmente resultante do maior número de Ouvidorias implantadas nessa área geográfica. Segundo o relatório gerencial da Ouvidoria do ano 2014, até este ano existiam, nesta região, 209 Ouvidorias SUS implantadas, seguido da Região Nordeste, com 151 Ouvidorias.

A Ouvidoria dispõe de canais de atendimento, através de carta, telefone, formato web, e-mail e correspondência oficial, para acolher as demandas dos usuários do SUS. Em relação aos canais de comunicação, o meio de atendimento mais prevalente foi o contato telefônico, provavelmente devido à facilidade de acesso e à possibilidade de obter as informações de modo imediato, de acordo com a necessidade (JÚNIOR, 2012).

Quanto à categorização das demandas, os assuntos mais frequentemente demandados são coerentes com os problemas observados no SUS. Quando se trata do assunto GESTÃO, este é compreendido, pela Ouvidoria, como tudo que se refere à gerência necessária para garantia do funcionamento do SUS e a qualidade das ações desenvolvidas (BRASIL, 2014; ANDRADE *et al.*, 2013). A garantia da funcionalidade deste Sistema e a qualidade das ações vêm sendo um dos grandes desafios, diante dos obstáculos do subfinanciamento, problemas com infraestrutura e recursos humanos que o SUS enfrenta cronicamente (PAIM *et al.*, 2011). Provavelmente, por conta destes fatores esse assunto apresentou o maior número de reclamações, ao longo do período. Foi também o assunto mais demandado, o que concorda com outros estudos (LIMA, 2011; NARDO, 2012; SILVA, 2014).

As manifestações dos usuários que foram remetidas ao assunto “Assistência à Saúde” se referem a procedimentos ambulatoriais e hospitalares, como exames e transplantes, cirurgias, diagnósticos, marcação e internação (BRASIL, 2014). A frequência

elevada de manifestações relacionadas a esse assunto, sobretudo quando categorizadas como reclamação, sugere que este é um problema a ser enfrentado, face às necessidades de saúde não respondidas adequadamente pelo Sistema de Saúde do país.

A demanda ao assunto “Assistência Farmacêutica” se relaciona principalmente à falta de medicamentos e sugestão de inclusão de fármacos. A população do SUS está satisfeita com a lista de medicamentos disponibilizados, entretanto, não há garantia de acesso a estes medicamentos, o que gera um elevado número de solicitações. Esse comportamento é consistente quando se observam as demandas ao Programa Farmácia Popular do Brasil, a partir de 2011, quando ocorre o lançamento dessa iniciativa governamental (THEOFILO, 2013).

O Programa Farmácia Brasil Popular tem por objetivo ampliar o acesso a medicamentos considerados essenciais para a população (BRASIL, 2005). O grande número de reclamações, desde sua implantação, pode estar relacionado à falta crônica de medicamentos nas unidades de saúde, além de dificuldades do Programa para a aquisição de medicamentos de baixo custo.

## Conclusões

Por meio deste estudo, foram apresentados os principais assuntos das demandas da Ouvidoria Nacional do SUS, relacionadas às características sociodemográficas e econômicas dos usuários demandantes. Entretanto, esta caracterização sistemática correspondeu a apenas 4% dos usuários que utilizaram a Ouvidoria no período compreendido entre 2010 e 2015.

Pode-se inferir que a Ouvidoria Nacional ainda não apresenta uma sistemática de trabalho que possibilite analisar as características sociodemográficas e econômicas de todos aqueles que realizam manifestações. Isto compromete a qualidade da informação gerada pelo Sistema OuvidorSUS, uma fragilida-

de importante a ser corrigida, no que concerne à utilização de todo o potencial desse canal de comunicação entre o usuário e a gestão do SUS.

Por meio desse instrumento, é possível associar as características sociodemográficas e econômicas dos usuários demandantes com rigor científico e obter dados relevantes para a gestão do SUS. Além de aumentar a capacidade de direcionar a ação do poder público de acordo com as necessidades dos cidadãos, sobretudo se for ampliado o número de respondentes aos dados sociodemográficos e econômicos.

## Referências

ANDRADE, M. V. *et al.* Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Economia Aplicada*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.

BARATA, R. R. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 19-29, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico*. Brasília, DF: MS, 2005.

\_\_\_\_\_. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS*. Brasília, DF: MS, 2009.

\_\_\_\_\_. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. *Relatório Gerencial*. Brasília, DF: MS, 2014a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Manual de tipificação do sistema informatizado OuvidorSUS*. Brasília, DF: MS, 2014b.

DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 868-876, 2011.

DILELIO, A. S. *et al.* Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2594-2606, 2014.

FORTES, N. M. *O papel das ouvidorias públicas de saúde como ferramenta do controle social e da gestão do SUS*. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

GOMES, R. *et al.* Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

JÚNIOR, A. F. S. *Ouvidoria no Sistema Único de Saúde: é um espaço de gestão democrática e participativa?* 2012. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações Aprendentes) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

LEVORATO, C. D. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, 2014.

LIMA, G. C. P. O. *Perfil dos usuários que acessaram a ouvidoria do SUS, no distrito sanitário VI do Recife em 2010*. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

NARDOL, R. O.; JULIANI, C. M. C. M. Ouvidoria: avaliando o acesso aos serviços de saúde. *Rev Rene: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 613-622, 2012.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* A atenção pública à saúde e a constituição simbólica do Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 26-46, 2007.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9779, 2011. Série especial Saúde no Brasil.

RIBEIRO, M. C. S. A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS-PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

SILVA, I. G. Participação popular nas políticas públicas: a trajetória dos conselhos de saúde do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista Políticas Públicas*, São Luís, v. 8, n. 2, 2004.

SILVA, J. R. G. *et al.* Direito à saúde: revisão integrativa da literatura sobre o acesso de idosos aos serviços de saúde. *Revista Eletrônica da Fainor*, Vitória da Conquista, v. 5, n. 1, p. 25-42, 2012.

THEOPHILO, R. L.; ALVES, S. M. C. O cidadão e a Ouvidoria-Geral do SUS: análise das demandas protocoladas no Disque Saúde em 2011. *Tempus: actas de saúde coletiva*, Brasília, v. 7, n. 1, p. 41-54, 2013.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

VÉRAS, M. M. S. *A satisfação dos usuários do SUS com o serviço de ouvidoria em saúde de Fortaleza-CE*. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

VERAS, R. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

## Neoplasias mamárias no Brasil: o que dizem gestores, usuárias, e os sistemas de informação do SUS

Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos

Aletheia Soares Sampaio

Domício Aurélio de Sá

Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

### Introdução

O câncer de mama ocupa o segundo lugar dentre as neoplasias que mais acometem as mulheres, no Brasil e no mundo, sendo superado apenas pelo câncer de pele não melanoma. Em 2012, foram registrados 1,7 milhão de novos casos, o que correspondeu a 11,9% do total das neoplasias (TORRE *et al.*, 2015). O *Global Cancer Observatory* da Organização Mundial da Saúde (GLOBOCAN, 2012), ao analisar casos de 184 países, detectou que, em 140 deles (76%), o câncer de mama era o mais frequente, correspondendo a um em cada quatro casos de neoplasias, em mulheres; e que 62% das mortes por essa doença ocorreram em países em desenvolvimento (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CÂNCER, 2012).

No Brasil, as neoplasias correspondem à segunda causa de morte, desde o ano 2000 (BOING; VARGAS; BOING, 2007), e as neoplasias da mama a principal causa de morte por câncer em

mulheres, desde 1979, verificando-se o agravamento dessa situação, de acordo com a análise de séries temporais (BRITO; PORTELA; VASCONCELLOS, 2009).

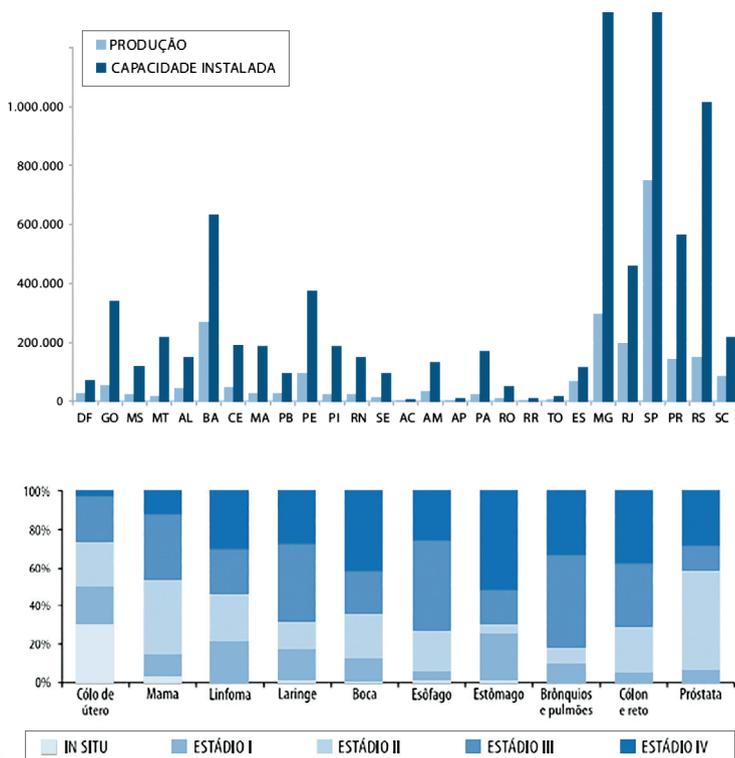
Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a taxa de casos incidentes e de mortalidade por câncer de mama foi, respectivamente 42,3 e 12,3 por 100.000 mulheres (BRASIL, 2007a). O Globocan (2017) reportou que, no Brasil, a taxa de casos incidentes e de mortalidade por câncer de mama correspondeu, em 2012, respectivamente 59,5 e 14,3 por 100.000 mulheres, com risco cumulativo estimado de casos incidentes e de mortalidade, de 6,3 e 1,6, respectivamente.

O Instituto Nacional do Câncer (Inca) reconhece, desde 2004, que o aumento da incidência tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, devido ao retardamento, tanto no diagnóstico quanto na instituição terapêutica oportuna e adequada (INCA, 2004). Silva *et al.* (2013) apontaram, como fatores que determinam o diagnóstico em estágio avançado, as baixas condições socioeconômicas, expressas pelo baixo grau de escolaridade, e as precárias condições do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a chance de diagnóstico tardio, respectivamente 4,3 e 1,9 vezes maior nessas situações.

A classificação do câncer por estágio da doença segue as diretrizes da União Internacional Contra o Câncer, que o classifica segundo o tamanho do tumor (T), o envolvimento de linfonodos regionais (N) e quanto à presença de metástase à distância (M) – classificação TNM. O estágio da doença, por ocasião do diagnóstico, é decisivo para a definição terapêutica, e importante para a vigilância e controle da mortalidade por câncer, pela implementação do rastreamento populacional para detecção precoce e tratamento oportuno e adequado dos casos (UNION FOR INTERNATIONAL CANCER CONTROL, 2013).

Na Figura 1 tem-se a distribuição dos 10 tumores primários mais frequentes, no período 1999-2003, segundo o estágio

- **Figura 1.** Distribuição dos 10 tumores primários mais frequentes, segundo estágio clínico, 1999 a 2003, e capacidade instalada/produção de mamografias no Brasil, por Unidade Federada, ano 2007



**Fontes:** Ministério da Saúde, respectivamente, Registro Hospitalar de Câncer dos Hospitais de Alta Complexidade em Oncologia/Inca e Datasus, 2007.

clínico no momento do diagnóstico; e a capacidade instalada e produção de mamografias no Brasil, por Unidade Federada (BRASIL, 2007b).

Conforme pode ser observado na segunda coluna, o câncer de mama, em cerca de 12% dos casos se encontrava no estágio IV (presença de metástases à distância, incluindo os linfonodos supraclaviculares) e em 33% no estágio III (presença de metástases nos linfonodos axilares ipsilaterais, encontrando-se estes

fixos uns aos outros ou a outras estruturas; e/ou a presença de metástases nos linfonodos mamários internos); 40% dos casos encontravam-se no estágio II (tumor geralmente de 2,1 cm ou mais e/ou presença de metástases nos linfonodos axilares ipsilaterais móveis); 8% das mulheres com a doença no estágio I (tumor menor que 2 cm em sua maior dimensão, sem metástases); e apenas 3% dos casos tinham tumor *In Situ* (tumor pequeno, restrito ao órgão de origem). Com base no exposto tem-se, portanto, 45% dos casos, no momento do diagnóstico, em estágio clínico bastante avançado (III e IV).

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (MS/Datasus), admite que, em todas as regiões brasileiras, a capacidade instalada de mamógrafos da rede SUS (potencial de produção de mamografias pelo número de mamógrafos em uso) é suficiente para oferecer cobertura para, apenas, 50% da população-alvo (mulheres entre 50 e 69 anos). Todavia, como pode ser observado na Figura 1, em todos os estados brasileiros o potencial de produção de mamografias foi bem abaixo de sua capacidade instalada, o que denota uma cobertura da população-alvo ainda mais baixa (BRASIL, 2007b).

O controle social faz parte dos pilares basilares do SUS desde sua concepção, na década de 80. Os estudos ouvindo a população foram iniciados na década de 90, e diversos deles mostraram que usuários satisfeitos tendem a aderir ao tratamento prescrito, a fornecer informações importantes para o provedor e a continuar utilizando os serviços de saúde. Neste contexto, a satisfação do usuário tem sido considerada uma meta a ser alcançada, devendo, portanto, ser pesquisada, a fim de que seus resultados auxiliem o aperfeiçoamento dos serviços de saúde (BARON-EPEL; DUSHENAT; FRIEDMAN, 2001; JOHANSSON; OLENI; FRIDLUND, 2002; ESPIRIDIÃO; TRAD, 2006). Todavia, para efetivo controle social é preciso que o usuário seja capaz de avaliar, inter-

vir e propor modificações. Ocorre “satisfação do usuário” quando são atendidos seus desejos e necessidades (CRUZ, 2008); em contraposição, a “insatisfação do usuário” é definida como uma expressão negativa e ocorre quando o usuário se sente descontente ou decepcionado porque o atendimento recebido não atingiu suas expectativas e/ou demandas almejadas (STANISZEWSKA; HENDERSON, 2004).

Baseado no exposto, o presente estudo analisa óbitos por neoplasias malignas da mama, em mulheres, e as taxas de mortalidade por 100.000 mulheres, por região brasileira e faixa etária, nos anos de ocorrência 2000 e 2010, com base nos dados obtidos no Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM-Datasus). Em seguida, confronta esses resultados com dados de entrevistas fornecidos pelo Núcleo de Pesquisa e Relatórios do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges/MS). As entrevistas foram realizadas com gestores de municípios com e sem mamógrafos, a fim de conhecer a demanda mensal de mamografias (ano de 2010) e a procedência dos recursos utilizados para pagamento dos mesmos. As mulheres entrevistadas, aquelas que realizaram mamografia pelo SUS em 2010, residiam nas 27 capitais brasileiras. As entrevistas visavam conhecer o(s) motivo(s) de solicitação do exame, as dificuldades enfrentadas e o grau de satisfação dessas usuárias com o atendimento recebido.

## Método

Estudo observacional, do tipo transversal, realizado com os dados secundários referentes aos óbitos de mulheres por neoplasias malignas da mama, nos anos 2000 e 2010, obtidos no site <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701> do SIM-Datasus. A população para o cálculo das correspondentes taxas de mortalidade foi obtida no site <http://www.ibge.gov.br/>

*institucional/o-ibge.html* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As entrevistas com os gestores e as mulheres foram realizadas no período de 07 a 20 de junho de 2011, sob a coordenação do Doges/MS, por meio de contato telefônico. Tendo sido programada uma amostra de 820 gestores de municípios com mamógrafo, foi possível contato com 746 localidades, e, destas, apenas 655 gestores aceitaram responder as perguntas (79,9% da amostra prevista, de 820). E, de uma amostra programada de 1.122 municípios que não possuíam mamógrafos, 1.004 foram contactados, e, destes, em 118 houve dificuldade para falar com o gestor, sendo entrevistados 960 gestores (85,6% da amostra prevista, de 1.122). A amostra para as entrevistas com as mulheres foi calculada levando-se em conta, proporcionalmente, a população de cada capital, totalizando 2.887 mulheres. Para isso, foram realizadas 5.507 ligações, resultando em 2.460 mulheres (44,7%) que responderam ter realizado o exame mamográfico no SUS (85,2% da amostra prevista, de 2.887 mulheres); 80 mulheres (1,4%) afirmaram ter realizado o exame pelo plano de saúde ou particular, e 2.967 ligações (53,9%) não foram atendidas. Em resumo, foram realizadas 4.075 entrevistas, sendo 1.615 com gestores e 2.460 com mulheres. Esses contatos telefônicos foram operacionalizados por estudantes universitários da área de saúde, devidamente capacitados, integrantes da Central de Pesquisa e Teletendimento do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges).

Para a entrevista com os gestores foi utilizado um questionário com seis perguntas, sendo duas abertas. As variáveis investigadas na entrevista com os gestores de municípios com mamógrafos foram: a demanda mensal de exames, a quantidade mensal de exames realizados, e os recursos utilizados para o custeio dos mesmos. Nos municípios sem mamógrafos, além das variáveis mencionadas foi questionada a necessidade de adquirir serviços de mamografia com prestadores não conveniados ao SUS.

Para a entrevista com as mulheres foi utilizado um questionário com 11 perguntas fechadas, divididas em três partes: perfil da usuária (idade, escolaridade, renda mensal), condições de acesso ao exame (origem da demanda, motivo do exame, dificuldades de acesso ao exame mamográfico, e tempo do encaminhamento para a realização do exame e, deste, ao recebimento do resultado) e grau de satisfação com o atendimento recebido (durante a realização da mamografia e com o SUS).

Os dados foram armazenados e analisados no programa da Microsoft Office Excel 2007, sendo descritas a frequência (absoluta e relativa) de cada variável categórica.

Este estudo foi realizado conforme as recomendações da resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

Tem-se, nas Tabelas 1 e 2, o total de óbitos de mulheres por neoplasias malignas da mama, ocorridos em 2000 e 2010, e as correspondentes taxas de mortalidade por 100.000 mulheres, com os acréscimos ocorridos no período, respectivamente, por região brasileira e por faixa etária.

Conforme pode ser observado, no período analisado de dez anos houve aumento no número de mulheres que foram a óbito por neoplasias malignas da mama, e nas taxas de mortalidade por 100.000 mulheres, em todas as regiões brasileiras. Observa-se maior aumento na taxa de mortalidade na Região Nordeste (72,55%) e menor na Região Sudeste (15,80%). Houve também aumento de óbitos e das taxas de mortalidade por 100.000 mulheres, em todas as faixas etárias, sendo maior nos extremos de idade, que são faixas etárias fora do rastreamento, segundo as diretrizes do Inca/MS (<50 anos e >69 anos de idade). Ou seja, nas mulheres de 15 a 39 anos a taxa de mortalidade aumentou 19,47%; e nas mulheres com 70 anos ou mais o acréscimo foi de

- **Tabela 1.** Neoplasias malignas da mama e taxa de mortalidade por 100.000 mulheres, por regiões brasileiras, nos anos de ocorrência 2000 e 2010

Região brasileira	Óbitos (O) e Taxa de Mortalidade (TM)*					
	Em 2000		Em 2010		Acréscimo no período	
	O	TM	O	TM	O	TM
Região Norte	203	5,07	384	7,07	89,16%	39,45%
Região Nordeste	1248	7,54	2633	13,01	110,98%	72,55%
Reg. Centro-Oeste	414	10,04	747	13,86	80,43%	38,05%
Região Sudeste	4815	17,53	6641	20,30	37,92%	15,80%
Região Sul	1631	17,51	2300	20,88	41,02%	19,25%
Brasil	8311	13,52	12705	16,99	52,87%	25,67%

\* Taxa de Mortalidade calculada utilizando a população dos Censos Demográficos de 2000 e 2010.

**Fonte:** Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (em 2000 houve quatro casos com a idade não informada).

- **Tabela 2.** Neoplasias malignas da mama e taxa de mortalidade por 100.000 mulheres, por faixa etária, nos anos de ocorrência 2000 e 2010

Faixa etária	Óbitos (O) e Taxa de Mortalidade (TM)*					
	Em 2000		Em 2010		Acréscimo no Período	
	O	TM	O	TM	O	TM
15 a 39 anos	705	1,90	929	2,27	31,77%	19,47%
40 a 49 anos	1.657	16,68	2.203	17,17	32,95%	2,94%
50 a 59 anos	1.957	30,08	3.203	33,09	63,67%	10,01%
60 a 69 anos	1.730	39,41	2.654	43,62	53,41%	10,68%
≥ 70 anos	2.257	62,47	3.714	69,42	64,55%	11,12%
Total	8.311	13,52	12.705	16,99	52,87%	25,67%

\* Taxa de Mortalidade calculada utilizando a população dos Censos Demográficos de 2000 e 2010.

**Fonte:** Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (em 2000 houve quatro casos com a idade não informada).

11,12%. No período do estudo ocorreu, no Brasil, aumento de 52,87% no total de óbitos e de 25,67% na taxa de mortalidade por 100.000 mulheres.

Pode-se observar, na Tabela 3, que a demanda de mamografias, em 2010, foi atendida na opinião “demanda igual ou menor que a realizada” de 62,3% dos gestores de municípios que possuíam mamógrafo, e de 46,3% dos gestores de municípios que não possuíam esse equipamento. Todavia, dentre os municípios que possuíam mamógrafo, 32,1% dos gestores afirmaram que sua demanda mensal de mamografias é maior que o número de exames realizados por mês, e nos municípios sem mamógrafos, 47,1% fizeram esta afirmativa. Vale mencionar que 37,4% dos gestores de municípios sem mamógrafos afirmaram que parte de sua demanda é atendida por prestadores não conveniados ao SUS.

Quanto aos recursos para pagamento das mamografias, ainda na Tabela 3 evidencia-se que, dentre os 655 gestores de municípios que possuíam mamógrafo, 47,0% referiram que esse exame é pago exclusivamente com recursos federais; 14,7% afirmaram ser pagos com recursos exclusivamente estaduais e 9,0% com recursos exclusivos do município. Não souberam responder: 4,1% dos gestores. Dentre os 960 gestores de municípios sem mamógrafo, 32,0% disseram que as mamografias realizadas pelo SUS no município de referência foram pagas exclusivamente com recursos federais; 24,1% ter sido pagas com recursos exclusivamente estaduais e 10,6% informaram que o município arcou sozinho com o pagamento dos exames. Não souberam responder: 16,3% dos gestores. Evidencia-se, ainda, que 25,2% dos gestores de municípios com mamógrafo e 17,0% de municípios sem mamógrafo afirmaram que os exames foram pagos em parceria, envolvendo dois ou três níveis governamentais. Também pode-se constatar que, nos municípios que não possuíam mamógrafo, 85% dentre os 359 gestores que disseram que as

► **Tabela 3.** Situação de realização de exames mamográficos, relatada por gestores municipais, ano 2010

Municípios COM mamógrafo			Municípios SEM mamógrafo		
Variáveis	nº	%	Variáveis	nº	%
<i>Demanda mensal</i>			<i>Demanda mensal</i>		
De 1 a 100	166	25,3	1 a 20	405	42,2
De 101 a 500	356	54,4	21 a 40	253	26,4
De 501 a 1000	81	12,4	41 a 60	132	13,7
De 1001 a 2000	25	3,8	61 a 100	68	7,1
De 2001 a 4000	6	0,9	101 a 200	43	4,5
De 4001 a 6000	4	0,6	201 a 400	11	1,1
>6001	1	0,2	2000	1	0,1
Não souberam responder	16	2,4	Não souberam responder	47	4,9
			<i>Acesso em município referência</i>		
			Sim	919	95,7
			Não	36	3,8
			Não souberam responder	5	0,5
<i>Realização mensal</i>			<i>Realização mensal no município referência</i>		
De 1 a 100	192	29,3	1 a 20	548	57,1
De 101 a 500	341	52,1	21 a 40	226	23,5
De 501 a 1000	61	9,3	41 a 60	66	6,9
De 1001 a 2000	27	4,1	61 a 100	44	4,6
De 2001 a 4000	5	0,8	101 a 250	24	2,5
De 4001 a 6000	3	0,4	1000	1	0,1
>6001	0	0,0	Não souberam responder	51	5,3
Não souberam responder	26	4,0			
<i>Recurso para pagamento</i>			<i>Recursos para pagamento ao município referência</i>		
Federal	308	47,0	Federal	307	32,0
Federal e Estadual	19	2,9	Federal e Estadual	41	4,3
Federal e Municipal	98	15,0	Federal e Municipal	55	5,7
Federal, Estadual e Municipal	19	2,9	Federal, Estadual e Municipal	17	1,8
Estadual	96	14,7	Estadual	231	24,1
Estadual e Municipal	29	4,4	Estadual e Municipal	50	5,2
Municipal	59	9,0	Municipal	102	10,6
Não souberam responder	27	4,1	Não souberam responder	157	16,3

→

Municípios COM mamógrafo			Municípios SEM mamógrafo		
Variáveis	n°	%	Variáveis	n°	%
<i>Demanda mensal e quantidade realizada</i>			<i>Realização mensal por prestador não SUS</i>		
Demanda igual ao realizado	384	58,6	Sim	359 <sup>(*)</sup>	37,4
Demanda maior que o realizado	210	32,1	Não	574	59,8
Demanda menor que o realizado	24	3,7	Não souberam responder	27	2,8
Não souberam responder	37	5,6	<b>Total</b>	<b>960</b>	<b>100,0</b>
<b>Total</b>	<b>655</b>	<b>100,0</b>	<i>Recursos para pagamento ao prestador não SUS</i>		
			Federal	7	1,9
			Federal e Municipal	8	2,2
			Federal, Estadual e Municipal	1	0,3
			Estadual	6	1,7
			Estadual e Municipal	14	3,9
			Municipal	305	85,0
			Não souberam responder	18	5,0
			<b>Total</b>	<b>359<sup>(*)</sup></b>	<b>100,0</b>
			<i>Demanda mensal e quantidade realizada</i>		
			Demanda igual ao realizado	432	45,0
			Demanda maior que o realizado	452	47,1
			Demanda menor que o realizado	13	1,3
			Não souberam responder	63	6,6
			<b>Total</b>	<b>960</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministério da Saúde / Central de Pesquisa e Teletendimento da Ouvidoria-Geral do SUS, 2011.

mamografias foram executadas por prestador não conveniados ao SUS, afirmaram que esses exames foram pagos exclusivamente com recursos municipais.

Na Tabela 4 demonstra-se que, dentre as 2.460 mulheres entrevistadas, apenas 5,3% tinham menos de 40 anos de idade e 13,3% tinham 65 anos ou mais. Pode-se também observar que

► **Tabela 4.** Características das mulheres, residentes nas 27 capitais brasileiras, que realizaram mamografia no SUS, ano 2010

<b>Características das mulheres</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<i>Idade</i>		
< 35 anos	20	0,8
35 a 39 anos	111	4,5
40 a 49 anos	798	32,4
50 a 59 anos	841	34,2
60 a 64 anos	309	12,6
≥ 65 anos	326	13,3
Sem Informação	55	2,2
<i>Escolaridade</i>		
Analfabeta	81	3,3
Nível Fundamental Incompleto	1103	44,8
Nível Fundamental Completo	323	13,1
Nível Médio e Superior	894	36,4
Sem Informação	59	2,4
<i>Renda mensal</i>		
Sem renda	674	27,4
< R\$ 545,00 (sal. Mínimo)	642	26,1
Entre R\$ 545,00 e R\$ 1.089,99	857	34,8
> R\$ 1.090,00	127	5,2
Sem Informação	160	6,5
<i>Mamografia: origem da demanda</i>		
Médico do SUS	2347	95,4
Médico particular	28	1,1
Médico de plano de saúde	13	0,5
Não quis informar	72	2,9
<i>Mamografia: motivo do exame</i>		
Rastreamento (rotina)	1871	76,1
Investigação	478	19,4
Não soube/Não quis informar	111	4,5
Total	2460	100,0

**Fonte:** Ministério da Saúde / Central de Pesquisa e Teletendimento da Ouvidoria-Geral do SUS, 2011.

57,9% tinham nível fundamental de ensino, tendo este incompleto para 44,8% das entrevistadas; e que 81 mulheres (3,3%) eram analfabetas. No que se refere à renda mensal, apenas 127 (5,2%) disseram receber mais de dois salários mínimos (> R\$ 1.090,00) e 674 (27,4%) mulheres afirmaram não possuir renda mensal. Com relação aos exames mamográficos, 95,4% da demanda foi solicitada por médico vinculado ao SUS; o exame foi para rastreamento em 76,1% dos casos e 4,5% das mulheres não sabiam informar o motivo.

A Tabela 5 demonstra que 570 mulheres (23,2%) tiveram dificuldades para realizar o exame, e, dentre estas, 460 (80,7%) referiram, como queixa, “muito tempo de espera”. Todavia, como

► **Tabela 5.** Satisfação das mulheres, residentes nas 27 capitais brasileiras, que realizaram mamografia no SUS, ano 2010

<b>Características das mulheres</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<i>Dificuldades para realizar a mamografia</i>		
Não	1813	73,7
Sim	570 <sup>(*)</sup>	23,2
Não quis informar	77	3,1
<i>Motivos das dificuldades para realizar a mamografia (n = 570) <sup>(*)</sup></i>		
N° insuficiente de profissionais	13	2,3
N° insuficiente de mamógrafos	10	1,7
Mamógrafo(s) com defeito	63	11,0
Município sem mamógrafo	23	4,0
Muito tempo de espera	460	80,7
Não soube informar	1	0,2
<i>Mamografia: tempo do encaminhamento ao exame</i>		
< 1 mês	1216	49,4
De 1 a 3 meses	885	36,0
De 4 a 6 meses	171	6,9
> 7 meses	82	3,4
Não souberam informar	106	4,3

→

<b>Características das mulheres</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
<i>Mamografia: tempo do exame ao resultado</i>		
< 1 mês	2028	82,4
De 1 a 3 meses	293	11,9
De 4 a 6 meses	10	0,4
> 7 meses	2	0,1
Não recebeu o resultado	52	2,1
Não soube informar	75	3,1
<i>Satisfação: atendimento prestado pelo SUS, da primeira consulta até a mamografia</i>		
Muito bom	499	20,3
Bom	1.218	49,5
Regular	517	21,0
Ruim	106	4,3
Muito Ruim	79	3,2
Sem Informação	41	1,7
<i>Satisfação: atendimento recebido durante a realização da mamografia</i>		
Muito bom	1.036	42,1
Bom	1.210	49,2
Regular	150	6,1
Ruim	20	0,8
Muito Ruim	15	0,6
Sem Informação	29	1,2
Total	2460	100,0

**Fonte:** Ministério da Saúde / Central de Pesquisa e Teletendimento da Ouvidoria-Geral do SUS, 2011.

pode ser observado, todos os demais motivos relatados também resultam no “muito tempo de espera”. Apenas 23 mulheres (4,0%) referiram a falta de mamógrafo no município. Quanto ao tempo de espera, 1.216 mulheres (49,4%) esperaram menos de um mês para realizar o exame e 253 (10,3%) disseram ter esperado quatro meses ou mais. Após ter realizado o exame, 52 mulheres (2,1%) disseram não ter recebido o resultado e 305 (12,4%) ter aguardado um mês ou mais para obter o resultado.

Ainda na Tabela 5 pode-se observar que o grau de satisfação com o atendimento SUS, da primeira consulta até a mamografia, foi considerado “regular/ruim/muito ruim” por 702 (28,5%) das entrevistadas. Esse conceito se mantém no atendimento recebido durante a realização da mamografia, na opinião de 185 mulheres (7,5%).

## Discussão

Devido ao envelhecimento da população, decorrente da transição demográfica e epidemiológica favorável, tem-se observado, nos países desenvolvidos, um aumento da incidência do câncer de mama, acompanhado de uma redução da mortalidade por essa neoplasia, o que está associado à detecção precoce por meio da mamografia de rastreamento com adequada cobertura da população-alvo e à oferta de tratamento oportuno e adequado (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CÂNCER, 2013). Nos Estados Unidos, por exemplo, de 1991 a 2010, a taxa de mortalidade por câncer de mama em mulheres foi reduzida em 20%, denotando sucesso no enfrentamento dessa doença (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2012).

No Brasil, ao contrário, este estudo evidenciou um aumento, no período de 2000 a 2010, de 52,87% no total de óbitos, e de 25,67% na taxa de mortalidade por 100.000 mulheres. Um aumento evidenciado em todas as regiões brasileiras, sendo maior na Região Nordeste (acrécimo na taxa de mortalidade de 72,55%), uma das regiões brasileiras com condições socioeconômicas mais desfavoráveis. Este aumento também ocorreu em todas as faixas etárias, sendo maior nas mulheres com menos de 40 anos (acrécimo na taxa de mortalidade de 19,47%, constando, dentre esses casos, mulher com idade de 15 anos), e nas mulheres com mais de 69 anos (acrécimo na taxa de mortalidade de 11,12%). Ou seja, os maiores aumentos ocorreram em mulheres

fora do rastreamento de rotina, segundo as diretrizes do MS/Inca. Um estudo brasileiro com foco em período anterior (1979 a 2002) também demonstrou incremento nas taxas de mortalidade por essa neoplasia, passando de 8,57 para 11,18 por 100.000 mulheres (aumento de 30,45%) (BRASIL, 2002).

Embora o MS/Inca reconheçam que o aumento da incidência tem sido acompanhado pelo aumento da mortalidade, devido ao retardamento tanto no diagnóstico quanto na instituição terapêutica, tem sido mantida a diretriz do documento de consenso *Recomendações para a Prevenção, Detecção Precoce, Diagnóstico, Tratamento e Cuidados Paliativos para o Câncer de Mama* (BRASIL, 2004), de rastrear, a cada dois anos, apenas mulheres nas faixas etárias de 50 a 69 anos, e a partir dos 35 anos, no caso das mulheres com história familiar (BRASIL, 2014). Não concordando com essa diretriz, o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, a Sociedade Brasileira de Mastologia e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FebRASGO), com base em indicadores de morbimortalidade por câncer de mama, ampliam, em suas recomendações, o rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem, para todas as faixas etárias, a partir dos 40 anos de idade; e nas mulheres com idade de 35 anos com história familiar em parente de primeiro grau. (URBAN *et al.*, 2012) Todavia, é provável que essa recomendação ampliada não beneficie a maioria das usuárias do SUS. Neste estudo, das 2.460 mulheres entrevistadas, apenas 41 (1,6%) tiveram sua mamografia solicitada por médico particular ou plano de saúde. Quanto à faixa etária, 37,7% das entrevistadas tinham menos de 50 anos e, infelizmente, não foi possível verificar a proporção de mulheres com 70 anos ou mais (ou seja, por ocasião da coleta a maior faixa etária considerada foi mulheres com idade igual ou acima de 65 anos).

Marchi e Gurgel (2010) estimaram que cerca de 70% das mulheres acometidas por câncer de mama são usuárias do SUS

que enfrentam problemas de acesso aos serviços para uso precoce de equipamentos-diagnósticos, principalmente a mamografia. A falta de acesso fica bem caracterizada quando se estadia o tumor como avançado (estágios III e IV), no momento do diagnóstico. Alguns estudos têm reportado esta realidade como sendo a que ocorre na maioria das instituições brasileiras de saúde que realizam diagnóstico e/ou tratamento para o câncer de mama: em aproximadamente 75% dos casos a neoplasia encontra-se em estágios avançados no momento do diagnóstico, com consequente aumento da mortalidade (ABREU; KOIFMAN, 2002; ALESSIO *et al.*, 2011; INCA, 2012). Na 3ª Conferência Brasileira de Câncer de Mama, em 2009, foi apresentado um estudo envolvendo 4.912 pacientes, o qual evidenciou que uma, em cada três mulheres, chega aos consultórios médicos, para diagnóstico, já com tumores grandes, em estágio avançado e inoperáveis; que 6% já apresentam um quadro de metástase; e que apenas 3,5% apresentam a neoplasia em estágio inicial. Este estudo também evidenciou que um terço dos tumores mais agressivos ocorreu em mulheres negras e pardas (AGÊNCIA BRASILEIRA DE ESTUDOS DO CANCER DE MAMA – GBCAM, 2009).

Vieira, Formeton e Bertolini (2017) afirmam que existem muitas limitações econômicas e na logística do SUS que impedem que o rastreamento do câncer de mama ocorra adequadamente, o que constitui uma realidade plenamente difundida no país. Também referem que esse problema é gerado, principalmente, pela ausência de uma rede de atenção amplamente organizada para o diagnóstico precoce dessa doença. Mattos, Caleffi e Vieira (2013) referem que são muitas as barreiras para o rastreamento oportuno do câncer de mama, podendo estar relacionadas ao sistema de saúde, à escolaridade e a outros fatores da paciente, sendo “o acesso ao exame mamográfico” particularmente limitante nos países em desenvolvimento. Segundo esses autores, avaliar os fatores relacionados à não-adesão ao rastreamento

por mamografia é complexo, visto que não existem indicadores específicos nesses programas. No presente estudo, cor de pele, escolaridade e renda são características que podem denotar condição social mais desfavorável, e, portanto, maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Quanto a essas características, foi observado que apenas 894 mulheres (36,4%) disseram ter nível médio ou superior e 984 (40,0%) afirmaram ter renda mensal igual ou maior que um salário mínimo (R\$ 545,00 ou mais). A cor de pele autorreferida não foi contemplada na entrevista.

O controle do câncer de mama faz parte das políticas de saúde em prioridade no Brasil, tendo sido incluído entre as metas do Pacto pela Saúde de 2006 (Portaria MS/GM N° 399, de 22/02/2006). Nesse pacto, estratégias de co-responsabilização são firmadas entre os gestores federal, estaduais e municipais, tendo por objetivo o fortalecimento, a integração e a resolutividade do SUS (BRASIL, 2007c). Dentre as estratégias está o reconhecimento da importância da detecção de lesões pré-cancerígenas ou do câncer, quando ainda localizado no órgão de origem, sem invasão de tecidos vizinhos ou outras estruturas, tanto para benefício da pessoa acometida e seus familiares quanto para favorecer a relação efetividade/custo no SUS (BRASIL, 2007d). O presente estudo evidenciou que têm ocorrido parcerias para pagamento das mamografias entre os níveis federal, estadual e municipal (25,2% dos gestores de municípios com mamógrafo e 17,0% de municípios sem mamógrafo); mas, a maior parte dos exames continua exclusivamente no orçamento federal (47,0% dos exames de municípios com mamógrafo e 32,0% dos exames de municípios sem mamógrafo) e estadual (14,7% dos exames de municípios com mamógrafo e 24,1% dos exames de municípios sem mamógrafo). Constatou-se ainda que, apesar dos esforços, há uma demanda reprimida (32,1% dos gestores de municípios com mamógrafo e 47,1% de municípios sem mamógrafo disseram que sua demanda mensal é maior que o

número de exames realizados por mês), e que tem sido necessário a realização de exames em prestadores não conveniados ao SUS (37,4% da demanda dos municípios sem mamógrafo, sendo esses exames pagos em 85% dos casos com recursos exclusivamente municipais). Estes resultados são compatíveis com os demonstrados na Figura 1, onde se evidencia o baixo potencial de cobertura mamográfica em todos os estados brasileiros e o consequente diagnóstico dos casos em estágios avançados (BRASIL, 2007b). Estudo de delineamento ecológico evidenciou que, não obstante o quantitativo de mamógrafos à disposição do SUS ser superior ao estabelecido pelo MS (1:240.000 habitantes), portanto suficiente para cobrir os exames de todas as mulheres com idade entre 50 e 69 anos (faixa etária eleita pelo MS/Inca (2014), para rastreamento mamográfico a cada dois anos), paradoxalmente, em todos os estados a cobertura de exames de mamografia de rastreamento foi baixa, podendo-se inferir retardamento no diagnóstico dessa neoplasia (ALVES; GOMES; BRASIL, 2014). Portanto, não há dúvida de que a baixa cobertura de exames de rastreamento mamográfico esteja na gênese do aumento da mortalidade por essa neoplasia, no Brasil. Para que essa mortalidade seja reduzida, são necessários maiores esforços, principalmente dos governos municipais, tendo em vista que esse nível de gestão, segundo os gestores entrevistados, está arcando com 9,0% e 10,6% do pagamento dos exames, respectivamente, nos municípios com e sem mamógrafo.

Com relação às dificuldades de acesso ao exame, ou seja, o tempo de espera da solicitação à realização, e da realização ao recebimento do resultado, este estudo observou que, mesmo em se tratando de usuárias residentes nas capitais brasileiras, que possuíam telefone e que no momento da ligação puderam atender à chamada, e ainda, que dispunham de tempo e vontade para responder as questões da pesquisa, 23,2% acusaram dificuldades para realizar o exame, e, dentre essas, 80,7% se queixaram de

haver “muito tempo de espera”. Também foi constatado que os demais motivos alegados pelas mulheres igualmente têm como resultante “muito tempo de espera”. O “tempo de espera” do encaminhamento ao exame foi de quatro meses ou mais para 10,3% das mulheres; e do exame ao resultado 14,5% disseram ter esperado um mês ou mais e 2,1% disseram não ter recebido o resultado. Mattos, Caleffi e Vieira (2013) afirmam que a oferta regular da mamografia dentro do contexto do SUS necessita estar atrelada a uma infraestrutura de seguimento, exames diagnósticos complementares e tratamento dos casos positivos, com a agilidade e a eficiência requeridas pelo caso. Tudo isso é possível com o envolvimento da atenção primária, a partir das estratégias de controle, com convocação para a realização regular de exames, levando em conta subgrupos de mulheres com menor adesão. Ademais, esses autores ressaltam que se deve atuar também na educação em saúde, especialmente para a parcela da população que se mantém ainda refratária ao rastreamento, justificando sua atitude pelo medo do diagnóstico e do desconforto provocado pela realização da mamografia.

O grau de satisfação com o atendimento SUS (da primeira consulta até a mamografia) foi “muito bom/bom” na opinião de 69,8% das entrevistadas. Considerando o atendimento recebido durante a realização da mamografia, essa satisfação se elevou, na opinião de 91,3% das mulheres. Este resultado corrobora ser “o acesso” o maior desafio a ser enfrentado. Contudo, é preciso atentar que este resultado não pode ser extrapolado para a população de mulheres em geral, tendo em vista que as entrevistas foram realizadas apenas com mulheres que conseguiram realizar o exame, residentes das capitais (ou seja, onde estão melhor estruturados os serviços de saúde), e possivelmente com mulheres em condições sociais e de saúde mais favoráveis (isto é, possivelmente sem necessidade de estar trabalhando e/ou não acamadas no momento das ligações).

Faz-se necessário, portanto, a realização de estudo com amostra aleatória de base populacional. Também é oportuno mencionar que o termo “satisfação do usuário” tem um leque abrangente de significados. Na opinião de Cruz (2008), a satisfação do usuário acontece a partir do momento em que são atendidos seus desejos e necessidades, o que torna suas percepções positivas em relação ao serviço, já que os resultados esperados foram alcançados. Isto pode explicar o aumento de 30,8% no grau de satisfação das entrevistadas, quando se compara a satisfação com o atendimento do SUS e a satisfação com o atendimento na ocasião do exame mamográfico. Vaitsman e Andrade (2005) explicam que, para efetivo controle social é preciso que o usuário seja capaz de avaliar, intervir e propor modificações, e que a maioria das pesquisas de avaliação em relação aos serviços de saúde, tanto nacionais como internacionais, tem obtido resultados positivos, sugerindo aceitação passiva e/ou avaliação pouco crítica do usuário ao que lhe é oferecido. Esses autores também alertam para o aspecto subjetivo do termo “satisfação” e a complexidade que é “avaliar a expectativa”. Ou seja, no que se refere à expectativa-satisfação, os pacientes podem ter aprendido a diminuir suas expectativas quanto aos serviços, o que significa que um serviço avaliado positivamente pode ser resultado da baixa capacidade crítica dos usuários, assim como uma avaliação negativa pode significar alto grau de exigência dos usuários. Estudo realizado por Lima-Costa e Loyola-Filho (2008), em Belo Horizonte, evidenciou que idade mais alta e escolaridade superior estavam associadas ao maior uso e, conseqüentemente, maior satisfação com os profissionais e os serviços de saúde do SUS. Em outro estudo, conduzido no estado do Ceará, indivíduos com escolaridade mais baixa, pior estilo de vida e pior auto-avaliação de saúde tiveram menos consultas e, por isso, estavam menos satisfeitos. Esse estudo apontou, ainda,

que uma das características determinantes da satisfação incluía conseguir marcar a consulta e o exame, bastando isso para que o(a) usuário(a) se sentisse melhor (ATKINSONS; HARAN, 2005).

## Conclusões

Conhecer a magnitude de casos incidentes e da mortalidade por neoplasias da mama, as características das mulheres acometidas e as condições dos equipamentos de saúde constitui condição básica para implementar as políticas públicas para diagnóstico precoce e tratamento oportuno e adequado dos casos, com consequente redução da mortalidade e da sobrevida com incapacidade por essa neoplasia. No Brasil, para que isso venha a ocorrer faz-se necessário: *(i)* alterar a lógica de rastreamento no que se refere à expansão da faixa etária da população a ser rastreada; *(ii)* adequar a periodicidade de exames segundo a necessidade de cada caso; *(iii)* computar o quantitativo de mulheres que realizam os exames e não o quantitativo de exames realizados, tendo em vista que, nos casos submetidos a mamografia de investigação, uma única mulher poderá realizar mais de um exames/ano; *(iv)* conhecer a real capacidade instalada de mamógrafos da rede do SUS, suas reais condições de funcionamento e de pessoal para sua operacionalização, a fim de observar se há necessidade de novas instalações e/ou realocação de mamógrafos no território nacional. Estas e outras iniciativas que se apresentarem durante a implementação da política/programa para redução da mortalidade por câncer de mama demandam esforços investigativos a fim de afastar as barreiras que têm culminado no diagnóstico tardio dos casos. A urgência dessa iniciativa se respalda no esperado aumento da incidência do câncer de mama no Brasil, devido ao envelhecimento da população (efeito da transição demográfica e epidemiológica), a fim de que o aumento de incidência não seja acompanhado do aumento da mortalidade por essa neoplasia.

## Referências

- ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 113-131, 2002.
- AGÊNCIA BRASILEIRA DE ESTUDOS DO CANCER DE MAMA (GBCAM). *Projeto Amazonas: dados preliminares do câncer de mama no Brasil*. In: CONFERÊNCIA BRASILEIRA DO CÂNCER DE MAMA, 3., São Paulo, 2009.
- ALESSIO, B. F. V.; COSTA, C. N.; RIBEIRO, R.; GASPERIN-JUNIOR, P.; HATSCHBACH, S. B. B. Causas de óbito dos pacientes com câncer de mama diagnosticados e tratados no Hospital Erasto Gaertner de 1995 a 1999: estudo retrospectivo. *Revista Brasileira de Mastologia*, v. 21, n. 1, p. 9-13, 2011.
- ALVES, C. S.; GOMES, M. M. F.; BRASIL, L. M. *Disponibilidade de mamógrafos no Brasil: desempenho da produção de exames de mamografia de rastreamento*. In: XXIV Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica – CBEB 2014. Disponível em: [http://www.canal6.com.br/cbeb/2014/artigos/cbeb2014\\_submission\\_108.pdf](http://www.canal6.com.br/cbeb/2014/artigos/cbeb2014_submission_108.pdf). Acesso em: 4 abr. 2018.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. *Cancer surveillance programs in the United States, 2012*. Disponível em: <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/cancer-surveillance-programs-and-registries-in-the-united-states>. Acesso em: 4 abr. 2018.
- ATKINSONS, S.; HARAN, D. Individual and district scale determinants of users satisfaction with primary health care in developing countries. *Social Science and Medicine*, v. 60, p. 501-513, 2005.
- BARON-EPEL, O.; DUSHENAT, M.; FRIEDMAN, N. Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 13, n. 4, p. 307-323, 2001.
- BOING, A. F.; VARGAS, S. A. L.; BOING, A. C. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 53, n. 4, p. 317-322, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 1979-1999*. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Controle do câncer de mama: documento de consenso Recomendações para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para o câncer de mama*. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. *Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *A situação do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2007b. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/situacao/>. Acesso em: 21 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 399, de 22/02/2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. Disponível em: [http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 4 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Mamografia: da prática ao controle*. Rio de Janeiro: INCA, 2007d. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/qualidade\\_em\\_mamografia.pdf](http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/qualidade_em_mamografia.pdf). Acesso em: 21 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama*. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/mama>. Acesso em: 1 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama*. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/mama>. Acesso em: 1 abr. 2018.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Sobrevida de mulheres tratadas por câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 481-489, 2009.

CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE CÂNCER DE MAMA. *Projeto AMAZONAS: dados preliminares de câncer de mama no Brasil*. São Paulo: Agência Brasileira de Estudos do Câncer de Mama (GBECAM), 2009.

CRUZ, W. B. S. *Análise dos níveis de satisfação dos usuários de um hospital privado*. Dissertação, Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ESPIRIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de. Saúde Pública*, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CÂNCER. *Global Cancer Observatory* (Globocan, 2017). *Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2017*. Disponível em: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx). Acesso em: 4 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. *Global Cancer Observatory* (Globocan, 2013). *Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2013*. Disponível em: <https://www.iarc.fr/> Acesso em: 4 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. *Global Cancer Observatory* (Globocan, 2012). *Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012*. Disponível em: <https://globocan.iarc.fr/Default.aspx>. Acesso em: 4 abr. 2018.

JOHANSSON, P.; OLENI, M.; FRIDLUND, B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. Nordic College of Caring Sciences, *Scandinavian Journal of Caring Science*, v. 16, n. 4, p. 337-344, 2002.

LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA-FILHO, A. I. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na região metropolitana de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 17, n. 4, p. 247-257, 2008.

MARCHI, A. A.; GURGEL, M. S. C. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 32, n. 4, p. 191-197, 2010.

MATTOS, J. S. C.; CALEFFI, M.; VIEIRA, R. A. C. Rastreamento mamográfico no Brasil: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Mastologia*, v. 23, n. 1, p. 22-27, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Câncer: Câncer de mama: prevenção y control*. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/index1.html>. Acesso em: 4 jan. 2018.

SILVA, P. F.; AMORIM, M. H. C.; ZANDONADE, E.; VIANA, K. C. G. Associação entre variáveis sociodemográficas e estadiamento clínico avançado das neoplasias da mama em hospital de referência no Espírito Santo. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 59, n. 3, p. 361-367, 2013.

STANISZEWSKA, S.; HENDERSON, L. Patients evaluations of their health care: the expression of negative evaluation and the role of adaptive strategies. *Patient Education and Counseling*, v. 55, p. 185-192, 2004.

TORRE, L. A.; BRAY, F.; SIEGEL, R. L.; FERLAY, J.; LORTET-TIEULENT, J.; JEMAL, A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*, v. 65, n. 2, p. 87-108, 2015.

UNION FOR INTERNATIONAL CANCER CONTROL. *Global cancer control*. How to use the TNM classification, 2013. Disponível em: <http://www.uicc.org/resources/tnm/publications>. Acesso em: 4 abr. 2018.

URBAN, L. A. B. D.; SCHAEFER, M. B.; DUARTE, D. L.; SANTOS, R. P.; MARANHÃO, N. M. A.; KEFALAS, A. L. *et al.* Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. *Radiologia Brasileira*, v. 45, n. 6, p. 334-339, 2012.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VIEIRA, R. A. C.; FORMENTON, A.; BERTOLINI, S. R. Breast cancer screening in Brazil. Barriers related to the health system. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 63, n. 5, p. 466-474, 2017.

PARTE II

## **Programa Rede Cegonha**

resultados de pesquisa



## Rede Cegonha: uma política de atenção à saúde materno-infantil no Brasil

Michelle Vieira Fernandez  
Kátia Rejane de Medeiros  
Domício Aurélio de Sá  
Flávia Silvério de Souza Sobrinho  
Maria Nazaré Abreu Oliveira

### Introdução

A atenção obstétrica se inscreve como importante agenda de saúde pública na maioria dos países. A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio do movimento da medicina baseada em evidências (MBE), inaugurou uma força tarefa institucional importante na redefinição das diretrizes para a assistência à gestante e na reconfiguração de aspectos culturais e sociais envolvidos no parto. Na medida em que deixa de lado a concepção vigente até então de parto como evento de alto risco para mãe e bebê, ganha espaço a ideia do parto como uma experiência pessoal, familiar e segura (DINIZ, 2014).

A boa qualidade das práticas realizadas rotineiramente na atenção pré-natal tem a possibilidade de impactar nos indicadores de saúde estando, desta forma, associados a melhores desfechos perinatais. A assistência pré-natal tem ainda o objetivo de orientar e esclarecer sobre os tipos de parto e os cuidados com o recém-nascido, visando a redução do baixo peso ao nascer e, ain-

da, o retardo do crescimento intra-uterino, já que estas podem ser evitadas a depender da qualidade assistencial prestada neste período (SILVA *et al.*, 2014).

Ampliando os esforços para solucionar e esquematizar uma melhor rede de cuidados à saúde da mulher, enquanto gestante, e também à saúde da criança, a Portaria do MS nº 1.459/2011 criou o Programa Rede Cegonha. Esse programa visa o respeito ao direito de planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto, no aborto e no puerpério. Além disso, a Rede Cegonha garante às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Nas linhas que seguem, no presente capítulo, trataremos de apresentar e descrever a Rede Cegonha, no tópico a seguir, e abordar a pesquisa sobre o referido programa desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Nupe-Doges).

## Rede Cegonha

Para OMS as boas práticas ao parto são recomendações que têm como objetivo oferecer à mulher conforto, segurança e bem-estar no trabalho de parto, bem como reduzir intervenções ineficazes e, muitas vezes, consideradas invasivas. No guia elaborado pela OMS e incorporado pelo Ministério da Saúde (MS), as práticas obstétricas são classificadas em quatro categorias: a) as claramente úteis e que devem ser estimuladas; b) as comprovadamente prejudiciais e/ou ineficazes e que devem ser evitadas; c) práticas com pouca evidência disponível e que devem ser usadas com cautela; e d) práticas que são usadas rotineiramente de forma inapropriada (OMS, 2000).

Em consonância com as orientações da OMS, o MS elaborou em 2000, o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN) que avaliava o modelo obstétrico vigente como

muito dependente da tecnologia. Tal modelo diminui a confiança das mulheres na capacidade do próprio corpo em parir de forma fisiológica. Nessa política, o Ministério elenca uma série de mudanças necessárias para que a atenção obstétrica apresente melhores resultados no que diz respeito, principalmente, às morbidades associadas à assistência tecnocrática.

Visando amenizar essa problemática e esquematizar uma melhor rede de cuidados à saúde da mulher enquanto gestante, bem como a saúde da criança, foi criado o Programa Rede Cegonha, normatizado pela Portaria nº 1.459/2011. Este programa visa o respeito ao direito de planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto, aborto e puerpério. Às crianças, garante o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

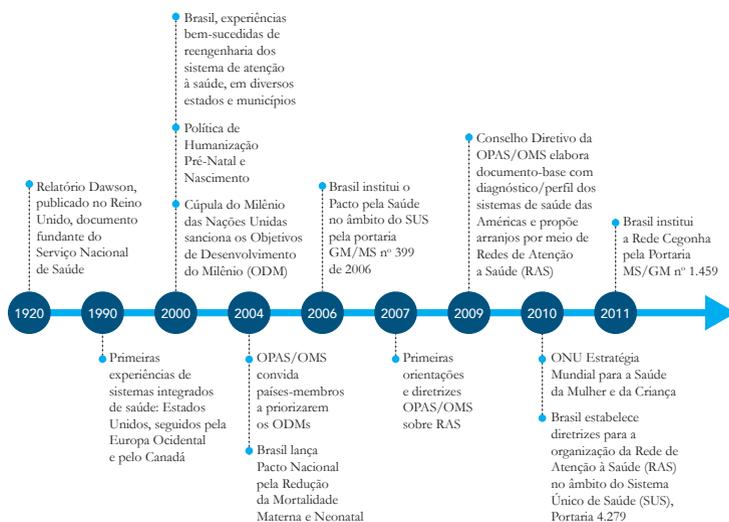
A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo assistencial que vem sendo discutido desde a década de 1990 e, diferentemente dos paradigmas anteriores, centra-se na atenção ao parto e ao nascimento com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros (GIOVANNI, 2013).

Nos anos 2000, os debates em torno dos paradigmas de abordagem de políticas de saúde para as mulheres são reestabelecido. Por um lado, os desafios de implementação de políticas de integralidade em saúde fazem com que as políticas públicas para as mulheres oscilem entre a integralidade e o foco materno-infantil. Por outro, a mudança de atores e cenários na disputa pela formação da agenda e formulação das políticas de saúde leva à mudança de foco nos desenhos das políticas (CARVALHO, 2015). Com o surgimento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000), da Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a) e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004b), diversas ações de saúde vêm sendo direcionadas à atenção materno-infantil de forma mais sistemática no SUS, como parte dos esforços intergovernamentais para a melhoria dos indicadores relacionados a esses grupos (CAVALCANTI *et al.*, 2013). Essas políticas vão culminar, em 2011, na Rede Cegonha. Na Figura 1 abaixo, apresentamos uma linha do tempo dos marcos da atenção a saúde em relação à Rede Cegonha.

Portanto, a Rede Cegonha surgiu com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e da assistência à criança com até 24 meses de vida. Vale ainda salientar que a mesma se insere na configuração da Rede de Atenção em Saúde, promovendo desta forma uma atenção mais eficiente e de qualidade em todos os

► **Figura 1.** Linha do tempo dos marcos da atenção à saúde em relação à Rede Cegonha



Fonte: Adaptado de Giovanni (2013).

pontos assistenciais, pautando-se na satisfação do usuário e na melhoria dos indicadores materno-infantil (BRASIL, 2011; CAVALCANTI *et al.*, 2013).

Podemos enumerar três objetivos principais da Rede Cegonha (BRASIL, 2011). São eles:

- I) Fomentar a implementação de um 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;
- II) Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolubilidade; e
- III) Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Por sua vez, a Rede Cegonha organiza-se em quatro componentes:

- 1) Pré-natal;
- 2) Parto e nascimento;
- 3) Puerpério e atenção integral à saúde da criança;
- 4) Sistema logístico: transporte sanitário e regulação.

O componente “Pré-natal” está conformado pelas seguintes ações:

- a) Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) Acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;

- d) Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) Qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

O componente “Parto e nascimento” compreende as seguintes ações:

- a) Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) no 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- c) 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”;
- d) Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e) Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;

- f) Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e
- g) Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

O componente “Puerpério e atenção integral à saúde da criança” c está conformado pelas seguintes ações:

- a) Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- b) Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- c) Busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- f) Orientação e oferta de métodos contraceptivos.

E, finalmente, o componente “Sistema Logístico: transporte sanitário e regulação” compreende as seguintes ações:

- a) 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 ventiladores neonatais;
- b) Implantação do modelo “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e

- c) Implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

Portanto, esta política se caracteriza por ser um conjunto de medidas que reafirmam a importância da adoção das boas práticas recomendadas pela OMS por meio de uma assistência de melhor qualidade às mulheres. Além disso, propõe a organização dos serviços em redes de atenção à saúde, enfatizando a articulação entre o pré-natal e os locais de parto, presença do acompanhante, educação em saúde, garantir às mulheres uma assistência dentro da perspectiva da humanização, incluindo o acesso a métodos contraceptivos e saúde integral da mulher e do bebê, até os dois primeiros anos de vida (GOTTEMS *et al.*, 2018). Para tanto, são previstas ações para vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento configurando-se, assim, como uma estratégia de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2011).

Faz-se necessário identificar também que o processo de implementação da Rede Cegonha requer a pactuação de compromissos por parte dos gestores, como o de fomentar a gestão participativa e democrática, além de promover alinhamento político-institucional e teórico-conceitual das diretrizes para formulação, implementação e monitoramento (BRASIL, 2011, CAVALCANTI *et al.*, 2013).

Os esforços da Rede Cegonha na tentativa de alterar a realidade da assistência à saúde da mulher e da criança partem do diagnóstico de que há uma permanência da mortalidade materna e infantil influenciada pela intensa medicalização do nascimento e pelo uso de tecnologias sem evidências (CARNEIRO, 2013). Assim, a Rede Cegonha tem sido objeto de esforços de várias

esferas de governo, a saber, os gestores federais, estaduais e municipais, que se mobilizaram para a sua implementação prática. Ademais, também houve esforços no sentido do financiamento, monitoramento e avaliação deste programa, bem como capacitação dos profissionais de saúde quanto à operacionalização das práticas propostas. Embora a Rede Cegonha seja uma política proposta pelo governo federal, a competência para a sua execução é dos Estados e municípios.

## A pesquisa sobre a Rede Cegonha

Um importante ator na atuação da Rede Cegonha é a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa por meio do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges), cuja finalidade é a de receber as manifestações como reclamações, denúncias, elogios, críticas e sugestões dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos prestados por determinado órgão por meio de vários canais como: carta, internet, telefone e atendimento presencial. Com isso, o Doges representa um importante canal de comunicação entre gestão e usuário (BRASIL, 2016).

Desde 2012, os esforços para melhoria e produção de conhecimento sobre os bancos de dados do Programa Rede Cegonha têm sido conduzidos mediante formalização de colaboração entre a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, mais especificamente o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, e o Grupo de Governança em Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Instituto Aggeu Magalhaes/Fiocruz.

Dentro do âmbito da referida colaboração, o Doges se encarregou da realização de pesquisas com usuários do serviço, se prestando a avaliar aspectos relacionados a assistência fornecida. Nessa perspectiva, a Ouvidoria-Geral do SUS tratou de entrevistar por telefone mulheres puérperas para obter informações sobre o atendimento à gestante, bem como ao recém-nascido, e,

desta forma, encontrando maneiras de mensurar o resultado da implementação da Rede Cegonha.

O objetivo principal da pesquisa “Rede Cegonha”, realizada pelo Núcleo de Pesquisa do Doges (Nupe), foi analisar a incidência da implementação da Rede Cegonha na realidade dos municípios brasileiros, considerando o olhar de uma amostra representativa de mães que tiveram parto pelo Sistema Único de Saúde. Como objetivos específicos da referida pesquisa temos: avaliar questões relativas ao planejamento reprodutivo; avaliar a qualidade da atenção pré-natal; avaliar a atenção humanizada à gravidez; avaliar questões relativas ao parto e pós-parto; e avaliar a satisfação das mulheres puérperas com o atendimento prestado pelos profissionais do SUS.

Do ponto de vista metodológico a pesquisa do Rede Cegonha se caracteriza como um estudo avaliativo epidemiológico, com desenho transversal e de base populacional. A pesquisa entrevistou em 2013 um total de 23.095 mulheres e em 2014 foram entrevistadas 19.562 mulheres. As entrevistadas foram atendidas em maternidades públicas e privadas conveniadas ao Sistema Único de Saúde. Todas essas mulheres foram comunicadas sobre os objetivos principais do estudo da Rede Cegonha e concederam autorização verbal para sua participação na pesquisa.

A coleta de dados ocorreu mediante questionário estruturado contendo informações a respeito do perfil socioeconômico e demográfico (idade, região onde mora, situação matrimonial ou à sociedade conjugal, classificação de raça-cor, possuir plano de saúde privado, anos de estudo, quantidade de salários mínimos recebidos). Além desses aspectos, foram feitas outras 53 perguntas relacionadas aos cuidados no pré-natal, à assistência ao parto, pós-parto e saúde da criança. Nos quatro capítulos que seguem, apresentaremos os resultados da pesquisa “Rede Cego-

na” dividida em quatro temas. São eles: a qualidade do pré-natal no Brasil; as boas práticas obstétricas na atenção ao parto; más práticas e violência institucional durante o parto; e a satisfação das gestantes com o atendimento obstétrico no SUS.

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. *Relatório gerencial do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Humanização do parto e do nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. 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*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Políticas atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

CARVALHO, L. PNAISM e Rede Cegonha: os programas federais de saúde para as mulheres e as interações sócio-estatais nos anos 2000. *Anais do VIII Congresso Latino-americano de Ciencia Política da ALACIP*, Lima, 2015.

CAVALCANTI, P. C. D. S.; GURGEL JUNIOR, G. D.; VACONCELOS, A. L. R. D.; GUERRERO, A. V. P. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 23, p. 1297-1316, 2013.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, 2009.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30 Suplemento, p. S140-S153, 2014.

GIOVANNI, M. *Rede Cegonha: da concepção à implementação*. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública. Brasília: ENAP, 2013.

GOTTEMS, L. B. D.; DE CARVALHO, E. M. P.; GUILHEM, D.; PIRES, M. R. G. M. Boas práticas no parto normal: análise da confiabilidade de um instrumento pelo Alfa de Cronbach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS, 2000.

SILVA, M. G. *et al.* Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 15, n. 4, p. 720-728, 2014.

## A qualidade do pré-natal no Brasil

Rafael da Silveira Moreira

Camila Pimentel Lopes de Melo

Julyana Viegas Campos

Jessyka Mary Vasconcelos Barbosa

Vaneuza Nascimento Santos Andrade

### Introdução

As mulheres constituem a população que mais busca o serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). E, neste contexto, a assistência à saúde oferecida no pré-natal configura-se como uma busca constante. Portanto, a assistência no pré-natal é cada vez mais importante e merecedora de destaque no que concerne à prioridade de oferta por diversos setores da saúde.

A assistência ao pré-natal é essencial para se obter bons resultados na qualidade de vida do binômio mãe-filho. Resultados perinatais positivos são alcançados por um pré-natal pautado em uma boa qualidade na assistência fornecida por práticas baseadas em evidências científicas. Para tanto, se faz necessário dispor de alguns requisitos que fortaleçam a qualidade, tais como: contato próximo entre a equipe de cuidado e a gestante, recursos disponíveis e rede bem estruturada e completa, que forneçam ações em diferentes níveis de assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Porém, para que essas ações sejam efetivadas e o

aprimoramento da assistência percebido, é necessário dispor de verbas públicas suficientes e adequadas, o que muitas vezes não ocorre (AMORIM; MELO, 2009).

O pré-natal é importante para uma boa condução da assistência obstétrica diagnosticando e prevenindo agravos e, assim, promovendo a saúde das gestantes. (PORTELA *et al.*, 2018; SPINDOLA; PENNA; PROGIANTI, 2006). É no momento do pré-natal que se faz a classificação de risco da gestação e, a partir dessa etapa, é necessário um acompanhamento que garanta o mínimo de intervenção, compatível com a segurança. Dessa forma, numa gestação de baixo risco, segundo o Ministério da Saúde (MS), é necessário um mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, com o início do pré-natal ainda no primeiro trimestre. A isso são acrescentados alguns procedimentos básicos que incluem exames clínico-obstétricos e laboratoriais, dentre outros (BRASIL, 2006). Numa gestação de alto risco, é preciso o encaminhamento para consultas especializadas.

Com a finalidade de melhorar o pré-natal de forma equânime, nas diversas regiões do país, o Ministério da Saúde preconiza o planejamento de ações necessárias para uma assistência pré-natal segura, bem como para a diminuição da mortalidade materna e neonatal. São exemplos destas condutas: o desenvolvimento de ações preventivas, assistência fornecida sem intervenções desnecessárias, solicitação de exames de rotina, a fim de detectar precocemente patologias e situações de risco gestacional, estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto, e fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico até o atendimento hospitalar de alto risco (KASSARA *et al.*, 2011; BRASIL, 2011).

A boa qualidade das práticas realizadas rotineiramente na atenção pré-natal tem possibilidade de impactar nos indicadores de saúde, estando desta forma associadas a melhores desfechos

perinatais. Assim, são imprescindíveis estudos que visem a avaliação do pré-natal, principalmente em países com amplas desigualdades regionais, econômicas e sociais e de difícil acesso aos serviços de saúde, como é o caso do Brasil (BRASIL, 2000; ANDREUCCI; CECATI, 2011; COUTINHO *et al.*, 2010; COSTA *et al.*, 2013).

A assistência pré-natal tem ainda o objetivo de orientar e esclarecer sobre os tipos de parto e os cuidados com o recém-nascido, visando a redução do baixo peso ao nascer e ainda do retardo do crescimento intrauterino, fatores negativos que podem ser evitados, a depender da qualidade assistencial prestada neste período. Com efeito, enfatiza-se a importância de efetivar práticas qualitativas, a fim de garantir a minimização destes acontecimentos, o que, em contrapartida, traz benefícios à mulher e ao recém-nascido (SILVA *et al.*, 2013; POGLIANE, 2014).

Um dos problemas enfrentados pelas gestantes está atrelado justamente à falta de vínculo entre os serviços que prestam assistência pré-natal e ao parto, levando-as a buscar, de forma exaustiva, uma vaga para internação e posterior realização do parto, arriscando-se neste processo de peregrinação. O que pode, conseqüentemente, adicionar riscos à saúde da parturiente e do recém-nascido (VIELLAS *et al.*, 2014).

A atenção básica tem se configurado, no setor público de saúde, como local de realização do pré-natal, com aumento importante na cobertura da assistência. Vale salientar que o pré-natal deve ser organizado nestes espaços para atender às reais necessidades da população gestante, por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e disponibilidade e adequação de recursos, levando em consideração ainda a necessidade de assegurar a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações (LANSKY *et al.*, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2015).

Embora a procura pela assistência constitua uma tendência crescente, do mesmo modo que o entendimento da gestante so-

bre a importância de sua realização, alguns estudos sobre a qualidade destes atendimentos têm mostrado que mudanças ainda precisam ser feitas. Ainda há falhas nos serviços de assistência pré-natal, tais como dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando sua qualidade e efetividade (BARBASTEFANO *et al.*, 2010). Visando amenizar essa problemática e esquematizar uma melhor rede de cuidados à saúde da mulher enquanto gestante, bem como a saúde da criança, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa Rede Cegonha.

Com base na realidade exposta, em que se observa a necessidade de melhoria da assistência no pré-natal, este artigo se propõe responder como está a qualidade prestada nestas consultas, objetivando assim retratar, segundo a visão das gestantes, a rotina que vem sendo imposta nas consultas pré-natais, a fim de mensurar se essas práticas estão de acordo com o que é preconizado. Uma indagação atrelada ao propósito de oferecer melhor qualidade assistencial e diminuição dos riscos de morbidade e mortalidade materna e infantil, bem como prevenção de complicações.

## Material e método

Estudo avaliativo, epidemiológico, com desenho transversal e de base populacional, com dados provenientes da pesquisa Rede Cegonha, realizada pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS – Doges do Ministério da Saúde (MS). Foram entrevistadas 23.095 mulheres no ano de 2013 e 19.562 em 2014, atendidas em maternidades públicas e privadas conveniadas ao SUS.

A escolha das perguntas do IQPN (Índice de Qualidade do Pré-Natal) baseou-se nas recomendações de condutas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do MS, assim como nos objetivos do Programa Rede Cegonha. Logo, o índice avalia aspec-

tos como: realização do pré-natal durante a gravidez, solicitação de exames de rotina no período do pré-natal, participação em rodas de conversas promovidas pela Unidade Básica de Saúde, se houve algum tipo de constrangimento durante as consultas pré-natais (Quadro 1).

► **Quadro 1.** Perguntas do questionário

<b>Perguntas do questionário</b>	
Nas consultas do pré-natal do SUS, foi verificada sua pressão arterial em todas as consultas?	Não/sim, algumas vezes = 0 Sim todas as vezes = 3
No pré-natal no SUS, a senhora fez exame de urina até a 20ª semana (4º mês) de gestação?	Não/Fez e não recebeu resultado = 0 Fez e recebeu resultado = 3
No pré-natal no SUS, a senhora fez exame de sangue até a 20ª semana (4º mês) de gestação?	Não/Fez e não recebeu resultado = 0 Fez e recebeu resultado = 3
A senhora participou de conversas promovidas pela Unidade de Saúde (do SUS) sobre a gravidez, o parto e/ou o cuidado com o recém-nascido?	Não = 0 Sim = 3
Durante o pré-natal, a senhora foi informada sobre: – Lei do acompanhante (Lei 11.108, de 7 de abril de 2005)	Não = 0 Sim = 3
Durante o pré-natal, a senhora foi informada sobre: – Plano de parto (lista de itens relacionados ao parto em que a mulher deixa registrada as suas vontades)	Não = 0 Sim = 3
Durante o pré-natal, a senhora foi informada sobre: – Tipos de parto e seus riscos e benefícios	Não = 0 Sim = 3
Durante o pré-natal, a senhora foi informada sobre: – Benefícios das diferentes posições para ter o bebê no parto normal	Não = 0 Sim = 3
Durante o pré-natal, a senhora foi informada sobre: – Direito à anestesia na hora do parto normal	Não = 0 Sim = 3
Durante o pré-natal, a senhora foi informada sobre: – Necessidade da sua autorização em relação aos procedimentos durante o trabalho de parto	Não = 0 Sim = 3
A senhora foi informada, pela equipe responsável pelo seu pré-natal, em qual hospital deveria ter seu bebê?	Não = 0 Sim = 3
Durante o pré-natal, a senhora ou algum de seus acompanhantes passou por alguma situação ruim (constrangedora ou desrespeitosa) causada pelos profissionais, dentro do serviço de saúde?	Não = 0 Sim = 3

**Fonte:** Elaboração própria com base nas informações do Doges.

As questões que compuseram o índice foram do tipo dicotômicas. Dessa forma, foram aplicados peso 0 (zero) para todas as respostas “não”, “sim, algumas vezes” e “fez e não recebeu resultado”, e peso 3 (três) para as respostas “sim”.

Após o estabelecimento das pontuações individuais de cada pergunta, aplicou-se a seguinte fórmula para a obtenção do Índice de Qualidade Pré-Natal (IQPN):

$$\text{IQPN} = \left[ \frac{\text{Pontuação obtida pela soma dos pontos respondidos}}{\text{Pontuação máxima possível}} \right] \times 100$$

Assim, foram obtidos os valores mínimo e máximo, variando de zero (respostas negativas para todas as perguntas, pior cenário) a 100 (todas as respostas positivas ou mais adequadas à qualidade da assistência, melhor cenário).

A análise de dados ocorreu, inicialmente, pela prevalência de Qualidade no Pré-Natal estimada pelo valor do IQPN acima da mediana (41,66). Para os cálculos das estimativas de frequência e intervalos de confiança de 95% foi usado o software IBM SPSS Statistics versão 22. Em seguida, foi analisada a possível existência de associação bivariada entre Qualidade do Pré-Natal e cada uma das variáveis independentes utilizadas. As variáveis independentes estão listadas no Quadro 2, divididas em três blocos: Bloco 1) variáveis demográficas; Bloco 2) variáveis socioeconômicas e; Bloco 3) variáveis de autopercepção do pré-natal. Vale ressaltar ainda que, para a variável idade, foi realizado o cálculo de mediana, obtendo-se o resultado da mediana de 27 anos. Dessa forma, a análise desta variável foi feita nos parâmetros abaixo e acima da mediana.

Foi utilizado o Teste de Qui-Quadrado e, complementarmente, foi realizada a Análise de Resíduos Padronizados (ARP).

A ARP foi feita para a associação entre os pares de categorias da variável dependente e das independentes, que possibilitou a comparação dos padrões característicos de cada categoria. Os resíduos (diferença padronizada entre as contagens observadas e esperadas) resultaram em excesso ou falta de ocorrência, sendo reconhecidos os valores com contagem de excesso positivo superior a 1,96, com nível de significância de 2,5% unicaudal, por se tratar apenas da observação dos excessos (BATISTA *et al.*, 2004). Para a associação entre as variáveis no Teste do Qui-Quadrado adotou-se o nível de significância de 5%.

► **Quadro 2.** Descrição das variáveis dependente e independentes

Variável Dependente	Definição	Códigos e critérios
Índice de Qualidade Pré-natal	Qualidade na assistência prestada à gestante no pré-natal	0 a 100, dicotomizado pelo valor da mediana. 1 = $\leq$ mediana 41,66 2 = $>$ mediana 41,66
Variável Independente	Definição	Códigos e critérios
<b>BLOCO 1: Demográfico</b>		
Idade	Idade segundo mediana das mulheres participantes da pesquisa	$>$ mediana 27 $<$ mediana 27
Região	Região onde mora	0 = Centro-Oeste 1 = Norte 2 = Nordeste 3 = Sul 4 = Sudeste
Estado civil	Situação de um indivíduo em relação ao matrimônio ou à sociedade conjugal	0 = casado 1 = solteiro 2 = viúva 3 = divorciada/separada 4 = união estável
Raça/Cor	Parâmetros para classificar diferentes populações de uma mesma espécie, de acordo com suas características genéticas ou fenotípicas.	0 = branca 1 = preta 2 = amarela 3 = parda 4 = indígena

→

Variável independente	Definição	Códigos e critérios
<b>BLOCO 2: Socioeconômico</b>		
Possui plano de saúde	Ter plano de saúde privado	0=Não 1=Sim
Escolaridade	Anos de estudo	0 = Sem escolaridade 1 = Até 8 anos de estudo 2 = De 9 a 11 anos de estudo 3 = Mais de 12 anos de estudo
Renda	Quantidade de salários mínimos recebidos	0 = Não tem renda 1 = Menos de um SM* 2 = Entre 1 e 2 SM 3 = Mais de 2 até 5 SM 4 = Mais de 5 SM
<b>BLOCO 3: Auto percepção</b>		
Como avalia o tempo para marcar/colher o exame e receber o resultado	Tempo decorrido pela mulher para marcação do exame, realização e recebimento do resultado	0 = Muito rápido 1 = Rápido 2 = Demorado 3 = Muito demorado
Como se sentiu em relação às orientações e esclarecimentos recebidos no pré-natal	Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes ou pela ausência dos dentes	0 = Muito satisfeita 1 = Satisfeita 2 = Pouco satisfeita 3 = Nada satisfeita
Como se sentiu em relação às consultas, exames e medicamentos recebidos durante o pré-natal	Sentimento mediante consulta realizada no pré-natal, oferta de exames e medicamentos	0 = Muito satisfeita 1 = Satisfeita 2 = Pouco satisfeita 3 = Nada satisfeita
Grau de satisfação com a experiência do pré-natal no SUS	Experiência no atendimento pré-natal do SUS	0 = Muito satisfeita 1 = Satisfeita 2 = Pouco satisfeita 3 = Nada satisfeita

\* SM = salário mínimo

**Fonte:** Elaboração própria com base nas informações do Doges.

## Resultados e discussão

Para efeitos de análise dos dados, a apresentação dos resultados foi organizada em três blocos temáticos: o primeiro, relacionado ao que se poderia chamar aspectos sociais concernentes às informações a que toda gestante e familiares têm direito, incluindo-se, neste bloco, a percepção do tratamento recebido.

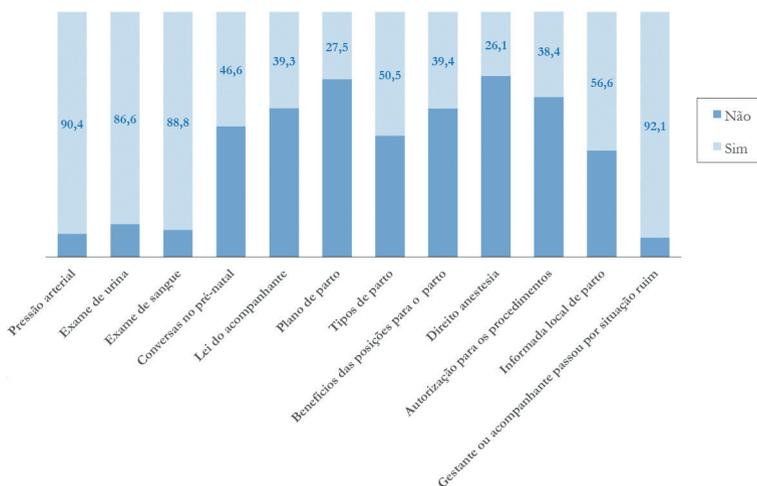
O segundo bloco se refere aos aspectos clínicos e o terceiro diz respeito à percepção da própria mulher frente ao atendimento recebido.

Ao analisar, no contexto geral, a participação e, consequentemente, a resposta das mulheres frente ao questionário aplicado, observou-se que, das 42.657 mulheres participantes, 99% realizaram pré-natal durante a gestação. E também que 92,1% das gestantes ou seus acompanhantes, durante o pré-natal, passaram por alguma situação ruim (constrangedora ou desrespeitosa) causada pelos profissionais, dentro do serviço de saúde.

No que concerne às perguntas relacionadas ao acesso à informação e direitos da gestante, é elevado o número de mulheres que não tiveram os conhecimentos considerados básicos para quem irá se submeter a um parto, podendo citar, dentre eles, ser cientificada acerca da escolha do tipo de parto, riscos e benefícios associados a cada um destes tipos; desconhecimento sobre a existência da lei do acompanhante, dos benefícios das diferentes posições para ter o bebê quando se opta pelo parto vaginal, ou ainda o direito de receber anestesia (Gráfico 1).

A literatura vem caracterizando a violência obstétrica como um fenômeno amplo, que não se restringe apenas ao momento do parto; logo, pode estar relacionada à não oferta à mulher, por exemplo, do livre exercício da tomada de decisão nos eventos relacionados ao ciclo-gravídico puerperal (ZANARDO *et al.*, 2017; TOMAZI *et al.*, 2017). Nesse sentido, este quadro de falha na oferta de informação qualificada, assim como o tratamento desrespeitoso e a falta de informações essenciais ainda nas consultas de pré-natal evidencia que a qualidade desta assistência precisa ser fortalecida e aperfeiçoada através de ações que visem reduzir os comportamentos inadequados por parte dos profissionais, bem como a ausência de informação qualificada, que pode empoderar esta mulher.

► **Gráfico 1.** Distribuição das variáveis presentes no Índice de Qualidade Pré-Natal



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do Doges.

Tomazi *et al.* (2017), em estudo do tipo transversal realizado com os resultados da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ nos estados brasileiros, entre os anos de 2012 e 2013, constataram que a proporção de mulheres que receberam todas as orientações no atendimento pré-natal foi de apenas 60,3%. As orientações sobre amamentação exclusiva foram as mais oferecidas; a menos ofertada foi a sobre a importância do pré-câncer. O que mostra que as orientações foram repassadas para uma grande parte da população assistida; porém, ainda é necessária uma real atenção para que esse quantitativo se eleve o máximo possível e as dúvidas das gestantes sejam esclarecidas.

No que diz respeito aos aspectos mais técnicos, relacionados aos exames clínicos, as mulheres, em sua grande maioria, tiveram aferição da pressão, realizaram exames de urina e de sangue. Resultados estes que apontam para uma adequação e fortalecimento dos indicadores relacionados à clínica obstétrica (Gráfico 1).

Na literatura atual há divergências em relação a este ponto de cobertura/adequação, ou seja, a realização dessa rotina nos exames no pré-natal. Ruschi *et al.* (2017) avaliaram a completude da ficha clínica de pré-natal. No que diz respeito a condutas básicas no pré-natal, bem como solicitação de exames laboratoriais, verificaram excelente completude em todas as unidades de saúde. Em contrapartida, nos estudos realizados por Coutinho *et al.* (2010) e Carvalho e Araújo (2007), o alto nível de inadequação da assistência pré-natal foi associado à baixa média de consultas, ao início tardio das mesmas e à baixa realização de procedimentos técnicos e exames de rotina do pré-natal.

A frequência de realização dos exames por parte das gestantes pode ser explicada pela facilidade de acesso à coleta. Entretanto, as falhas nestes procedimentos podem ser devidas à negligência por parte das gestantes, que podem não realizar os exames em tempo hábil ou simplesmente não realizá-los, e até mesmo à demora para entrega dos resultados pelo laboratório. A realização dos exames laboratoriais durante a gestação é muito importante, pois pode levar à prevenção, identificação e correção de alterações que podem prejudicar a gestante e o feto (COSTA *et al.*, 2013).

Existem diferenças com relação à quantidade de consultas pré-natais em diversos países, variando de 7 a 14 consultas (SILVA *et al.*, 2013). No Brasil, como já mencionado, é preconizado um mínimo de 6 consultas, no caso de recém-nascidos a termo, se iniciando o mais precocemente possível, ainda no primeiro trimestre gestacional (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar, todavia, que a maior quantidade de consultas e a realização de procedimentos, juntamente com solicitação de exames, não asseguram a qualidade na assistência. Sem dúvida, a qualidade perpassa pela quantidade de consultas; contudo, elas precisam ser realizadas de acordo com os padrões estabelecidos pelo MS, a fim de assegurar que sejam bem feitas e resolutivas.

Ao realizar a correlação da Qualidade Pré-natal com os blocos demográficos, socioeconômicos e a autopercepção, optou-se pela análise por meio da mediana com valor de 41,66, classificando assim dois grupos, acima da mediana e abaixo da mediana.

Observando-se os dados demográficos, presentes no Bloco 1, a primeira variável analisada foi idade, sendo esta estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ); logo, constatou-se que mulheres com idade abaixo da mediana ( $< 27$ ) possuem uma melhor qualidade na assistência pré-natal.

Considerando a variável renda ( $p < 0,001$ ), constatou-se maior assistência às mulheres que possuem renda menor que um salário mínimo, ao passo que as mulheres com renda maior que dois ou até cinco salários mínimos tiveram uma menor qualidade na assistência.

Com relação à escolaridade ( $p < 0,001$ ), as mulheres que tiveram até oito anos de estudo tiveram maior qualidade na assistência, enquanto aquelas entre 9 e 11 anos de estudo tiveram menor qualidade.

Em comparação a outro estudo, das mulheres participantes, 43,6% encontravam-se na faixa etária de 25 a 34 anos e 20% na de 16 a 20 anos. Analisando-se a qualidade da assistência prestada a essas mesmas mulheres, além da baixa qualidade na assistência às gestantes, importantes desigualdades foram identificadas, com maior proporção de assistência pré-natal inadequada em mulheres adolescentes, pretas, com menor escolaridade, pertencentes a classes econômicas mais baixas (TOMASI *et al.*, 2017).

Resultados estes que se distanciam do evidenciado no atual estudo, mostrando desta forma que existem diferenças na concepção do que essas gestantes avaliam ser qualidade prestada na assistência. Uma hipótese pode ser o fato de as mulheres com menor escolaridade e renda, além de mais jovens, encararem de forma menos crítica a pior qualidade do pré-natal recebida, ava-

liando-a como adequada, mais pela gratidão pelo pré-natal recebido do que pela qualidade em si.

Com relação à região ( $p < 0,001$ ), constatou-se maior qualidade de assistência fornecida no pré-natal na Região Sul, enquanto nas regiões Norte e Nordeste foram observadas menor qualidade.

Ao analisar o estado civil das participantes da pesquisa ( $p < 0,001$ ), observou-se maior qualidade pré-natal fornecida às mulheres solteiras e com união estável, ao passo que esta qualidade diminuía na assistência oferecida às mulheres casadas. A variável raça não apresentou significância estatística com relação à qualidade do pré-natal.

Outros estudos também constataram menor qualidade da assistência em mulheres, nas regiões Norte e Nordeste, associando a isto outras variáveis, como mulheres sem companheiro, sem trabalho remunerado, com menor escolaridade (VIELLAS *et al.*, 2014; TOMASI *et al.*, 2017). O grau menor de adequação do pré-natal nas regiões Norte e Nordeste é compatível com a maior ocorrência de desfechos perinatais negativos, tais como valores mais elevados de razão de mortalidade materna, mortalidade neonatal e transmissão vertical do HIV (DOMINGUES *et al.*, 2015).

Em relação às variáveis socioeconômicas que compõem o Bloco 2, observou-se maior qualidade na assistência pré-natal oferecida às mulheres que não possuíam plano de saúde, em comparação às que possuíam ( $p < 0,001$ ). Ou seja, as mulheres que possuíam planos de saúde tiveram assistência de menor qualidade.

O Bloco 3 analisou as variáveis relativas à autopercepção das mulheres em relação à assistência recebida. Observou-se, assim, como a mulher avalia o tempo para marcar/colher o exame e receber o resultado ( $p < 0,001$ ). Aquelas que tiveram melhor qualidade, classificaram o tempo como demorado ou muito demorado, enquanto as que tiveram menor qualidade classificaram-

-no como rápido ou muito rápido. Ao analisar o sentimento em relação às orientações e esclarecimentos recebidos no pré-natal, as que os classificaram como de melhor qualidade se sentiram satisfeitas ou muito satisfeitas; em contrapartida, as que os classificaram como de qualidade inferior sentiram-se pouco satisfeitas ou nada satisfeitas (Tabela 1).

As participantes também foram questionadas quanto ao sentimento em relação às consultas, exames e medicamentos recebidos durante o pré-natal, bem como ao grau de satisfação com a experiência do pré-natal no SUS. Nas duas variáveis, as mulheres que as classificaram como de melhor qualidade se sentiram satisfeitas ou muito satisfeitas, enquanto as que classificaram a assistência como de menor qualidade sentiram-se pouco satisfeitas ou nada satisfeitas.

► **Tabela 1.** Distribuição das variáveis correspondentes ao Bloco 1, Bloco 2 e Bloco 3

		Abaixo da mediana		Acima da mediana		Total		Valor-p
		n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	
<b>BLOCO 1</b>								
<i>Demográficas</i>								
<i>Idade</i>	<mediana(27)	11476	52,5%	10394*	47,5%	21870	100,0%	<0,001
	>mediana(27)	10804*	54,3%	9102	45,7%	19906	100,0%	
<i>Região</i>	Centro Oeste	1761	53,46%	1533	46,5%	3294	100,0%	<0,001
	Norte	1536*	56,3%	1194	43,7%	2730	100,0%	
	Nordeste	6109*	55,4%	4924	44,6%	11033	100,0%	
	Sul	3079	49,2%	3175*	50,8%	6254	100,0%	
	Sudeste	9804	53,0%	8680	47,0%	18484	100,0%	
<i>Estado civil</i>	Casado	8674*	55,2%	7043	44,8%	15717	100,0%	<0,001
	Solteiro	9459	52,1%	8685*	47,9%	18144	100,0%	
	Viúvo	77	54,2%	65	45,8%	142	100,0%	
	Divorciado/ Separado	483	56,2%	377	43,8%	860	100,0%	
	União estável	3579	51,8%	3327*	48,2%	6906	100,0%	

→

		Abaixo da mediana		Acima da mediana		Total		Valor-p
		nº	%	nº	%	nº	%	
Raça/Cor	Branca	7413	53,3%	6499	46,7%	13912	100,0%	0,078
	Preta	2686	53,0%	2385	47,0%	5071	100,0%	
	Amarela	589	56,4%	456	43,6%	1045	100,0%	
	Parda	11402	53,3%	9996	46,7%	21398	100,0%	
	Indígena	108	46,6%	124	53,4%	232	100,0%	

## BLOCO 2

### Socioeconômicas

<i>Possuía plano de saúde</i>	Não	19956	52,8%	17815*	47,2%	37771	100,0%	<0,001
	Sim	2310*	58,0%	1676	42,0%	3986	100,0%	
<i>Escolaridade</i>	sem escolaridade	88	49,2%	91	50,8%	179	100,0%	<0,001
	até 8 anos	6301	49,3%	6475*	50,7%	12776	100,0%	
	9 a 11 anos	13554*	54,4%	11373	45,6%	24927	100,0%	
	mais de 12 anos	2328*	59,9%	1558	40,1%	3886	100,0%	
<i>Renda</i>	não tem renda	888	54,9%	730	45,1%	1618	100,0%	<0,001
	menos de 1 SM*	5341	50,4%	5253*	49,6%	10594	100,0%	
	Entre 1 e 2 SM	13049	53,6%	11317	46,4%	24366	100,0%	
	Mais de 2 até 5 SM	2408*	57,5%	1778	42,5%	4186	100,0%	
	Mais de 5 SM	172	58,1%	124	41,9%	296	100,0%	

## BLOCO 3

### Autopercepção

<i>Como avalia o tempo para marcar/colher o exame e receber o resultado</i>	Muito rápido	555*	33,9%	1080	66,1%	1635	100,0%	<0,001
	Rápido	10128*	43,8%	12996	56,2%	23124	100,0%	
	Demorado	5310	56,4%	4099*	43,6%	9409	100,0%	
	Muito demorado	1115	68,6%	510*	31,4%	1625	100,0%	
<i>Como se sentiu em relação às orientações e esclarecimentos recebidos no pré-natal</i>	Muito satisfeita	1341	22,2%	4694*	77,8%	6035	100,0%	<0,001
	Satisfeita	9935	43,5%	12890*	56,5%	22825	100,0%	
	Pouco satisfeita	6672*	81,2%	1546	18,8%	8218	100,0%	
	Nada satisfeita	1979*	91,6%	182	8,4%	2161	100,0%	
<i>Como se sentiu em relação às consultas, exames e medicamentos recebidos durante o pré-natal</i>	Muito satisfeita	2575	33,7%	5069*	66,3%	7644	100,0%	<0,001
	Satisfeita	12415	49,1%	12846*	50,9%	25261	100,0%	
	Pouco satisfeita	4040*	76,6%	1233	23,4%	5273	100,0%	
	Nada satisfeita	930*	85,2%	161	14,8%	1091	100,0%	



		Abaixo da mediana		Acima da mediana		Total		Valor-p
		nº	%	nº	%	nº	%	
<i>Grau de satisfação com a experiência do pré-natal no SUS</i>	Muito satisfeita	2709	31,7%	5841*	68,3%	8550	100,0%	<0,001
	Satisfeita	11968	49,8%	12068*	50,2%	24036	100,0%	
	Pouco satisfeita	4454*	78,2%	1243	21,8%	5697	100,0%	
	Nada satisfeita	826*	83,7%	161	16,3%	987	100,0%	

\* Resíduo Padronizado >1,96

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do Doges.

## Conclusão

O estudo constatou a grande necessidade de realizar pesquisas em âmbito nacional objetivando mostrar a realidade da assistência materno-infantil, principalmente em relação à qualidade da que é vivenciada pelas mulheres nos diversos espaços e níveis de atendimento.

A realidade descortinada através dos dados coletados no estudo deixa muito evidente o muito que ainda precisa ser modificado, visando oferecer uma assistência de maior qualidade e mais equânime, no Brasil, considerando as distintas realidades vivenciadas em cada contexto regional.

Faz-se importante também enfatizar a consulta pré-natal como um momento esclarecedor e determinante para a gestante. Pois é justamente neste momento, na interação com o profissional, que devem ser discutidas as condutas presentes e futuras relacionadas à gestação, bem como à parturição e à garantia de vinculação desta mulher a uma assistência pré-natal de maior complexidade e qualidade.

## Referências

- AMORIM, M. M.; MELO, A. S. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 31, n. 3, p.148-155, 2009.
- ANDREUCCI, C. B.; CECATI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 6, p.1053-1064, 2011.
- BARBASTEFANO, P. S.; GIRIANELLI, V. R.; VARGENS, O. M. C. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 31, n. 4, p. 708-714, 2010.
- BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Revista de Saúde Pública*, n. 38, p. 630-636, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*. Brasília, 2000.
- CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.
- CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, v. 7, n. 3, p. 309-317, 2007.
- CAVALCANTI, P. C. D. S.; GURGEL JUNIOR, G. D.; VASCONCELOS, A. L. R. D.; GUERRERO, A. V. P. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1297-1316, 2013.
- COSTA, C. S. C. *et al.* Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 15, n. 2, p. 516-522, 2013.
- COUTINHO, T.; MONTEIRO, M. F. G.; SAYD, J. D.; TEIXEIRA, M. T. B.; COUTINHO, C. M.; COUTINHO, L. M. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 32, n. 11, p. 563-569, 2010.

DOMINGUES, R. M. S. M.; VIELLAS, E. F.; DIAS, M. A. B.; TORRES, J. A.; THEME FILHA, M. M.; GAMA, S. G. N. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 37, n. 3, 2015.

KASSARA, S. B.; MELO, A. M. C.; COUTINHO, S. B.; LIMA, M. C.; LIRA, P. I. C. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. *Journal of Pediatrics*, v. 89, n. 3, p. 269-277, 2011.

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. L.; SILVA, A. A. M.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, D. A. S.; CARVALHO, M. L. Pesquisa Nascer no Brasil: per 1 da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39 (Supl 1), p. S192-207, 2014.

POLGLIANE, R. B. S. *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014.

PORTELA, M. C. *et al.* Cuidado obstétrico: desa os para a melhoria da qualidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 5, p. 1-3, 2018.

SILVA, E. P.; LIMA, R. T.; COSTA, M. J. C.; FILHO, M. B. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 33, n. 5, p. 356-362, 2013.

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANI, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 40, n. 3, p. 381-388, 2006.

TOMASI, E. *et al.* Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 3, p. 1-11, 2017.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N. da; THEME FILHA, M. M.; COSTA, J. V. da. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. 85-100, 2014.

ZANARDO, G. L. P.; URIBE, M. C.; NADAL, A. H. R.; HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia*, v. 29, n. 1, p. 1-11, 2017.

## As boas práticas obstétricas na atenção ao parto no Brasil

Rafael da Silveira Moreira

Julyana Viegas Campos

Camila Pimentel Lopes de Melo

Jessyka Mary Vasconcelos Barbosa

Maria Helena Ferreira de Azevedo

### Introdução

A atenção obstétrica se inscreve como importante agenda de saúde pública na maioria dos países. As recomendações da OMS, de 1996, constituem uma síntese dos achados do grupo de trabalho; estas recomendações, mais tarde, ficaram conhecidas como Medicina Baseada em Evidências (MBE). Este documento inaugura uma força institucional importante na redefinição das diretrizes para a assistência ao parto e na reconfiguração, ainda incipiente, de aspectos culturais e sociais envolvidos no parto, na medida em que desloca a concepção vigente até então de parto como evento de alto risco para a mãe e o bebê, para uma experiência pessoal, familiar e segura (DINIZ, 2005).

Em consonância às orientações da OMS, o Ministério da Saúde (MS) elaborou, no ano de 2000, o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN), que avaliou o modelo obstétrico vigente como muito dependente da tecnologia, e que,

por consequência, diminui a confiança das mulheres na capacidade do próprio corpo em parir de forma fisiológica. Nessa política, o MS elenca uma série de mudanças necessárias para que a atenção obstétrica apresente melhores resultados no que diz respeito, principalmente, às morbidades associadas à assistência tecnocrática. Nesse sentido, uma boa assistência obstétrica precisa acompanhar todo o ciclo gravídico-puerperal. Direito à informação de qualidade, desde o pré-natal, ser informada sobre o local de parto, ser estimulada a elaborar um plano de parto, são exemplos de orientações relacionadas ao momento do pré-natal, assumidas pelo MS. Para o momento do parto, o estímulo à liberdade de movimentos, oferta de líquidos e alimentos leves, alívio não farmacológico da dor e acompanhamento contínuo e de livre escolha, entre outras, figuram como práticas a ser estimuladas (BRASIL, 2013; GOTTEMS *et al.*, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996), as boas práticas ao parto são recomendações que têm o objetivo de oferecer à mulher conforto, segurança e bem-estar no trabalho de parto, bem como reduzir intervenções inefcazes e, muitas vezes, invasivas. No guia elaborado pela OMS e incorporado pelo MS, as práticas obstétricas são classificadas em quatro categorias: A) as claramente úteis e que devem ser estimuladas; B) as comprovadamente prejudiciais e/ou inefcazes e que devem ser evitadas; C) práticas com pouca evidência disponível e que devem ser usadas com cautela; D) práticas que são usadas rotineiramente, de forma inapropriada.

Com o objetivo de instaurar as mudanças necessárias para a melhora da atenção obstétrica, o MS instituiu, em 2000, por meio da Portaria nº 569, um processo de humanização da assistência obstétrica por meio do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), tendo como objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistên-

cia à saúde de gestantes e recém-nascidos, levando à ampliação do acesso e maior qualidade (BRASIL, 2000; SANTOS, 2018). Em 2011, continuando a política de melhoria da qualidade da assistência à saúde materna, destaca-se o surgimento do Programa Rede Cegonha (MONTES; RODRIGUES, 2014).

Diante da contextualização exposta, se faz importante o estudo aprofundado das boas práticas voltadas à assistência ao parto. A incorporação de práticas efetivas e seguras garante o bom andamento no decorrer do parto, evitando assim futuras complicações, aprimora a relação de confiança entre profissional e paciente, podendo contribuir para uma experiência positiva para a gestante. Nesse sentido, este capítulo objetiva responder quais práticas têm sido realizadas no momento do parto e se as mesmas estão de acordo com o que é preconizado pelo MS.

## Metodologia

Este é um estudo avaliativo, epidemiológico, com desenho transversal e de base populacional, com dados provenientes da pesquisa Rede Cegonha, realizada pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS – Doges. Foram entrevistadas 23.095 mulheres no ano de 2013 e 19.562 em 2014, todas elas atendidas em maternidades públicas e privadas conveniadas ao Sistema Único de Saúde.

No intuito de avaliar as boas práticas no momento do parto optou-se pela construção de um Índice de Boas Práticas (IBP) envolvendo 14 das 53 perguntas do questionário. A escolha das perguntas baseou-se nas recomendações de condutas da OMS e do MS, assim como nos objetivos do Programa Rede Cegonha. Logo, o índice avalia aspectos como: peregrinação da gestante, cumprimento da lei do acompanhante, direito à informação confiável e qualificada, contato precoce pele-a-pele, respeito à autonomia da mulher e suas escolhas (Quadro 1).

► **Quadro 1.** Questões que compõem o Índice de Boas Práticas (IBP)

Perguntas do questionário	Respostas possíveis e pontuação atribuída
A senhora teve seu bebê no primeiro hospital que procurou?	- Não = 0 - Sim = 3
Na internação, antes de ter o bebê, a senhora teve acompanhante de sua escolha?	- Sim, tive acompanhante de minha escolha = 3 - Sim, mas foi uma mulher, porque o serviço não permitia homens = 1,5 - Não = 0
No momento/hora do nascimento do bebê, a senhora teve acompanhante de sua escolha?	- Sim, tive acompanhante de minha escolha = 3 - Sim, mas foi uma mulher, porque o serviço não permitia homens = 1,5 - Não = 0
Após o nascimento do bebê até a alta da maternidade, a senhora teve acompanhante de sua escolha?	- Sim, em tempo integral e da minha escolha = 3 - Sim, em tempo integral, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens = 2 - Sim, em tempo parcial e da minha escolha = 1 - Não = 0
Durante o trabalho de parto ou no momento do parto, a senhora passou por alguma dessas situações:	
- Pôde comer ou beber algo?	- Não = 0 - Sim = 3
- Pôde caminhar e movimentar-se livremente?	- Não = 0 - Sim = 3
- Ficou no chuveiro ou banheira para aliviar a dor?	- Não = 0 - Sim = 3
- Recebeu massagens, ficou na bola ou no cavalinho?	- Não = 0 - Sim = 3
- Quando solicitado, recebeu remédio ou anestesia para alívio da dor?	- Não = 0 - Sim = 3
- Foi orientada sobre todos os procedimentos feitos?	- Não = 0 - Sim = 3
- Teve privacidade no local do parto (biombos/cortinas/sala individual)	- Não = 0 - Sim = 3
- Foi orientada que poderia ter bebê em outras posições que não fosse só deitada?	- Não = 0 - Sim = 3
No momento em que o bebê nasceu, ele foi colocado imediatamente junto com a senhora (no colo ou peito para mamar)?	- Sim, antes de ser limpo até ir para o quarto = 3 - Sim, ficou aproximadamente 10 minutos e depois levaram = 1,5 - Não, primeiro fizeram os procedimentos = 0

→

Perguntas do questionário	Respostas possíveis e pontuação atribuída
A senhora recebeu orientações sobre amamentação e cuidados com o bebê, após o parto, no hospital/ maternidade?	- Sim e tive auxílio = 3 - Sim, mas não fui auxiliada = 1,5 - Não = 0

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do Doges.

As questões que compuseram o índice são, em sua maioria (nove perguntas), do tipo dicotômico. Para essas, foram aplicados peso 0 (zero) para todas as respostas “não” e peso 3 (três) para as respostas “sim”. Outros quesitos que foram incorporados e não possuíam respostas dicotômicas tiveram suas respostas pontuadas com frações da pontuação máxima (três) e uma resposta mínima com pontuação zero.

Em duas perguntas sobre acompanhante (no momento do trabalho de parto e no parto), foi atribuído peso zero para “não”; peso 1,5 (um e meio) para “mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens” e 3 (três) para “Sim, tive acompanhante de minha escolha”, considerando que a lei regulamenta a livre-escolha do acompanhante. Na pergunta sobre acompanhante no momento do pós-parto, foi observado que algumas vezes os estabelecimentos restringem o horário. Nesse sentido, para essa pergunta foi atribuído peso 0 (zero) para “não”, 1 (um) para as respostas “Sim, em tempo parcial e da minha escolha” e “Sim, em tempo parcial, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens”, 2 (dois) para “Sim, em tempo integral, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens” e 3 (três) para “Sim, em tempo integral e da minha escolha”.

Considerando que as diretrizes recomendam o contato imediato pele-a-pele entre mãe e recém-nascido, na pergunta relativa a esse aspecto foram estabelecidos os pesos 0 (zero) para as respostas “Não, primeiro fizeram os procedimentos” e “Não, só para olhar e depois levaram”, 1,5 (um e meio) para “Sim,

ficou aproximadamente 10 minutos e depois levaram”, 3 (três) para “Sim, antes de ser limpo até ir para o quarto”. Por fim, na pergunta relativa às orientações sobre maternidade e cuidados com o bebê recebidos nos serviços, foram estabelecidos pesos 0 (zero) para “Não”, 1,5 (um e meio) para “Sim, mas não fui auxiliada” e 3 (três) para “Sim e tive auxílio” (Quadro 1).

Após o estabelecimento das pontuações individuais de cada pergunta, aplicou-se a seguinte fórmula para a obtenção do Índice de Boas Práticas (IBP):

$$IQBP = \left[ \frac{\text{Pontuação obtida pela soma dos pontos respondidos}}{\text{Pontuação máxima possível}} \right] \times 100$$

Os valores mínimo e máximo variam de zero (resposta negativa para todas as perguntas, pior cenário) a 100 (todas as respostas positivas ou mais adequadas aos princípios das boas práticas, melhor cenário).

A análise de dados ocorreu, inicialmente, pela prevalência de Boas Práticas no Parto estimada pelo valor do IBP acima da mediana (39,28). Para os cálculos das estimativas de frequência e intervalos de confiança de 95% foi usado o software IBM SPSS Statistics, versão 22. Em seguida, foi analisada a possível existência de associação bivariada entre Índice de Boas Práticas e cada uma das variáveis independentes utilizadas. As variáveis independentes estão listadas no Quadro 2 e foram divididas em quatro blocos: Bloco 1) variáveis demográficas; Bloco 2) variáveis socioeconômicas; Bloco 3) autopercepção do pré-natal; Bloco 4) qualidade. Vale ainda ressaltar que, para a variável idade, foi realizado o cálculo de mediana, obtendo-se resultado da mediana de 27; sendo assim, esta variável teve sua análise feita nos parâmetros abaixo e acima da mediana.

- **Quadro 2.** Descrição das variáveis utilizadas na construção do Índice de Boas Práticas

Variável Dependente	Definição	Códigos e critérios
Índice de Boas Práticas	Boas práticas na assistência prestada à gestante, no parto	0 a 100, dicotomizado pelo valor da mediana. 0 = ≤ mediana 39,28 1 = > mediana 39,28
Variável Independente	Definição	Códigos e critérios
<b>BLOCO 1: Demográfico</b>		
Idade	Idade, segundo a mediana das mulheres participantes da pesquisa	> mediana 27 < mediana 27
Região	Região onde mora	0 = Centro-Oeste 1 = Norte 2 = Nordeste 3 = Sul 4 = Sudeste
Estado civil	Situação de um indivíduo em relação ao matrimônio ou à sociedade conjugal	0 = casada 1 = solteira 2 = viúva 3 = divorciada/separada 4 = união estável
Raça/Cor	Parâmetros para classificar diferentes populações de uma mesma espécie de acordo com suas características genéticas ou fenotípicas	0 = branca 1 = preta 2 = amarela 3 = parda 4 = indígena
<b>BLOCO 2: Socioeconômico</b>		
Possui plano de saúde	Ter plano de saúde privado	0=Não 1=Sim
Escolaridade	Anos de estudo	0 = Sem escolaridade 1 = Até 8 anos de estudo 2 = De 9 a 11 anos de estudo 3 = Mais de 12 anos de estudo
Renda	Quantidade de salários mínimos recebidos	0 = Não tem renda 1 = Menos de um salário mínimo 2 = Entre 1 e 2 salários mínimos 3 = Mais de 2 até 5 salários mínimos 4 = Mais de 5 salários mínimos

→

Variável Independente	Definição	Códigos e critérios
<b>BLOCO 3: Autopercepção</b>		
Como avalia o tempo para marcar/colher o exame e receber o resultado	Tempo decorrido para marcação do exame, realização e recebimento do resultado	0 = Muito rápido 1 = Rápido 2 = Demorado 3 = Muito demorado
Como se sentiu em relação às orientações e esclarecimentos recebidos no pré-natal	Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes ou pela ausência dos dentes	0 = Muito satisfeita 1 = Satisfeita 2 = Pouco satisfeita 3 = Nada satisfeita
Como se sentiu em relação às consultas, exames e medicamentos recebidos durante o pré-natal	Sentimento mediante consulta realizada no pré-natal, oferta de exames e medicamentos	0 = Muito satisfeita 1 = Satisfeita 2 = Pouco satisfeita 3 = Nada satisfeita
Grau de satisfação com a experiência do pré-natal no SUS	Experiência no atendimento pré-natal do SUS	0 = Muito satisfeita 1 = Satisfeita 2 = Pouco satisfeita 3 = Nada satisfeita
<b>BLOCO 4: Qualidade do pré-natal</b>		
Nas consultas do pré-natal do SUS, foi verificada sua pressão arterial em todas as consultas?	Verificação da pressão arterial	0 = Não/sim, algumas vezes 3 = Sim todas as vezes
No pré-natal no SUS a senhora fez exame de urina até a 20ª semana (4º mês) de gestação?	Solicitação e realização de exame de urina	0 = Não/Fez e não recebeu resultado 3 = Fez e recebeu resultado
No pré-natal no SUS a senhora fez exame de sangue até a 20ª semana (4º mês) de gestação?	Solicitação e realização de exame de sangue	0 = Não/Fez e não recebeu resultado 3 = Fez e recebeu resultado
A senhora participou de conversas promovidas pela Unidade de Saúde (do SUS) sobre a gravidez, o parto e/ou o cuidado com recém-nascido?	Participação em conversas	0 = Não 3 = Sim
Durante o pré-natal, a senhora foi informada sobre: – Lei do acompanhante (Lei 11.108, de 7 de abril de 2005).	Repasse de informação	0 = Não 3 = Sim

→

Variável Independente	Definição	Códigos e critérios
Durante o pré-natal, a senhora foi informada sobre: – Plano de parto (lista de itens relacionados ao parto em que a mulher deixa registradas as suas vontades)	Repasse de informação	0 = Não 3 = Sim
Durante o pré-natal, a senhora foi informada sobre: – Tipos de parto e seus riscos e benefícios	Repasse de informação	0 = Não 3 = Sim
Durante o pré-natal, a senhora foi informada sobre: – Benefícios das diferentes posições para ter o bebê no parto normal	Repasse de informação	0 = Não 3 = Sim
Durante o pré-natal, a senhora foi informada sobre: – Direito à anestesia na hora do parto normal	Repasse de informação	0 = Não 3 = Sim
Durante o pré-natal, a senhora foi informada sobre: – Necessidade da sua autorização em relação aos procedimentos durante o trabalho de parto	Repasse de informação	0 = Não 3 = Sim
A senhora foi informada, pela equipe responsável pelo seu pré-natal, em qual hospital deveria ter seu bebê?	Repasse de informação	0 = Não 3 = Sim
Durante o pré-natal, a senhora ou algum de seus acompanhantes passou por alguma situação ruim (constrangedora ou desrespeitosa) causada pelos profissionais dentro do serviço de saúde?	Passagem por alguma situação constrangedora	0 = Não 3 = Sim

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do Doges.

Foi utilizado o Teste de Qui-Quadrado e, complementarmente, foi realizada a Análise de Resíduos Padronizados (ARP), para a associação entre os pares de categorias da variável dependente e das independentes, que possibilitou a comparação dos padrões característicos de cada categoria. Os resíduos (diferença padronizada entre as contagens observadas e esperadas) resultaram em excesso ou falta de ocorrência, sendo reconhecidos os valores com contagem de excesso positivo superior a 1,96, com nível de significância de 2,5% unicaudal, por se tratar apenas da observação dos excessos (BATISTA *et al.*, 2004). Para a associação entre as variáveis, no Teste do Qui-Quadrado, adotou-se o nível de significância de 5%.

## Resultados e discussão

Fizeram parte da pesquisa um total de 42.657 mulheres cujo parto foi realizado no serviço público ou privado convênio ao SUS, sendo 23.095 mulheres no ano de 2013 e 19.562 em 2014. Todas as mulheres foram entrevistadas por tele-atendentes do MS. Ao analisar o primeiro bloco, observou-se que, das 42.657 mulheres participantes, 99% realizaram pré-natal durante a gestação.

Ao realizar a correlação das Boas Práticas com os blocos demográficos, socioeconômicos, autopercepção e qualidade, optou-se pela análise por meio da mediana com valor de 39,28, classificando assim dois grupos, acima da mediana e abaixo da mediana.

Observando os dados demográficos presentes no Bloco 1, verifica-se que a primeira variável analisada foi idade, sendo esta estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ); logo, constatou-se que mulheres com idade abaixo da mediana ( $< 27$ ) têm uma melhor realização de boas práticas na assistência ao parto. Mulheres residentes na Região Sul do país ( $p < 0,001$ ) e solteiras ( $p < 0,001$ )

também demonstraram possuir boas práticas de forma mais corriqueira. Já na análise da variável raça, esta mostrou não ser estatisticamente significativa.

Estudos realizados com gestantes têm demonstrado que a maioria das mulheres pesquisadas estavam na faixa etária de 20 a 34 anos (67,8%), pertenciam às classes socioeconômicas mais baixas (60,3%), eram múltiparas (57,0%), realizaram parto vaginal (85,0%) e tiveram o parto no setor público (89,7%) (MANGUILHOTT *et al.*, 2018). Em comparação ao estudo atual, observa-se similaridade, principalmente no que diz respeito à idade das mulheres estudadas.

Pesquisa realizada no Brasil observou menor prevalência de boas práticas nas regiões Norte e Nordeste, as áreas menos desenvolvidas do país (LEAL *et al.*, 2014). Dados que corroboram os encontrados na pesquisa atual, em que a Região Sul, em comparação às demais regiões, mostrou maior frequência na ocorrência das boas práticas.

Focando-se as variáveis socioeconômicas do Bloco 2, observa-se que as mulheres que possuíam plano de saúde ( $p < 0,001$ ) tiveram maior frequência de boas práticas assistenciais no parto, quando comparadas às mulheres sem plano de saúde. A escolaridade ( $p < 0,001$ ) é outra variável importante no estudo: as mulheres com 9 a 11 anos de estudo tiveram mais prevalência de boas práticas no parto, enquanto as mulheres sem escolaridade tiveram menor ocorrência de boas práticas.

Ao analisar a renda ( $p < 0,001$ ), ainda no Bloco 2, nota-se que, em mulheres que recebem mais de 5 salários-mínimos, houve um índice maior de realização de boas práticas, em comparação às mulheres sem renda, em que foi constatado um menor índice de boas práticas no momento do parto.

Em uma pesquisa de base hospitalar realizada no Brasil, em puérperas e recém-nascidos entre os anos de 2011 e 2012, foi demonstrado que mulheres sem plano de saúde que realizaram

seus partos em hospitais públicos tiveram maior chance para todas as boas práticas (LEAL *et al.*, 2014), o que se contrapõe aos achados desta pesquisa, em que as mulheres com acesso a planos de saúde relataram maior frequência de ocorrência das boas práticas.

O Bloco 3 avalia a autopercepção das mulheres com relação à assistência prestada. Nota-se que as mulheres que tiveram maior ocorrência de boas práticas avaliaram como rápido o tempo para marcar/colher o exame e receber o resultado ( $p < 0,001$ ). Quando questionadas sobre o sentimento em relação às orientações e esclarecimentos recebidos no pré-natal ( $p < 0,001$ ), as que tiveram maior ocorrência de boas práticas se classificaram como muito satisfeitas.

Na análise dos sentimentos das mulheres com relação às consultas, exames e medicamentos recebidos durante o pré-natal ( $p < 0,001$ ), bem como à satisfação com a experiência do pré-natal no SUS ( $p < 0,001$ ), as mulheres que receberam mais boas práticas se classificaram como muito satisfeitas.

► **Tabela 1.** Distribuição das variáveis correspondentes ao Bloco 1, Bloco 2, Bloco 3 e Bloco 4, por região

		Abaixo da mediana		Acima da mediana		Total		Valor-p
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>BLOCO 1</b>								
<i>Demográficas</i>								
<i>Idade</i>	< mediana (27)	9650	43,6%	12471*	56,4%	22121	100,0%	<0,001
	> mediana (27)	10750*	53,5%	9326	46,5%	20076	100,0%	
<i>Região</i>	Centro-Oeste	1683	50,6%	1645	49,4%	3228	100,0%	<0,001
	Norte	1280	46,4%	1476	53,6%	2756	100,0%	
	Nordeste	5971*	53,5%	5183	46,5%	11154	100,0%	
	Sul	2624	41,7%	3669*	58,3%	6293	100,0%	
	Sudeste	8851	47,4%	9834	52,6%	18685	100,0%	

→

		Abaixo da mediana		Acima da mediana		Total		Valor-p
		n	%	n	%	n	%	
<i>Estado Civil</i>	Casado	8006*	50,7%	7779	49,3%	15785	100,0%	<0,001
	Solteiro	8442	45,8%	9981*	54,2%	18423	100,0%	
	Viuvo	86*	59,7%	58	40,3%	144	100,0%	
	Divorciado/ Separado	478*	55,0%	391	45,0%	869	100,0%	
	União Estável	3380	48,5%	3589	51,5%	6969	100,0%	
<i>Raça/Cor</i>	Branca	6732	48,0%	7297	52,0%	14029	100,0%	0,065
	Preta	2465	48,1%	2660	51,9%	5125	100,0%	
	Amarela	516	48,8%	542	51,2%	1058	100,0%	
	Parda	10513	48,6%	11120	51,4%	21633	100,0%	
	Indígena	105	45,1%	128	54,9%	233	100,0%	

## BLOCO 2

### *Socioeconômicas*

<i>Possuía plano de saúde</i>	Não	18576	48,7%	19587	51,3%	38163	100,0%	<0,001
	Sim	1811	45,1%	2202*	54,9%	4013	100,0%	
<i>Escolaridade</i>	sem escolaridade	112*	60,9%	72	39,1%	184	100,0%	<0,001
	até 8 anos	6396	49,3%	6582	50,7%	12978	100,0%	
	9 a 11 anos	11992	47,8%	13122	52,2%	25114	100,0%	
	mais de 12 anos	1896	48,5%	2015	51,5%	3911	100,0%	
<i>Renda</i>	não tem renda	822	50,1%	820	49,9%	1642	100,0%	<0,001
	menos de 1 SM	5340*	49,7%	5402	50,3%	10742	100,0%	
	Entre 1 e 2 SM	11810	48,0%	12772	52,0%	24582	100,0%	
	Mais de 2 até 5 SM	1963	46,6%	2248	53,4%	4211	100,0%	
	Mais de 5 SM	120	40,0%	180*	60,0%	300	100,0%	

## BLOCO 3

### *Autopercepção*

<i>Como avalia o tempo para marcar/colher o exame e receber o resultado</i>	Muito rápido	744	45,5%	891	54,5%	1635	100,0%	<0,001
	Rápido	10536	45,6%	12588*	54,4%	23124	100,0%	
	Demorado	4728*	50,2%	4681	49,8%	9409	100,0%	
	Muito demorado	957*	58,9%	668	41,1%	1625	100,0%	
<i>Como se sentiu em relação às orientações e esclarecimentos recebidos no pré-natal</i>	Muito satisfeita	2443	40,5%	3592*	59,5%	6035	100,0%	<0,001
	Satisfeita	10220	44,8%	12605*	55,2%	22825	100,0%	
	Pouco satisfeita	4816*	58,6%	3402	41,4%	8218	100,0%	
	Nada satisfeita	1415*	65,5%	746	34,5%	2161	100,0%	



		Abaixo da mediana		Acima da mediana		Total		Valor-p
		n	%	n	%	n	%	
<i>Como se sentiu em relação às consultas, exames e medicamentos recebidos durante o pré-natal</i>	Muito satisfeita	3295	43,1%	4394*	56,9%	7644	100,0%	<0,001
	Satisfeita	11768	46,6%	13493*	53,4%	25261	100,0%	
	Pouco satisfeita	3132*	59,4%	2141	40,6%	5273	100,0%	
	Nada satisfeita	715*	65,5%	376	34,5%	1073	100,0%	
<i>Grau de satisfação com a experiência do pré-natal no SUS</i>	Muito satisfeita	3557	41,6%	4993*	58,4%	8550	100,0%	<0,001
	Satisfeita	11271	46,9%	12765*	53,1%	24036	100,0%	
	Pouco satisfeita	3425*	60,1%	2272	39,9%	5697	100,0%	
	Nada satisfeita	657*	66,6%	330	33,4%	987	100,0%	
<b>BLOCO 4</b>								
<i>Nas consultas do pré-natal do SUS, foi verificada sua pressão arterial em todas as consultas?</i>	Não/sim, algumas vezes	1947*	51,8%	1812	48,2%	3759	100%	0,046
	Sim todas as vezes	16917	47,8%	18508	52,2%	35425	100%	
<i>No pré-natal no SUS a senhora fez exame de urina até a 20ª semana (4º mês) de gestação?</i>	Não/Fez e não recebeu resultado	2813*	55,0%	2304	45,0%	5117	100%	<0,001
	Fez e recebeu resultado	15557	46,9%	17613*	53,1%	33170	100%	
<i>No pré-natal no SUS a senhora fez exame de sangue até a 20ª semana (4º mês) de gestação?</i>	Não/Fez e não recebeu resultado	2389*	55,5%	1914	44,5%	4303	100%	<0,001
	Fez e recebeu resultado	16138	47,1%	18142*	52,9%	34280	100%	
<i>A senhora participou de conversas promovidas pela Unidade de Saúde (do SUS) sobre a gravidez, o parto e/ou o cuidado com o recém-nascido?</i>	Não	10920*	52,1%	10031	47,9%	20951	100%	<0,001
	Sim	7984	43,6%	10313*	56,4%	18297	100%	
<i>Durante o pré-natal, a senhora foi informada sobre:</i>								
	<i>– Lei do acompanhante (Lei 11.108, de 7 de abril de 2005)?</i>							
	Não	14085*	55,5%	11294	44,5%	25379	100%	<0,001
	Sim	6113	37,2%	10303*	62,8%	16416	100%	

→

		Abaixo da mediana		Acima da mediana		Total		Valor-p
		n	%	n	%	n	%	
– Plano de parto (lista de itens relacionados ao parto em que a mulher deixa registrada as suas vontades)?	Não	16107*	53,1%	14214	46,9%	30321	100%	<0,001
	Sim	4091	35,7%	7383*	64,3%	11474	100%	
– Tipos de parto e seus riscos e benefícios?	Não	11592*	56,0%	9113	44,0%	20705	100%	<0,001
	Sim	8606	40,8%	12484*	59,2%	21090	100%	
– Benefícios das diferentes posições para ter o bebê no parto normal?	Não	14021*	55,4%	11303	44,6%	25324	100%	<0,001
	Sim	6177	37,5%	10294*	62,5%	16471	100%	
– Direito à anestesia na hora do parto normal?	Não	16115*	52,2%	14766	47,8%	30881	100%	<0,001
	Sim	4083	37,4%	6831*	62,6%	10914	100%	<0,001
– Necessidade da sua autorização em relação aos procedimentos durante o trabalho de parto?	Não	14660*	53,8%	12586	46,2%	27246	100%	<0,001
	Sim	5538	38,1%	9011*	61,9%	14549	100%	
A senhora foi informada, pela equipe responsável pelo seu pré-natal, em qual hospital deveria ter seu bebê?	Não	8929*	52,4%	8103	47,6%	17032	100%	<0,001
	Sim	9974	44,9%	12236*	55,1%	22210	100%	
Durante o pré-natal, a senhora ou algum de seus acompanhantes passou por alguma situação ruim (constrangedora ou desrespeitosa) causada pelos profissionais, dentro do serviço de saúde?	Não	1830*	59,1%	1264	40,9%	3094	100%	<0,001
	Sim	17081	47,2%	19094*	52,8%	36175	100%	

\* Padronizado > 1,96

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados do Doges.

No Bloco 4 foi analisada a correlação entre qualidade no pré-natal e as boas práticas realizadas no momento do parto. Pode-se observar que as mulheres que tiveram boas práticas relatadas no parto também fizeram exame de urina até a 20ª semana

(4º mês) de gestação ( $p < 0,001$ ), exame de sangue até a 20ª semana (4º mês) de gestação ( $p < 0,001$ ) e participaram de conversas promovidas pela Unidade de Saúde (do SUS) sobre a gravidez, o parto e/ou o cuidado com o recém-nascido ( $p < 0,001$ ).

Constatou-se, ainda no Bloco 4, que as mulheres que relataram maior ocorrência de boas práticas também receberam informações esclarecedoras no momento do pré-natal, tais como: lei do acompanhante ( $p < 0,001$ ), plano de parto ( $p < 0,001$ ), tipos de parto e seus riscos e benefícios, benefícios das diferentes posições para ter o bebê no parto normal ( $p < 0,001$ ), direito à anestesia na hora do parto normal ( $p < 0,001$ ), necessidade da sua autorização em relação aos procedimentos durante o trabalho de parto ( $p < 0,001$ ), em qual hospital deveria ter o bebê ( $p < 0,001$ ).

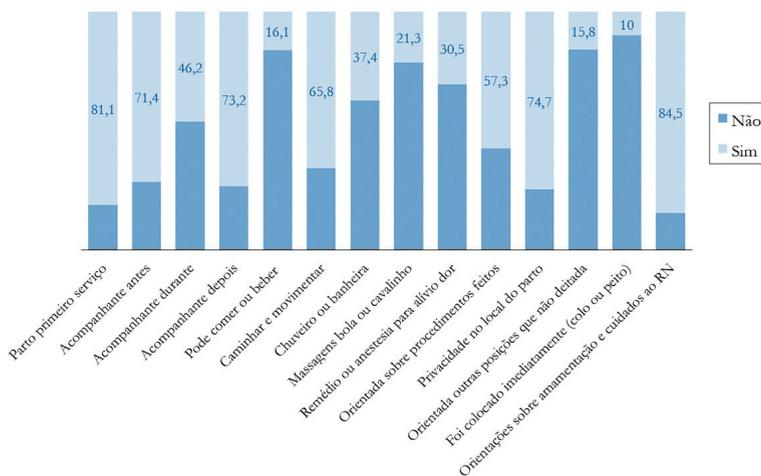
Isso demonstra claramente o real valor dos esclarecimentos por parte dos profissionais de saúde, como uma estratégia muito importante e em consonância com os preceitos da humanização da assistência obstétrica. Estudo realizado numa maternidade pública de Fortaleza evidenciou, nos discursos dos profissionais, práticas de atenção ao parto e ao nascimento relacionadas ao respeito às vontades e necessidades das parturientes, o estabelecimento de comunicação e orientação e o reconhecimento da importância do acompanhante no momento do parto. Essas práticas apresentam evidências científicas de que são benéficas para o trabalho de parto, implicando em tranquilidade, segurança e aumento da autoconfiança para a parturiente (MELO *et al.*, 2017)

Quando questionadas sobre a ocorrência de alguma situação ruim (constrangedora ou desrespeitosa) causada pelos profissionais, dentro do serviço de saúde, durante o pré-natal, e vivenciada pela gestante ou algum de seus acompanhantes ( $p < 0,001$ ), aquelas que tiveram maior prevalência de boas práticas relataram que não passaram por essa situação. No mesmo estudo, os autores enfatizam a importância e responsabilidade do profissional quanto à não realização de boas práticas ou à ocorrência de

situações desrespeitosas às gestantes (MELO *et al.*, 2017). Nesse sentido, nota-se que a postura profissional é um elemento divisor entre a assistência humanizada ao parto e a perpetuação de uma assistência tecnicista.

Ao avaliar as boas práticas realizadas na assistência ao parto e puerpério, observou-se maior prevalência em relação às orientações sobre amamentação e cuidados com o recém-nascido (84,5%), seguidos da realização do parto no primeiro serviço procurado para essa finalidade (81,1%) e privacidade no local do parto (74,7%). Porém, notou-se omissão em algumas práticas que deveriam ser realizadas com as gestantes e puérperas enquanto assistência qualificada: 90 % das mulheres não tiveram contato pele-a-pele com o recém-nascido, 84,2% não tiveram orientação quanto a outras posições para parir que não a posição deitada, 83,9 % das mulheres não puderam beber ou comer após algumas horas da realização do parto (Gráfico 1).

► **Gráfico 1.** Descrição das boas práticas prestadas às mulheres participantes da Rede Cegonha em 2013 e 2014, no Brasil



**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados do Doges.

O Gráfico 1 oferece um panorama de como acontecem o trabalho de parto e o parto, no território brasileiro. É importante frisar que algumas soluções menos tecnológicas e que exigem poucos recursos financeiros figuram entre aquelas que são menos ofertadas, como, no caso, o uso do chuveiro, massagens, orientações sobre diferentes posições ou a oferta de líquidos e comidas. A dificuldade em garantir a presença contínua e de livre escolha de um acompanhante configura-se como desrespeito à lei federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, e está associada à maior possibilidade de uso de analgesia, parto cirúrgico e baixa satisfação com a experiência de parto (DINIZ *et al.*, 2014). Junto com a falta de orientação sobre posições verticalizadas no momento do parto, tudo isso constrói o retrato de uma atenção obstétrica ainda pouco fundamentada nas recomendações da OMS e do próprio MS.

Relato também observado na pesquisa intitulada *Nascer no Brasil*, que analisou as práticas obstétricas realizadas durante o trabalho de parto, constatou que menos da metade das mulheres foram autorizadas a beber ou comer nesse período (32,7%). Ainda neste estudo, a maioria delas pôde movimentar-se (59,2%), mas poucas tiveram o auxílio de algum dispositivo para alívio da dor (32,7%), como uso da banheira, chuveiro, bola, massagem, banquinho de côcoras ou cavalinho. A maioria recebeu ocitocina (52,2%) e teve as membranas rompidas de forma artificial (51,2%) (MANGUILHOTT *et al.*, 2018). Esses dados sugerem que, mesmo diante dos esforços para readequação da assistência obstétrica, ainda é necessário que as boas práticas sejam efetivamente implementadas na rotina assistencial, haja visto a possibilidade de reduzir o sofrimento e o impacto negativo da experiência do parto vivenciada pelas mulheres.

Reiterando as informações discutidas, outro estudo evidenciou que menos de um terço das mulheres se alimentou durante o trabalho de parto e utilizou procedimentos não farmacológi-

cos para alívio da dor. Aproximadamente 45% delas referiram ter se movimentado durante o trabalho de parto. Durante o parto, a incidência da posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia foi de 92%, 37% e 56%, respectivamente (LEAL *et al.*, 2014). Dados que ratificam os achados desta pesquisa.

Percebe-se, em relação ao posicionamento no momento do parto, semelhança com os achados da atual pesquisa, em que as mulheres relataram não ter sido informadas sobre outras posições que poderiam ser escolhidas no momento do parto.

Essa constatação sobre a continuidade de realização de práticas não mais recomendadas pela OMS reforça a importância de se disseminar, nos locais de assistência ao parto, os hospitais obstétricos, as não tão novas rotinas que devem ser praticadas pelos serviços e, conseqüentemente, pelos profissionais. O mesmo foi constatado em pesquisa realizada em duas maternidades públicas do Rio de Janeiro, onde menos da metade das gestantes ficou em contato pele-a-pele com o bebê, logo após o nascimento (43,3%) (GUIDA *et al.*, 2017).

Reforça-se então a importância de um pré-natal bem realizado, por profissionais alinhados às recomendações cientificamente embasadas e adotadas pelo MS, que possam repassar informações qualificadas e importantes às gestantes, seja no que diz respeito à própria gestação, como também sobre as possibilidades e direitos da mulher no momento do parto e puerpério. Vale ressaltar que o consentimento esclarecido é condição necessária para uma boa assistência. Desta forma, a mulher sente-se mais preparada e informada sobre os momentos que irá vivenciar.

## Conclusão

Apesar de todos os esforços governamentais, a prevalência das boas práticas obstétricas ainda é muito baixa. Essa realidade pode ser percebida na (ainda) alta mortalidade materna, em

sua maioria por causas evitáveis, nas altas taxas de complicações puerperais, assim como na insistente alta na taxa de cesarianas (BRASIL, 2011; PASCHE *et al.*, 2014).

Os dados expostos evidenciaram, de maneira geral, a ocorrência de boas práticas por parte das mulheres pesquisadas. Porém, alguns serviços prestados precisam ser melhor revistos, a fim de garantir uma assistência segura e pautada nos princípios éticos e científicos, de acordo com o que é preconizado pelo MS. Ainda se observa a ocorrência de práticas desnecessárias e sem embasamento científico, colocando em risco a vida da parturiente no momento da realização do parto, bem como um tecnicismo por parte dos profissionais de saúde, que não estão, muitas vezes, dispostos a se adaptar às mudanças impostas pela Ciência.

Deve-se salientar as diferenças encontradas em relação às Boas Práticas nas diversas regiões do Brasil, ficando evidente a superioridade da Região Sul, em comparação às demais regiões. Fato que torna evidente a necessidade de paridade, em todo o país, no que diz respeito à assistência ao parto.

## Referências

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Revista de Saúde Pública*, n. 38, p. 630-636, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humanização do parto e do nascimento*. Brasília: MS, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Portaria no 1.459, 24 de junho de 2011*. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*. Brasília, 2000.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, Supl., p. S140-S153, 2014.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

GOTTEMS, L. B. D.; CARVALHO, E. M. P de; GUILHEM, D.; PIRES, M. R. G. M. Boas práticas no parto normal: análise da confiabilidade de um instrumento pelo Alfa de Cronbach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, p. 1-8, 2018.

GUIDA, N. F. B.; FIGUEIREDO PEREIRA, A. L de; LIMA, G. P. V; ZVEITER, M.; ARAÚJO, C. L. F; MOURA, M. A. V. Conformidade das práticas assistenciais de enfermagem com as recomendações técnicas para o parto normal. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 18, n. 4, p. 543-550, 2017.

LEAL, M.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M; THEME FILHA, M. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, supl.1, p. 17-32, 2014.

MELO, L. P. T de; DOUDOU, H. D.; RODRIGUES, A. R. M.; SILVEIRA, M. A. M. da; BARBOSA, E. M. G.; RODRIGUES, D. P. Práticas de profissionais de saúde na assistência ao parto e nascimento. *Northeast Network Nursing Journal*, v. 18, n. 1, 2017.

MONGUILHOTI, J. J. da C. *et al.* Nascer no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. *Revista de saúde pública*, v. 52, n. 1, p. 1-11, 2018.

MONTE, A. S.; RODRIGUES, D. P. Percepção de profissionais de saúde e mulheres sobre a assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 27, n. 3, p. 265-276, 2014.

PASCHE, D. F.; ALBUQUERQUE VILELA, M. E. de; GIOVANNI, M. di; ALMEIDA, P. V. B.; NETTO, T. D. L. F. Rede Cegonha: desa os de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 52, p. 58-71, 2014.

SANTOS, I. G. dos. *Boas práticas de atenção ao parto e nascimento e gestão de risco: perspectiva das usuárias do SUS de Porto Alegre*. Monografia. Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva, 1996.

## Más práticas e violência institucional durante o parto: uma abordagem a partir do programa Rede Cegonha

Rafael da Silveira Moreira

Camila Pimentel Lopes de Melo

Julyana Viegas Campos

Flávia Silvério de Souza Sobrinho

Vaneuza Nascimento Santos Andrade

### Introdução

A assistência obstétrica tem sido marcada por uma série de avanços no sentido de qualificar a atenção prestada às mulheres. Contudo, ainda persistem diversas práticas não recomendadas pela medicina baseada em evidência, sejam físicas, como atos de agressão, abuso de ações intervencionistas, medicalização, ou mesmo psicológicas, como ameaças e xingamentos. Apesar de tratarmos, nesse capítulo, apenas com as más práticas ocorridas no momento do parto, é sabido que a violência institucional pode estar relacionada com todo o ciclo gravídico-puerperal, abrangendo a violência física, sexual e/ou psicológica. Além disso, é importante salientar que tais práticas estão condicionadas a uma ação promovida por diversos profissionais da saúde no corpo e nos processos reprodutivos da mulher, em público ou de forma privada (CARDOSO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017).

Para algumas mulheres, o momento do parto é aguardado como algo extremamente idealizado, sonhado; naqueles instantes, ela coloca toda sua expectativa, construída ao longo da gestação. Por conta disso, o parto também se caracteriza como um evento social que integra diversos atores importantes da vida daquela gestante. Diferente de outros eventos que necessitam de assistência hospitalar, o parto é um processo fisiológico que requer cuidado e acolhimento. No entanto, o que vem sendo observado, na maioria das vezes, é que o bem-estar físico e emocional das mulheres não está sendo priorizado, sendo-lhes oferecida uma assistência sem embasamento científico. E pouco se investiga o nível de satisfação das mulheres na experiência do parto (BOHREN *et al.*, 2015; CARDOSO *et al.*, 2017; BRÜGGEMANNI; OSIS; PARPINELLI, 2007).

Quando as mulheres passam por essas experiências de violência, ocorre uma transformação daquilo que poderia ser uma experiência única e satisfatória, que passa a ser algo traumatizante e merecedor de esquecimento, ocasionando impacto negativo na vida daquela gestante, ou seja, em sua qualidade de vida *a posteriori* (VENTURI; GODINHO, 2013; GALLO *et al.*, 2011).

Para uma melhoria na qualidade da assistência, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000, que propõe melhoria na cobertura e na qualidade do pré-natal, no auxílio ao parto e consultas de puerpério, para a mulher e seu (sua) filho(a), garantindo os direitos de cidadania. Embora existam esforços governamentais para a melhoria da qualidade da atenção ao ciclo gravídico-puerperal, segundo dados evidenciados, identifica-se que uma em cada quatro mulheres experienciou más práticas durante a atenção ao parto no Brasil (BRASIL, 2001; LUZ; ASSIS; REZENDE, 2016).

Para que a humanização da assistência ao parto se torne algo concreto, é necessário respeitar a autonomia, a individuali-

dade e a privacidade dessas mulheres (GONÇALVES *et al.*, 2011). Apesar dos esforços para minimizar a violência no trabalho de parto, o corpo destas mulheres continua sendo visto de forma mecanicista, que necessita da intervenção do profissional médico. Dentro desse modelo assistencial, o processo de tomada de decisão é, na maioria das vezes, unilateral, ou seja, exercido apenas pelos profissionais de saúde, negligenciando informações importantes ao empoderamento das mulheres, bem como para a tomada de decisões esclarecidas no momento do parto (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Pode-se realizar uma série de ações, no momento do parto, que venham gerar algum tipo de problemática à saúde da mulher, configurando-se, assim, a ocorrência de uma possível má prática ou violência institucional. Dentre tantas ações que ainda são corriqueiramente realizadas nos serviços, algumas ganham destaque e geram traumas que podem ser profundos na vida dessas mulheres, como impedir a presença de acompanhante, de decidir a posição em que querem ter seus bebês e de expressar suas emoções e sentimentos. Além disso, essas práticas contrariam a Política Nacional de Humanização, mudando o foco da assistência à mulher, retirando-lhe o direito de escolha e de protagonismo do parto (CAMPBELL, 2018; ANDRADE; AGGIO, 2014).

Uma das alternativas para superar a problemática das práticas não baseadas em evidência tem sido a adesão às boas práticas, tanto no pré-parto como no momento do parto. Essas ações tendem a alterar o modelo de medicalização que ainda continua frequente no Brasil. Outro problema é que, em muitos casos, há um mascaramento da ocorrência da má prática no parto vaginal. Conveniou-se como normal a ocorrência de ações extremamente desrespeitosas, uma vez que não há reconhecimento destas práticas como violação dos direitos humanos (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Frente a esta realidade, a persistência de práticas não recomendadas ainda se configura como problema de saúde públi-

ca preocupante, nos dias atuais. Mesmo em meio aos esforços para mudar esta situação, muito ainda precisa ser melhorado para garantir boa assistência à parturiente, sem a ocorrência de práticas consideradas violentas e ao mesmo tempo desnecessárias e invasivas. Este capítulo se propõe responder como está a ocorrência de tais procedimentos sem evidência científica ou de ações desrespeitosas para com a mulher nas maternidades públicas e naquelas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) objetivando, assim, retratar, na visão das gestantes, a assistência que recebem no momento do trabalho de parto.

## Método

Estudo avaliativo, epidemiológico, com desenho transversal e de base populacional, com dados provenientes da pesquisa Rede Cegonha, realizada pelo Departamento de Ouvidoria-geral do SUS (Doges), do Ministério da Saúde. Foram entrevistadas 23.095 mulheres, no ano de 2013; em 2014, as entrevistadas totalizaram 19.562, todas atendidas em maternidades públicas e privadas conveniadas ao SUS.

No intuito de proceder à avaliação da violência na assistência ao parto, optou-se por considerá-la como uma variável dependente dicotômica, como ter sofrido pelo menos um tipo de violência, em contraste com não ter sofrido nenhum tipo de situação violenta. O questionário envolvia duas das 53 perguntas da pesquisa, porém a segunda pergunta permitia à mulher escolher quantas alternativas desejasse, de acordo com as experiências vividas no parto.

A escolha baseou-se nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do MS, assim como nos objetivos do Programa Rede Cegonha. Logo, a avaliação da prevalência das más práticas incluiu aspectos como a realização de corte vaginal e passagem por situações consideradas de violência (16 alternati-

vas de respostas). As questões utilizadas para estimar a prevalência de más práticas estão expressas no Quadro 1.

- **Quadro 1.** Questões básicas para a análise da prevalência de más práticas obstétricas

Perguntas	Respostas das gestantes
Foi realizado um corte vaginal?	Não = 0 Sim, teve anestesia = 1 Sim, não teve anestesia = 2
Durante a internação para o parto, a senhora passou por alguma dessas situações:	
– Gritaram com a senhora ?	Não = 0 Sim = 1
– Mandaram a senhora parar de gritar?	Não = 0 Sim = 1
– Debocharam do seu comportamento?	Não = 0 Sim = 1
– Criticaram seus sentimentos ou emoções?	Não = 0 Sim = 1
– Foi amarrada?	Não = 0 Sim = 1
– Passou por toques vaginais um atrás do outro?	Não = 0 Sim = 1
– Recebeu toque vaginal com brutalidade?	Não = 0 Sim = 1
– Foi beliscada, empurrada ou recebeu tapas	Não = 0 Sim = 1
– Não recebeu atenção quando solicitada, ou se sentiu abandonada?	Não = 0 Sim = 1
– Passou por outras agressões físicas?	Não = 0 Sim = 1
– Demorou a ser atendida?	Não = 0 Sim = 1
– Não teve leito para internação?	Não = 0 Sim = 1
– Ambiente sujo ou inadequado?	Não = 0 Sim = 1
– Fizeram pressão, empurraram ou subiram na sua barriga para o bebê sair?	Não = 0 Sim = 1
– Teve o bebê sozinha, sem profissional de saúde presente no momento do parto	Não = 0 Sim = 1

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do Doges.

Para os cálculos das estimativas de frequência foi usado o software IBM SPSS Statistics, versão 22. Em seguida, foi analisada a possível existência de associação bivariada entre Violência no parto e cada uma das variáveis independentes utilizadas. As variáveis independentes estão listadas no Quadro 2.

► **Quadro 2.** Descrição das variáveis

Variável Dependente	Definição	Códigos e critérios
Violência no parto	Violência ocorrida no decorrer do trabalho de parto	Sem ocorrência de violência = Não Ocorrência de, pelo menos, uma violência = Sim
Variável Independente	Definição	Códigos e critérios
<b>BLOCO 1: Demográfico</b>		
Idade	Idade, segundo a mediana, das mulheres participantes da pesquisa	> mediana 27 < mediana 27
Região	Região onde mora	0 = Centro-Oeste 1 = Norte 2 = Nordeste 3 = Sul 4 = Sudeste
Estado civil	Situação de um indivíduo em relação ao matrimônio ou à sociedade conjugal	0 = casado 1 = solteiro 2 = viúva 3 = divorciada/separada 4 = união estável
Raça/Cor	Parâmetros para classificar diferentes populações de uma mesma espécie, de acordo com suas características genéticas ou fenotípicas.	0 = branca 1 = preta 2 = amarela 3 = parda 4 = indígena
<b>BLOCO 2: Socioeconômico</b>		
Possui plano de saúde	Ter plano de saúde privado	0 = Não 1 = Sim
Escolaridade	Anos de estudo	0 = Sem escolaridade 1 = Até 8 anos de estudo 2 = De 9 a 11 anos de estudo 3 = Mais de 12 anos de estudo

→

Variável Independente	Definição	Códigos e critérios
Renda	Quantidade de salários mínimos recebidos	0 = Não tem renda 1 = Menos de um SM 2 = Entre 1 e 2 SM 3 = Mais de 2 até 5 SM 4 = Mais de 5 SM
<b>BLOCO 3: Auto percepção</b>		
Como avalia o tempo para marcar/colher o exame e receber o resultado	Tempo decorrido (para a mulher) para marcação do exame, realização e recebimento do resultado	0 = Muito rápido 1 = Rápido 2 = Demorado 3 = Muito demorado
Como se sentiu em relação às orientações e esclarecimentos recebidos no pré-natal	Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios, por causa dos seus dentes ou pela ausência dos dentes	0 = Muito satisfeita 1 = Satisfeita 2 = Pouco satisfeita 3 = Nada satisfeita
Como se sentiu em relação às consultas, exames e medicamentos recebidos durante o pré-natal	Sentimento decorrente da consulta realizada no pré-natal, oferta de exames e medicamentos	0 = Muito satisfeita 1 = Satisfeita 2 = Pouco satisfeita 3 = Nada satisfeita
Grau de satisfação com a experiência do pré-natal no SUS	Experiência no atendimento pré-natal do SUS	0 = Muito satisfeita 1 = Satisfeita 2 = Pouco satisfeita 3 = Nada satisfeita
<b>BLOCO 4: Boas práticas</b>		
Após o nascimento do bebê, até a alta da maternidade, a senhora teve acompanhante de sua escolha?	Presença de um acompanhante após o nascimento	3 = Sim, em tempo integral e da minha escolha 2 = Sim, em tempo integral, mas foi uma mulher, porque o serviço não permitia homens 1 = Sim, em tempo parcial e da minha escolha 0 = Não
Durante o trabalho de parto ou no momento do parto, a senhora passou por alguma dessas situações?		
– Pôde caminhar e se movimentar livremente	Situações vivenciadas pela parturiente	0 = Não 3 = Sim
– Foi orientada sobre todos os procedimentos feitos	Situações vivenciadas pela parturiente	0 = Não 3 = Sim
– Teve privacidade no local do parto	Situações vivenciadas pela parturiente	0 = Não 3 = Sim

→

Variável Independente	Definição	Códigos e critérios
– Foi orientada que poderia ter bebê em outras posições que não fosse só deitada	Situações vivenciadas pela parturiente	0 = Não 3 = Sim

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Doges.

As variáveis independentes foram divididas em quatro blocos: Bloco 1, variáveis demográficas; Bloco 2, variáveis socioeconômicas; Bloco 3, variáveis de autopercepção e Bloco 4, variáveis de boas práticas. Vale ressaltar que, para a variável idade, foi realizado o cálculo de mediana, obtendo-se como resultado a mediana de 27 anos.

Foi utilizado o Teste de Qui-Quadrado e, complementarmente, foi realizada a Análise de Resíduos Padronizados (ARP) para a associação entre os pares de categorias da variável dependente e das independentes, que possibilitou a comparação dos padrões característicos de cada categoria. Os resíduos (diferença padronizada entre as contagens observadas e esperadas) resultaram em excesso ou falta de ocorrência, sendo reconhecidos os valores com contagem de excesso positivo superior a 1,96, com nível de significância de 2,5% unicaudal, por se tratar apenas da observação dos excessos (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004). Para a associação entre as variáveis no Teste do Qui-Quadrado adotou-se o nível de significância de 5%.

## Resultados e discussão

Fizeram parte da pesquisa um total de 42.657 mulheres que tiveram o parto realizado no serviço público ou privado conveniado ao SUS, sendo 23.095 no ano de 2013 e 19.562 em 2014. Todas foram entrevistadas por tele-atendentes do MS. Ao analisar o primeiro bloco, observou-se que, das 42.657 mulheres participantes, 99% realizaram pré-natal durante a gestação.

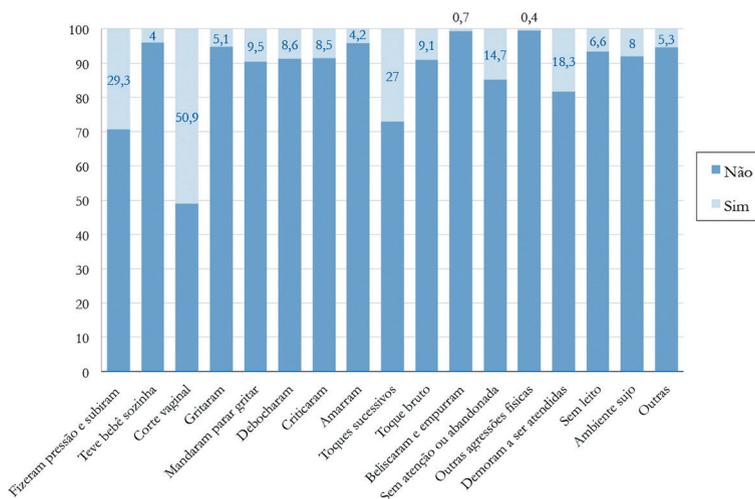
A prevalência de pelo menos um tipo de violência foi encontrada em cerca de 71% das mulheres entrevistadas. Ao realizar a correlação da Violência no parto com os blocos demográficos, socioeconômicos, autopercepção e boas práticas, optou-se pela análise da variável dependente a partir da sua prevalência, sendo classificada como “ocorrência de violência” quando uma das alternativas de resposta das gestantes foi “sim”, enquanto a “não ocorrência de violência” foi classificada quando as gestantes responderam “não” em todas as alternativas.

Considerando os estudos relacionados à dimensão da violência no parto no Brasil, percebemos tratar-se de um tema ainda a ser explorado. Segundo estudo feito pela Fundação Perseu Abramo (2010), uma em cada quatro mulheres perceberam ter sofrido o que consideraram como violência no parto. O resultado deste estudo se refere à autopercepção das mulheres sobre o atendimento recebido no momento do parto. Contudo, a literatura vem demonstrando que a cultura de parto brasileira naturaliza a violência e alguns procedimentos sem embasamento científico, o que dificulta os relatos e percepções mais acuradas.

Esclarecemos que a opção por perguntar sobre cada um dos procedimentos ou percepções constituiu uma forma de ressaltar a permanência de procedimentos não mais recomendados pelos protocolos obstétricos, assim como uma tentativa de mitigar a naturalização de práticas há muito enraizadas na atenção ao parto, no Brasil.

Com relação aos atos violentos sofridos, as mulheres relataram maior ocorrência de corte vaginal (50,9%), profissionais que fizeram pressão e subiram nestas mulheres no momento do parto (29,3%) e realização de toques sucessivos (27%). Em contrapartida, observa-se menores registros de empurrões e beliscões (0,7%), ter tido o bebê sozinha, sem nenhuma assistência (4%) e ocorrência de qualquer outro tipo de agressão (0,4%) (Gráfico 1).

► **Gráfico 1.** Ocorrência de procedimentos considerados violentos nas gestantes participantes da pesquisa



Fonte: Doges, 2014.

Diversos estudos têm sido realizados, no Brasil, com a finalidade de averiguar a ocorrência de más práticas e atos violentos e os resultados são alarmantes, corroborando este estudo, no qual foi observada uma permanência de práticas desnecessárias, invasivas e violentas ao corpo e à psicologia da gestante.

Pesquisa no interior do São Paulo, com 172 puérperas, analisou as formas mais comuns de condutas não recomendadas em uma maternidade pública, constatando-se a ocorrência de conduta desrespeitosa e repreensão em 2,3% dos casos, falha no esclarecimento de dúvidas em 16,3%, proibição para acompanhante em 9,3% e procedimentos obstétricos sem autorização ou esclarecimentos em 27,3%; a maior queixa foi sobre episiotomia (25,5%), seguida de amniotomia artificial e enema (17% cada) (BISCEGLI *et al.*, 2015).

A pesquisa nacional, de base hospitalar, intitulada Nascido no Brasil, baseada em um inquérito com 23.894 mulheres sobre parto e nascimento em maternidades públicas, privadas e mistas, evidenciou o uso de medicação estimulante para o parto em 36,4% das gestantes, episiotomias (53,5%), manobras mecânicas para acelerar o nascimento (36,1%), cesarianas sem justificativa (52%), restrição ao leito (55,7%), jejum (74,8%), enema (91,7%) e amniotomia artificial (39,1%).

Situações consideradas violentas foram visualizadas em todos os extratos socioeconômicos, faixas etárias, grau de escolaridade, raça/cor e regiões do Brasil. Como demonstrado na Tabela 1, em todas as variáveis independentes houve ocorrência de violência, embora seja possível perceber que, em determinados perfis, esta ocorrência se mostra mais concentrada.

Observando-se os dados demográficos, no Bloco 1, a primeira variável analisada foi idade, estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ); logo, constatou-se que, nas mulheres mais jovens (mediana  $< 27$ ) se concentra o maior percentual de ocorrência de Violência no parto. Mulheres residentes na Região Norte do país ( $p < 0,001$ ) e solteiras ( $p < 0,001$ ) foram objeto de maior ocorrência de violência. Já em relação à variável raça ( $p < 0,001$ ), observa-se maior prevalência da violência nas indígenas (Tabela 1).

No que concerne ao perfil socioeconômico, percebe-se que ser mais velha, residente no Sul e Sudeste, branca e com renda acima de 5 salários mínimos são elementos que favorecem uma atenção ao parto menos violenta. Este resultado reforça a necessidade de aprofundar o debate sobre racismo institucional nos serviços de saúde. Alguns estudos já apresentaram resultados sobre essa dimensão (DIOGO, 2016; MONTEIRO; SANSONE, 2004). Quanto à variável “possuir plano de saúde”, não foi estatisticamente significativa ( $p = 0,038$ ).

Com relação ao Bloco 3, que avalia a autopercepção das gestantes sobre questões relativas ao pré-natal, aquelas que

► **Tabela 1.** Distribuição das variáveis correspondentes ao Bloco 1, Bloco 2, Bloco 3 e Bloco 4

Variáveis	Não		Sim		Total		Valor-p	
	n	%	n	%	n	%		
<b>BLOCO 1</b>								
<i>Demográficas</i>								
<i>Idade</i>	< mediana (27)	4928	22,3%	17127*	77,7%	22055	100,0%	<0,001
	> mediana (27)	7004*	35,0%	13009	65,0%	20013	100,0%	
<i>Região</i>	Centro-Oeste	873	26,3%	2441*	73,7%	3314	100,0%	<0,001
	Norte	677	24,6%	2072*	75,4%	2749	100,0%	
	Nordeste	2990	26,9%	8121*	73,1%	11111	100,0%	
	Sul	1837	29,2%	4447	70,8%	6284	100,0%	
	Sudeste	5559*	29,8%	13070	70,2%	18629	100,0%	
<i>Estado civil</i>	Casado	4941*	31,4%	10817	68,6%	15758	100,0%	<0,001
	Solteiro	4697	25,6%	13652*	74,4%	18349	100,0%	
	Viúvo	45	31,5%	98	68,5%	143	100,0%	
	Divorciado/ Separado	279*	32,3%	586	67,7%	865	100,0%	
	União estável	1963	28,3%	4983	71,7%	6946	100,0%	
<i>Raça/ Cor</i>	Branca	4255	30,4%	9752	69,6%	14007	100,0%	<0,001
	Preta	1466	28,7%	3634	71,3%	5100	100,0%	
	Amarela	289	27,3%	768	72,7%	1057	100,0%	
	Parda	5824	27,0%	15730*	73,0%	21554	100,0%	
	Indígena	56	24,1%	176	75,9%	232	100,0%	
<b>BLOCO 2</b>								
<i>Socioeconômicas</i>								
<i>Possui plano de saúde</i>	Não	10740	28,2%	27304	71,8%	38044	100,0%	0,038
	Sim	1183	29,5%	2821	70,5%	4004	100,0%	
<i>Escolaridade</i>	sem escolaridade	74*	40,4%	109	59,6%	183	100,0%	<0,001
	até 8 anos	3632	28,1%	9271	71,9%	12903	100,0%	
	9 a 11 anos	6995	27,9%	18068*	72,1%	25063	100,0%	
	mais de 12 anos	1225*	31,3%	2684	68,7%	3909	100,0%	
<i>Renda</i>	Não tem renda	401	24,5%	1235*	75,5%	1636	100,0%	<0,001
	Menos de 1 SM	2758	25,8%	7935*	74,2%	10693	100,0%	
	Entre 1 e 2 SM	7076*	28,9%	17440	71,1%	24516	100,0%	
	Mais de 2 até 5 SM	1385*	32,9%	2819	67,1%	4204	100,0%	
	Mais de 5 SM	106*	35,3%	194	64,7%	300	100,0%	

→

Variáveis	Não		Sim		Total		Valor-p	
	n	%	n	%	n	%		
<b>BLOCO 3</b>								
<b>Autopercepção</b>								
<i>Como avalia o tempo para marcar/colher o exame e receber o resultado</i>	Muito rápido	542*	33,3%	1087	66,7%	1629	100,0%	<0,001
	Rápido	7133*	30,9%	15939	69,1%	23072	100,0%	
	Demorado	2122	22,6%	7252*	77,4%	9374	100,0%	
	Muito demorado	289	17,9%	1328*	82,1%	1617	100,0%	
<i>Como se sentiu em relação às orientações e esclarecimentos recebidos no pré-natal</i>	Muito satisfeita	2207*	36,7%	3808	63,3%	6015	100,0%	<0,001
	Satisfeita	6729*	29,6%	16036	70,4%	22765	100,0%	
	Pouco satisfeita	1682	20,5%	6513*	79,5%	8195	100,0%	
	Nada satisfeita	348	16,1%	1808*	83,9%	2156	100,0%	
<i>Como se sentiu em relação às consultas, exames e medicamentos recebidos durante o pré-natal</i>	Muito satisfeita	2594*	34,0%	5027	66,0%	7621	100,0%	<0,001
	Satisfeita	7141*	28,3%	18049	71,7%	25190	100,0%	
	Pouco satisfeita	1052	20,0%	4210*	80,0%	5262	100,0%	
	Nada satisfeita	183	16,8%	905*	83,2%	1088	100,0%	
<i>Grau de satisfação com a experiência do pré-natal no SUS</i>	Muito satisfeita	3073*	36,0%	5453	64,0%	8526	100,0%	<0,001
	Satisfeita	6733	28,1%	17237	71,9%	23970	100,0%	
	Pouco satisfeita	1014	17,8%	4667*	82,2%	5681	100,0%	
	Nada satisfeita	145	14,7%	840*	85,3%	985	100,0%	
<b>BLOCO 4</b>								
<b>Boas práticas</b>								
<i>A senhora teve seu bebê no primeiro hospital que procurou?</i>	Não	1800	22,9%	6066*	77,1%	7866	100,0%	<0,001
	Sim	10136*	29,6%	24084	70,4%	34220	100,0%	
<i>Na internação, antes de ter o bebê, a senhora teve o acompanhante de sua escolha?</i>	Não	2914	24,2%	9104*	75,8%	12018	100,0%	<0,001
	Sim, mas foi uma mulher, porque o serviço não permitia homens	1167	24,6%	3583*	75,4%	4750	100,0%	
	Sim, tive o acompanhante de minha escolha	7845*	31,0%	17445	69,0%	25290	100,0%	
	Não	6420	28,4%	16212	71,6%	22632	100,0%	<0,001
<i>No momento/ hora do nascimento do bebê a senhora teve o acompanhante de sua escolha?</i>	Sim, mas foi uma mulher, porque o serviço não permitia homens	359	19,6%	1474*	80,4%	1833	100,0%	
	Sim, tive o acompanhante de minha escolha	5149*	29,3%	12453	70,7%	17602	100,0%	
	Não	6420	28,4%	16212	71,6%	22632	100,0%	<0,001



Variáveis		Não		Sim		Total		Valor-p
		n	%	n	%	n	%	
<i>Após o nascimento do bebê até a alta da maternidade, a senhora teve o acompanhante de sua escolha?</i>	Não	2780	24,6%	8500*	75,4%	11280	100,0%	<0,001
	Sim, em tempo parcial	2012	27,1%	5424*	72,9%	7436	100,0%	
	Sim, em tempo integral, mas foi uma mulher, porque o serviço não permitia homens	1270	26,0%	3615*	74,0%	4885	100,0%	
	Sim, em tempo integral e da minha escolha	5865*	31,8%	12594	68,2%	18459	100,0%	
<i>Durante o trabalho de parto pôde caminhar e movimentar-se livremente?</i>	Não	1630	15,9%	8636*	84,1%	10266	100,0%	<0,001
	Sim	3584*	18,1%	16184	81,9%	19768	100,0%	
<i>Durante o trabalho de parto foi orientada sobre todos os procedimentos feitos?</i>	Não	1643	12,8%	11188*	87,2%	12831	100,0%	<0,001
	Sim	3571*	20,8%	13632	79,2%	17203	100,0%	
<i>Durante o trabalho de parto teve privacidade no local do parto?</i>	Não	986	13,0%	6620*	87,0%	7606	100,0%	<0,001
	Sim	4228*	18,9%	18200	81,1%	22428	100,0%	
<i>Durante o trabalho de parto foi orientada de que poderia ter o bebê em outras posições que não fosse só deitada</i>	Não	3977	15,7%	21299*	84,3%	25276	100,0%	<0,001
	Sim	1237*	26,0%	3521	74,0%	4758	100,0%	

\* Resíduo Padronizado > 1,96

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Doges.

avaliaram como muito demorado o tempo para marcar/colher exame ( $p < 0,001$ ) foram as que mais sofreram alguma violência. Observou-se também a ocorrência de violência entre as gestantes que se classificaram como nada satisfeitas quando questionadas sobre o sentimento com relação às orientações e esclarecimentos recebidos no pré-natal ( $p < 0,001$ ), às consultas, aos exames e medicamentos recebidos durante o pré-natal ( $p < 0,001$ ),

bem como ao grau de satisfação com a experiência do pré-natal no SUS ( $p < 0,001$ ).

Ainda que, para esse trabalho, estejamos analisando apenas as práticas ocorridas na hora do parto, ela não se restringe a esse momento apenas. As mulheres estão sujeitas a atenção violenta ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal. Dessa forma, pode-se pensar que a demora para marcar e obter o resultado dos exames, assim como deixar de receber informações relativas à gestação, ao parto e ao puerpério podem se constituir como violações dos direitos das parturientes e contribuir para a ocorrência de violência e desrespeito, como demonstrado na Tabela 1.

Ao analisar o Bloco 4, que relaciona a oferta de boas práticas no momento de trabalho de parto e do parto com a ocorrência de Violência no parto, observa-se que a oferta de tais práticas não se constitui como elemento protetivo, haja visto que, mesmo entre as que puderam experienciá-las, o percentual de ocorrência das más práticas variou entre 68,2% (acompanhante em tempo integral e de livre-escolha) a 81,9% (poder andar e se movimentar livremente). Assim, ainda que se reconheça a importância das boas práticas na atenção ao parto, esse componente não é, em si, suficiente para evitar as más condutas e a ocorrência de procedimentos sem embasamento científico.

Ao observar, por exemplo, o componente da peregrinação, verifica-se que o maior percentual de mulheres que sofreram violência se concentrou entre aquelas que não tiveram seus filhos no primeiro serviço que procuraram ( $p < 0,001$ ). A lei nº 11.634, de 2007, dispõe sobre o direito à vinculação da gestante à maternidade de referência. Assim, o fato de peregrinar constitui-se como uma violência relacionada à atenção obstétrica, ainda mais ao se pensar nos marcos prioritários do Programa Rede Cegonha, que deveriam garantir regulação de leito, realizar o acolhimento e a classificação de risco. Além do risco de sofrer mais, a peregrinação da gestante está relacionada com

desfechos desfavoráveis, como mortalidade materna e neonatal (RODRIGUES *et al.*, 2015).

Em abril de 2005, foi sancionada a lei 11.108, que garante o direito a um acompanhante de livre-escolha da parturiente no período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Todos os serviços de saúde, de rede própria ou conveniados ao SUS, deveriam permitir sem questionamentos a escolha da parturiente. Contudo, as mulheres continuam tendo esse direito desrespeitado. No que se refere à violência no parto, percebe-se que não ter acompanhante favorece sua ocorrência.

Chama a atenção o fato de que, no momento do parto, o maior percentual de mulheres que sofreram alguma má prática corresponde àquelas que estavam acompanhadas por outra mulher. Para além de ter seu direito (de livre escolha) desrespeitado, o fato de não ser acompanhadas por homens parece autorizar o exercício de uma prática desrespeitosa, revelando também o componente do machismo institucional (WERMUTH; GOMES; NIELSSON, 2016; DINIZ *et al.*, 2016).

Ainda em relação às variáveis do bloco 4, observou-se maior ocorrência de violência entre as mulheres que durante o trabalho de parto referiram não poder caminhar ou se movimentar livremente ( $p>0,001$ ), não foram orientadas sobre todos os procedimentos feitos neste momento ( $p>0,001$ ), não tiveram privacidade no local do parto ( $p>0,001$ ), não foram orientadas de que poderiam ter o bebê em outras posições que não fosse deitada ( $p>0,001$ ).

Tal fato demonstra que questões como ambiência, respeito aos direitos da parturiente e comunicação em saúde ainda devem ser aprimoradas na assistência obstétrica. As boas práticas, ainda que estejam sendo oferecidas às mulheres no momento do trabalho de parto, não estão sendo suficientes para impedir práticas consideradas desnecessárias e desrespeitosas.

Por fim, ao analisar a distribuição da ocorrência da violência por região do país, observa-se maior frequência na Região Norte (75,4%), seguida das regiões Centro-Oeste (73,7%) e Nordeste (73,1%). Na pesquisa intitulada “Nascer no Brasil”, com o intuito de avaliar a estrutura das maternidades nacionais e a qualidade do cuidado ofertado, ficaram evidentes, em várias análises, os piores desfechos nas populações mais vulneráveis do país, representadas pelas mulheres residentes das regiões Norte e Nordeste, resultado bem aproximado em relação a esta pesquisa.

### Considerações finais

Os dados evidenciados na pesquisa retratam a realidade vivenciada por boa parte da população nacional, em que as gestantes têm passado por situações constrangedoras e violentas quando assistidas para a realização de seu parto. Vale salientar que essas atitudes, por parte dos profissionais, têm sido referidas desde o pré-natal, quando se priva a mulher de diversas informações importantes para a futura experiência de parto que será vivenciada, fato que continua a persistir na assistência em si ao parto.

Ainda se observa a ocorrência de práticas consideradas desnecessárias e não mais recomendadas por órgãos públicos e pelas evidências científicas, pois trazem riscos e consequências drásticas para a mulher e seu (sua) filho(a). Tais práticas têm se perpetuado na rotina assistencial ao parto, como é o caso da episiotomia, da não consideração dos desejos da mulher em escolher a posição do parto ou ainda privá-la de se movimentar e alimentar-se. Diferenças na ocorrência da violência também têm ocorrido em relação aos aspectos sociais, econômicos e demográficos. Observou-se, neste estudo, uma proporção maior de mulheres com menor renda e menor idade sofrendo violência, quando comparadas a mulheres de maior idade e que possuem

renda maior, mostrando com isso que o contexto de vida pode, sim, interferir no nível de violência vivenciado pelas mulheres.

Assim, o atendimento à mulher deve ser determinado por uma rede de atenção de serviços à saúde. E mais: além de uma articulação eficiente entre os serviços, com fluxos pré-estabelecidos, a assistência deve ser pautada em serviços em todos os níveis de atenção, primário, secundário e terciário, levando assim a um processo de continuidade do cuidado, garantindo um atendimento integral às gestantes.

## Referências

ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. D. M. Violência obstétrica: a dor que cala. Anais do *Simpósio Gênero e Políticas Públicas*. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2014.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, p. 630-636, 2004.

BISCEGLI, T. S. *et al.* Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior de São Paulo. *Revista Cuidarte Enfermagem*, v. 9, n. 1, p. 18-25, 2015.

BOHREN, M. A. *et al.* The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, v. 12, n. 6, p. 1-32, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada mulher*. Brasília, 2001.

BRÜGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, p. 44-52, 2007.

CAMPBELL, L. D. G. *A naturalização da violência obstétrica contra a parturiente durante toda sua experiência no parto*. Monografia. Graduação em Psicologia no UniCEUB. Brasília, 2018..

CARDOSO, F. J. C. *et al.* Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. *Revista de Enfermagem da UFPE*, v. 11, n. 9, p. 3346-53, 2017.

DINIZ, C. S. G. *et al.* A vagina escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface*, v. 20, n. 56, 2016.

GALLO, R. B. S. *et al.* Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*, v. 39, n. 1, p. 41-48, 2011.

GONCALVES, R. *et al.* Experiencing care in the birthing center context: the users' perspective. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n.1, p. 62-70, 2011.

LUZ, N. F.; ASSIS, T. R.; REZENDE, F. R. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. *ABCS Health Science*, v. 40, n. 2, p. 80-84, 2016.

MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

OLIVEIRA, N. A. P. de; SILVA, J. Q. P. da; DINIZ, M.; MARTINS, C.; CAMINHA, M. de F. C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 16, n. 1, 2016.

RODRIGUES, D. P. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Escola Anna Nery*, v. 19, n. 4, p. 614-620, 2015.

RODRIGUES, F. A. C. *et al.* Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Reprodução & Climatério*, v. 32, n. 2, p. 78-84, 2017.

VENTURI, G; GODINHO, T. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

WERMUTH, M. A. D.; GOMES, R. F.; NIELSSON, J. G. Uma análise biopolítica do parto e da violência obstétrica no Brasil. *Universitas JUS*, v. 27, n. 2, p. 87-101, 2016.

## A satisfação das gestantes com o atendimento obstétrico no SUS

Rafael da Silveira Moreira

Julyana Viegas Campos

Camila Pimentel Lopes de Melo

Marília Greidinger Carvalho

Lorena Magalhães Guedes Ferreira Brito

### Introdução

A assistência pré-natal compreende um conjunto de procedimentos que objetivam prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Esta assistência se configura como um momento oportuno para as mulheres se informarem sobre as boas práticas relacionadas à gestação e ao parto (GAÍVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017).

Vale salientar que, embora o Brasil tenha atingido uma elevada cobertura na assistência ao pré-natal, a qualidade do cuidado tem sido apontada como insuficiente. Um dos fatores que contribuem para a qualidade no atendimento de mulheres no pré-natal e parto é a humanização da assistência, que envolve comprometimento pessoal e profissional dos trabalhadores que atuam na área. Ações de promoção e prevenção de saúde nos cuidados obstétricos estão relacionadas ao empoderamento da mulher, que deve ser considerada como sujeito de di-

reitos marcados por uma história familiar e cultural singular (SILVA *et al.*, 2017).

A ausência ou diminuição da eficiência da qualidade da assistência prestada na consulta pré-natal bem como no parto está relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e perinatal (SANTOS *et al.*, 2017). Vários são os fatores que têm contribuído para experiências exitosas das gestantes no atendimento do pré-natal e parto.

Dentre estas experiências se destacam a participação de um acompanhante em todo o processo (vale salientar que é direito da gestante ter esta pessoa ao seu lado), a disponibilidade, realização e entrega de exames, o recebimento de informações claras e seguras, o respeito à singularidade de cada gestante, a disponibilidade de serviços de atendimento em caso de complicações no parto e o acolhimento nas maternidades (GAÍVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017).

Os desfechos perinatais são influenciados por diversos determinantes, como fatores sociais, econômicos, culturais, estado nutricional da gestante durante a gravidez, pré-natal e parto adequados. A assistência pré-natal apropriada, detectando e intervindo precocemente em situações de risco, auxiliado por um sistema ágil de referência hospitalar, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê, que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (GUIMARÃES *et al.*, 2016).

Dessa forma, este capítulo se volta a responder como está a satisfação com os atendimentos prestados no pré-natal, no parto e com o bebê, objetivando retratar, conforme a visão das gestantes, o grau de satisfação das mesmas segundo os atendimentos realizados, a fim de mensurar se essas práticas estão de acordo com o que está normatizado, logo, atrelada a melhor qualidade assistencial.

## Metodologia

Trata-se de um estudo avaliativo, epidemiológico, com desenho transversal e de base populacional, com dados provenientes da pesquisa Rede Cegonha, realizada pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS – Doges, do Ministério da Saúde (MS). Foram entrevistadas 23.095 mulheres no ano de 2013 e 19.562 em 2014, todas elas atendidas em maternidades públicas e privadas conveniadas ao Sistema Único de Saúde.

A fim de proceder à avaliação da satisfação com o atendimento à gestante, optou-se pela construção de um Índice de Satisfação envolvendo 6 das 53 perguntas do questionário. A escolha das perguntas baseou-se nas recomendações de condutas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS), assim como nos objetivos do Programa Rede Cegonha. Assim, o índice avalia aspectos como tempo para marcar/colher o exame e receber o resultado, sentimento em relação às orientações e esclarecimentos recebidos no pré-natal, sentimento em relação às consultas, exames e medicamentos recebidos durante o pré-natal, grau de satisfação com a experiência do pré-natal no SUS, grau de satisfação com o atendimento prestado ao bebê no serviço de saúde e grau de satisfação com o atendimento do parto.

As questões que compuseram o índice são do tipo não dicotômicas; para tanto, naquelas que dizem respeito à satisfação em si foram aplicados peso 0 (zero) para “Nada satisfeita”, peso 1 (um) para “Pouco satisfeita”, peso 2 (dois) para “Satisfeita” e peso 3 (três) para “Muito satisfeita”. Na questão que avalia o tempo para marcar/colher o exame e receber o resultado, foi atribuído peso 0 (zero) para “Muito demorado”, peso 1 (um) para “Demorado”, peso 2 (dois) para “Rápido” e peso 3 (três) para “Muito rápido” (Quadro 1).

► **Quadro 1.** Questões que compõem o Índice de Satisfação

Perguntas	Respostas e pontuação atribuída
Como a senhora avalia o tempo para marcar/colher o exame e receber o resultado:	Muito rápido = 3 Rápido = 2 Demorado = 1 Muito demorado = 0
Como a senhora se sentiu em relação às orientações e esclarecimentos recebidos no pré-natal?	Muito satisfeita = 3 Satisfeita = 2 Pouco satisfeita = 1 Nada satisfeita = 0
Como a senhora se sentiu em relação às consultas, exames e medicamentos recebidos durante o pré-natal?	Muito satisfeita = 3 Satisfeita = 2 Pouco satisfeita = 1 Nada satisfeita = 0
No geral, qual o seu grau de satisfação com a experiência do pré-natal no SUS?	Muito satisfeita = 3 Satisfeita = 2 Pouco satisfeita = 1 Nada satisfeita = 0
No geral, qual o seu grau de satisfação com o atendimento prestado ao seu bebê no serviço de saúde onde realizou o parto?	Muito satisfeita = 3 Satisfeita = 2 Pouco satisfeita = 1 Nada satisfeita = 0
No geral, qual o seu grau de satisfação com o atendimento do parto (no SUS)?	Muito satisfeita = 3 Satisfeita = 2 Pouco satisfeita = 1 Nada satisfeita = 0

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do Doges.

Após o estabelecimento das pontuações individuais de cada resposta, aplicou-se a seguinte fórmula para a obtenção do Índice de Satisfação (IS):

$$IS = \left[ \frac{\text{Pontuação obtida pela soma dos pontos respondidos}}{\text{Pontuação máxima possível}} \right] \times 100$$

Os valores mínimo e máximo variaram de zero (respostas negativas para todas as perguntas, pior cenário) a 100 (todas as respostas positivas para todas as perguntas, melhor cenário).

A análise de dados se deu, inicialmente, pela prevalência de Satisfação, estimada pelo valor do Índice Satisfação acima da mediana (66,66). Em seguida, foi analisada a existência de associação bivariada entre Satisfação com atendimento e cada uma das variáveis independentes utilizadas. As variáveis independentes estão listadas no Quadro 2.

Elas foram divididas em cinco blocos: bloco 1, com as variáveis demográficas; bloco 2, com as variáveis socioeconômicas; bloco 3, com a qualidade; bloco 4, com boas práticas; bloco 5, com violência. Vale ressaltar ainda que, para a variável idade, foi realizado o cálculo de mediana, obtendo-se resultado da mediana de 27; sendo assim, esta variável teve sua análise feita nos parâmetros abaixo e acima da mediana.

- **Quadro 2.** Descrição das variáveis que compuseram a construção do Índice de Satisfação no Atendimento

Variáveis	Definição	Códigos e critérios
Satisfação com o atendimento	Satisfação da mulher com o serviço prestado.	0 a 100, dicotomizado pelo valor da mediana. 1 = Satisfeita > mediana 66,66 2 = Insatisfeita < mediana 66,66
Variável Independente	Definição	Códigos e critérios
<b>BLOCO 1: Demográfico</b>		
Idade	Idade segundo mediana das mulheres participantes da pesquisa	> mediana 27 < mediana 27
Região	Região onde mora	0 = Centro-Oeste 1 = Norte 2 = Nordeste 3 = Sul 4 = Sudeste
Estado Civil	Situação de um indivíduo em relação ao matrimônio ou à sociedade conjugal	0 = casado 1 = solteiro 2 = viúva 3 = divorciada/separada 4 = união estável

→

Variável Independente	Definição	Códigos e critérios
Raça/Cor	Parâmetros para classificar diferentes populações de uma mesma espécie, de acordo com suas características genéticas ou fenotípicas.	0 = branca 1 = preta 2 = amarela 3 = parda 4 = indígena
<b>BLOCO 2: Socioeconômico</b>		
Possui plano de saúde	Ter plano de saúde privado	0=Não 1=Sim
Escolaridade	Anos de estudo	0 = Sem escolaridade 1 = Até 8 anos de estudo 2 = De 9 a 11 anos de estudo 3 = Mais de 12 anos de estudo
Renda	Quantidade de salários mínimos recebidos	0 = Não tem renda 1 = Menos de um SM 2 = Entre 1 e 2 SM 3 = Mais de 2 até 5 SM 4 = Mais de 5 SM
<b>BLOCO 3: Qualidade</b>		
Nas consultas do pré-natal do SUS, foi verificada sua pressão arterial em todas as consultas?	Verificação da pressão arterial	Não/sim, algumas vezes = 0 Sim, todas as vezes = 3
No pré-natal no SUS, a senhora fez exame de urina até a 20ª semana (4º mês) de gestação?	Solicitação de exame de urina	Não/Fez e não recebeu resultado = 0 Fez e recebeu resultado = 3
No pré-natal no SUS, a senhora fez exame de sangue até a 20ª semana (4º mês) de gestação?	Solicitação de exame de sangue	Não/Fez e não recebeu resultado = 0 Fez e recebeu resultado = 3
A senhora participou de conversas promovidas pela Unidade de Saúde (do SUS) sobre a gravidez, o parto e/ou o cuidado com recém-nascido?	Participação em ações educativas	Não = 0 Sim = 1
Durante o pré-natal, a senhora foi informada sobre:		
– Lei do acompanhante (Lei 11.108, de 7 de abril de 2005)	Repasse de informação	Não = 0 Sim = 1

→

Variável Independente	Definição	Códigos e critérios
– Plano de parto (lista de itens relacionados ao parto em que a mulher deixa registrada as suas vontades)	Repasse de informação	Não = 0 Sim = 1
– Tipos de parto e seus riscos e benefícios	Repasse de informação	Não = 0 Sim = 1
– Benefícios das diferentes posições para ter o bebê no parto normal	Repasse de informação	Não = 0 Sim = 1
– Direito à anestesia na hora do parto normal	Repasse de informação	Não = 0 Sim = 1
– Necessidade da sua autorização em relação aos procedimentos durante o trabalho de parto	Repasse de informação	Não = 0 Sim = 1
A senhora foi informada, pela equipe responsável pelo seu pré-natal, em qual hospital deveria ter seu bebê?	Repasse de informação	Não = 0 Sim = 1
Durante o pré-natal, a senhora ou algum de seus acompanhantes passou por alguma situação ruim (constrangedora ou desrespeitosa) causada pelos profissionais dentro do serviço de saúde?	Situação constrangedora ou desrespeitosa	Não = 0 Sim = 1
<b>BLOCO 4: Boas práticas</b>		
A senhora teve seu bebê no primeiro hospital que procurou?	Atendimento no primeiro hospital	0 = Não 1 = Sim
Na internação, antes de ter o bebê, a senhora teve acompanhante de sua escolha?	Presença de um acompanhante na internação	3 = Sim, tive acompanhante de minha escolha 1,5 = Sim, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens 0 = Não
No momento/hora do nascimento do bebê a senhora teve acompanhante de sua escolha?	Presença de um acompanhante no momento do nascimento	3 = Sim, tive acompanhante de minha escolha 1,5 = Sim, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens 0 = Não

→

Variável Independente	Definição	Códigos e critérios
Após o nascimento do bebê até a alta da maternidade, a senhora teve acompanhante de sua escolha?	Presença de um acompanhante após o nascimento	3 = Sim, em tempo integral e da minha escolha 2 = Sim, em tempo integral, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens 1 = Sim, em tempo parcial e da minha escolha 0 = Não
Durante o trabalho de parto ou no momento do parto, a senhora passou por alguma dessas situações?		
– Pôde caminhar e movimentar-se livremente	Situações vivenciadas pela parturiente	0 = Não 1 = Sim
– Foi orientada sobre todos os procedimentos feitos	Situações vivenciadas pela parturiente	0 = Não 1 = Sim
– Teve privacidade no local do parto	Situações vivenciadas pela parturiente	0 = Não 1 = Sim
– Foi orientada que poderia ter o bebê em outras posições que não fosse só deitada.	Situações vivenciadas pela parturiente	0 = Não 1 = Sim
<b>BLOCO 5: Violência</b>		
Foi realizado um corte vaginal?	Realização de corte vaginal	Não = 0 Sim, teve anestesia = 1 Sim, não teve anestesia = 3
Durante a internação para o parto, a senhora passou por alguma dessas situações?		
– Gritaram com a senhora	Situações desagradáveis	Não = 0 Sim = 1
– Mandaram a senhora parar de gritar	Situações desagradáveis	Não = 0 Sim = 1
– Debocharam do seu comportamento	Situações desagradáveis	Não = 0 Sim = 1
– Criticaram seus sentimentos ou emoções	Situações desagradáveis	Não = 0 Sim = 1
– Foi amarrada	Situações desagradáveis	Não = 0 Sim = 1

→

Variável Independente	Definição	Códigos e critérios
– Toques vaginais um atrás do outro	Situações desagradáveis	Não = 0 Sim = 1
– Toque vaginal com brutalidade	Situações desagradáveis	Não = 0 Sim = 1
– Foi beliscada, empurrada ou recebeu tapas	Situações desagradáveis	Não = 0 Sim = 1
– Não recebeu atenção quando solicitada, ou se sentiu abandonada	Situações desagradáveis	Não = 0 Sim = 1
– Passou por outras agressões físicas	Situações desagradáveis	Não = 0 Sim = 1
– Demorou a ser atendida	Situações desagradáveis	Não = 0 Sim = 1
– Não teve leito para internação	Situações desagradáveis	Não = 0 Sim = 1
– Ambiente sujo ou inadequado	Situações desagradáveis	Não = 0 Sim = 1
– Fizeram pressão, empurraram ou subiram na sua barriga para o bebê sair	Situações desagradáveis	Não = 0 Sim = 1
– Teve o bebê sozinha, sem profissional de saúde presente no momento do parto	Situações desagradáveis	Não = 0 Sim = 1
– Ambiente sujo ou inadequado	Situações desagradáveis	Não = 0 Sim = 1

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do Doges.

Foi utilizado o Teste de Qui-Quadrado e, complementarmente, realizada a Análise de Resíduos Padronizados (ARP), para a associação entre os pares de categorias da variável dependente e das independentes, que possibilitou a comparação dos padrões característicos de cada categoria. Os resíduos (diferença padronizada entre as contagens observadas e esperadas) resultaram em excesso ou falta de ocorrência, sendo reconhecidos os valores com contagem de excesso positivo superior a 1,96, com

nível de significância de 2,5% unicaudal, por se tratar apenas da observação dos excessos (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004). Para a associação entre as variáveis no Teste do Qui-Quadrado adotou-se o nível de significância de 5%.

## Resultados e discussão

Fizeram parte da pesquisa um total de 42.657 mulheres que tiveram o parto realizado no serviço público ou privado conveniado ao SUS, sendo 23.095 mulheres no ano de 2013 e 19.562 em 2014, todas foram entrevistadas por tele-atendentes do Ministério da Saúde.

Ao analisar, no contexto geral, a participação e, consequentemente, a resposta das mulheres frente ao questionário aplicado, observou-se que das 42.657 mulheres participantes 99% realizaram pré-natal durante a gestação. Observou-se também que 92,1% das gestantes ou de seus acompanhantes, durante o pré-natal, passaram por alguma situação ruim (constrangedora ou desrespeitosa) causada pelos profissionais, dentro do serviço de saúde.

Ao realizar a correlação da Satisfação com os blocos demográficos, socioeconômicos, qualidade do pré-natal, boas práticas e violência, optou-se pela análise por meio da mediana com valor de 66,66, classificando assim dois grupos, acima da mediana (maior índice de insatisfação) e abaixo da mediana (menor índice de satisfação). Em relação aos dados demográficos, presentes no Bloco 1, a primeira variável analisada foi idade, sendo estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ); logo, constatou-se que mulheres com idade abaixo da mediana ( $< 27$ ) tinham maior satisfação.

Analisando a região do respondente ( $p < 0,001$ ), observou-se que mulheres das regiões Sul e Sudeste apresentaram maior satisfação, quando comparadas às mulheres das outras regiões do país. Considerando a variável estado civil ( $p = 0,007$ ), não hou-

ve significância estatística, já com relação a raça/cor ( $p < 0,001$ ), constatou-se maior nível de satisfação entre as mulheres brancas e pretas. Observando-se a variável escolaridade ( $p < 0,001$ ), as mulheres que tiveram até oito anos de estudo apresentaram maior nível de satisfação com o atendimento, bem como aquelas que não possuem plano de saúde ( $p < 0,001$ ).

O Bloco 3 analisou as variáveis que dizem respeito à qualidade do pré-natal a que as gestantes tiveram acesso. Diante disso, observou-se a realização da aferição de pressão arterial ( $p < 0,001$ ), realização de exame de urina ( $p < 0,001$ ) e exame de sangue ( $p < 0,001$ ). Nos três questionamentos as mulheres que referiram ter mais satisfação com o atendimento tiveram a aferição de pressão realizada todas as vezes, bem como as que fizeram e receberam os resultados de seus exames.

Quando questionadas sobre participação em atividades de educação em saúde ( $p < 0,001$ ) e repasse de informações importantes para o ciclo gravídico-puerperal ( $p < 0,001$ ), observou-se nível maior de satisfação naquelas que responderam “sim” a todas essas variáveis. Ainda neste bloco, as mulheres foram indagadas quanto à ocorrência de alguma situação ruim causada pelos profissionais de saúde ( $p < 0,001$ ). As mulheres que apresentaram maior satisfação não relataram a ocorrência dessas situações.

Analisando o Bloco 4, que diz respeito às Boas Práticas, foram analisados neste bloco a não peregrinação obstétrica ( $p < 0,001$ ), a presença de acompanhante antes, durante e após o parto ( $p < 0,001$ ), a liberdade para a mulher se movimentar e caminhar durante o trabalho de parto ( $p < 0,001$ ), orientações sobre os procedimentos realizados no parto ( $p < 0,001$ ), a privacidade no momento do parto ( $p < 0,001$ ) e outras posições para parir ( $p < 0,001$ ). As mulheres que referiram ter maior satisfação com a assistência prestada responderam positivamente a todos esses questionamentos.

O Bloco 5, por sua vez, analisou a ocorrência de violência institucional e sua relação com a satisfação da gestante. Observou-se que, quanto maior a satisfação da mulher com relação à assistência prestada, menor a ocorrência de qualquer prática que remeta à violência obstétrica (Tabela 1).

► **Tabela 1.** Distribuição das variáveis correspondentes ao Bloco 1, Bloco 2, Bloco 3, Bloco 4 e Bloco 5

Variáveis		Abaixo da mediana (Insatisfeita)		Acima da mediana (Satisfeita)		Total		Valor-p
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>BLOCO 1</b>								
<i>Demográficas</i>								
<i>Idade</i>	<mediana (27)	14697*	66,5%	7411	63,9%	22108	100,0%	<0,001
	>mediana (27)	12823	33,5%	7244*	36,1%	20067	100,0%	
<i>Região</i>	Centro-Oeste	2183	65,7%	1142	34,3%	3325	100,0%	<0,001
	Norte	2037*	74,0%	717	26,0%	2754	100,0%	
	Nordeste	7835*	70,3%	3312	29,7%	11147	100,0%	
	Sul	3723	59,2%	2569*	40,8%	6292	100,0%	
	Sudeste	11755	62,9%	6921*	37,1%	18676	100,0%	
<i>Estado Civil</i>	Casado	10422	66,0%	5363	34,0%	15785	100,0%	0,007
	Solteiro	12018	65,3%	6388	34,7%	18406	100,0%	
	Viuvo	94	65,3%	50	34,7%	144	100,0%	
	Divorciado/ Separado	558	64,3%	310	35,7%	868	100,0%	
	União estável	4421	63,5%	2544*	36,5%	6965	100,0%	
<i>Raça/Cor</i>	Branca	8973	64,0%	5049*	36,0%	14022	100,0%	<0,001
	Preta	3245	63,4%	1876*	36,6%	5121	100,0%	
	Amarela	703	66,4%	355	33,6%	1058	100,0%	
	Parla	14374*	66,5%	7248	33,5%	21622	100,0%	
	Indígena	147	63,1%	86	36,9%	233	100,0%	
<b>BLOCO 2</b>								
<i>Socioeconômicas</i>								
<i>Possui plano de saúde</i>	Não	24686	64,7%	13457	35,3%	38143	100,0%	<0,001
	Sim	2819*	70,3%	1192	29,7%	4011	100,0%	

→

Variáveis		Abaixo da mediana (Insatisfeita)		Acima da mediana (Satisfeita)		Total		Valor-p
		n	%	n	%	n	%	
Escolaridade	sem escolaridade	119	64,7%	65	35,3%	184	100,0%	<0,001
	até 8 anos	8012	61,8%	4956	38,2%	12968	100,0%	
	9 a 11 anos	16645	66,3%	8457	33,7%	25102	100,0%	
	mais de 12 anos	2734	69,9%	1177	30,1%	3911	100,0%	
Renda	Não tem renda	1100	67,0%	542	33,0%	1642	100,0%	0,682
	Menos de 1 SM	6932	64,6%	3801*	35,4%	10733	100,0%	
	Entre 1 e 2 SM	16001	65,1%	8568	34,9%	24569	100,0%	
	Mais de 2 até 5 SM	2766	65,7%	1445	34,3%	4211	100,0%	
	Mais de 5 SM	204	68,0%	96	32,0%	300	100,0%	

**BLOCO 3**

**Qualidade**

<i>Nas consultas do pré-natal do SUS, foi verificado sua pressão arterial em todas as consultas?</i>	Não/sim, algumas vezes	3007*	80,0%	752	20,0%	3759	100,0%	<0,001
	Sim, todas as vezes	21543	60,8%	13882*	39,2%	35425	100,0%	
<i>No pré-natal no SUS a senhora fez exame de urina até a 20ª semana (4º mês) de gestação?</i>	Não/Fez e não recebeu o resultado	4242*	82,9%	875	17,1%	5117	100,0%	<0,001
	Fez e recebeu o resultado	19642	59,2%	13528*	40,8%	33170	100,0%	
<i>No pré-natal no SUS a senhora fez exame de sangue até a 20ª semana (4º mês) de gestação?</i>	Não/Fez e não recebeu o resultado	3641*	84,6%	662	15,4%	4303	100,0%	<0,001
	Fez e recebeu o resultado	20459	59,7%	13821*	40,3%	34280	100,0%	
<i>A senhora participou de conversas promovidas pela Unidade de Saúde (do SUS) sobre a gravidez, o parto e/ou o cuidado com recém-nascido?</i>	Não	14698*	70,2%	6253	29,8%	20951	100,0%	<0,001
	Sim	9908	54,2%	8389*	45,8%	18297	100,0%	
Durante o pré-natal, a senhora foi informada sobre:								
<i>Lei do acompanhante?</i>	Não	18571	73,2%	6806	26,8%	25377	100,0%	<0,001
	Sim	8560	52,1%	7855	47,9%	16415	100,0%	
<i>Plano de parto?</i>	Não	21449*	70,7%	8869	29,3%	30318	100%	<0,001
	Sim	5682	49,5%	5792*	50,5	11474	100%	

→

Variáveis		Abaixo da mediana (Insatisfeita)		Acima da mediana (Satisfeita)		Total		Valor-p
		n	%	n	%	n	%	
<i>Tipos de parto e seus riscos e benefícios?</i>	Não	15468*	74,7%	5234	25,3%	20702	100%	<0,001
	Sim	11663	55,3%	9427*	44,7%	21090	100%	
<i>Benefícios das diferentes posições para ter o bebê no parto normal?</i>	Não	18426*	72,8%	6895	27,2%	25321	100%	<0,001
	Sim	8705	52,9%	7766*	47,1%	16471	100%	
<i>Direito à anestesia na hora do parto normal?</i>	Não	21695*	70,3%	9184	29,7%	30879	100%	<0,001
	Sim	5436	49,8%	5477*	50,2%	10913	100%	
<i>Necessidade da sua autorização em relação aos procedimentos durante o trabalho de parto?</i>	Não	19741*	72,5%	7502	27,5%	27243	100%	<0,001
	Sim	7390	50,8%	7159*	49,2%	14549	100%	
<i>A senhora foi informada, pela equipe responsável pelo seu pré-natal, em qual hospital deveria ter seu bebê?</i>	Não	11999*	70,4%	5033	29,6%	17032	100%	<0,001
	Sim	12607	56,8%	9603*	43,2%	22210	100%	
<i>Durante o pré-natal, a senhora ou algum de seus acompanhantes passou por alguma situação ruim causada pelos profissionais dentro do serviço de saúde?</i>	Não	22027	60,9%	14148*	39,1%	36175	100%	<0,001
	Sim	2585*	83,5%	509	16,5%	3094	100%	
<b>BLOCO 4</b>								
<b>Boas práticas</b>								
<i>A senhora teve seu bebê no primeiro hospital que procurou?</i>	Não	5643*	70,8%	2331	29,2%	7974	100,0%	<0,001
	Sim	21889	64,0%	12330*	36,0%	34219	100,0%	
<i>Na internação, antes de ter o bebê, a senhora teve acompanhante de sua escolha?</i>	Não	8929*	74,3%	3088	25,7%	12017	100,0%	<0,001
	Sim, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens	3279*	69,0%	1471	31,0%	4750	100,0%	
	Sim, tive acompanhante de minha escolha	15197	60,1%	10093*	39,9%	25290	100,0%	



Variáveis		Abaixo da mediana (Insatisfeita)		Acima da mediana (Satisfeita)		Total		Valor-p
		n	%	n	%	n	%	
<i>No momento/ hora do nascimento do bebê a senhora teve acompanhante de sua escolha?</i>	Não	15604*	68,9%	7028	31,1%	22632	100,0%	<0,001
	Sim, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens	1272*	69,4%	561	30,6%	1833	100,0%	
	Sim, teve acompanhante de minha escolha	10535	59,9%	7066*	40,1%	17601	100,0%	
<i>Após o nascimento do bebê até a alta da maternidade a senhora teve acompanhante de sua escolha?</i>	Não	8075*	71,6%	3205	28,4%	11280	100,0%	<0,001
	Sim, em tempo parcial	4818	64,8%	2617	35,2%	7435	100,0%	
	Sim, em tempo integral, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens	3443*	70,5%	1442	29,5%	4885	100,0%	
	Sim, em tempo integral e da minha escolha	11067	60,0%	7392*	40,0%	18459	100,0%	
<i>Durante o trabalho de parto pôde caminhar e movimentar livremente?</i>	Não	7288*	71,0%	2977	29,0%	10265	100,0%	<0,001
	Sim	12626	63,9%	7142*	36,1%	19768	100,0%	
<i>Durante o trabalho de parto foi orientada sobre todos os procedimentos feitos?</i>	Não	10174*	79,3%	2657	20,7%	12831	100,0%	<0,001
	Sim	9740	56,6%	7462*	43,4%	17202	100,0%	
<i>Durante o trabalho de parto teve privacidade no local do parto?</i>	Não	5797*	76,2%	1808	23,8%	7605	100,0%	<0,001
	Sim	14177	62,9%	8311*	37,1%	22488	100,0%	
<i>Durante o trabalho de parto foi orientada que poderia ter bebê em outras posições que não fosse só deitada?</i>	Não	17503*	69,3%	7772	30,7%	25275	100,0%	<0,001
	Sim	2411	50,1%	2347	49,3%	4758	100,0%	
<b>BLOCO 5</b>								
<b>Violência</b>								
<i>Foi realizado um corte vaginal?</i>	Não	9420	66,8%	4692	33,2%	14112	100,0%	<0,001
	Sim, teve anestesia	6799	63,64	3927*	36,6%	10726	100,0%	
	Sim, não teve anestesia	2821*	72,1%	1090	27,9%	3911	100,0%	

→

Variáveis		Abaixo da mediana (Insatisfeita)		Acima da mediana (Satisfeita)		Total		Valor-p
		n	%	n	%	n	%	
<i>Durante a internação para o parto, a senhora passou por alguma dessas situações: Gritaram com a senhora?</i>	Não	25537*	64,0%	14390	36,0%	39927	100,0%	<0,001
	Sim	1888	87,4%	271*	12,6%	2159	100,0%	
<i>Mandaram a senhora parar de gritar?</i>	Não	24132*	63,4%	13960	36,6%	38092	100,0%	<0,001
	Sim	3293	82,4%	701*	17,6%	3994	100,0%	
<i>Críticaram seus sentimentos ou emoções?</i>	Não	24363*	63,3%	14146	36,7%	38509	100,0%	<0,001
	Sim	3062	85,6%	515*	14,4%	3577	100,0%	
<i>Debocharam do seu comportamento?</i>	Não	24338*	63,3%	14134	36,7%	38472	100,0%	<0,001
	Sim	3087	85,4%	527*	14,6%	3614	100,0%	
<i>Foi amarrada?</i>	Não	26208	65,0%	14092	35,0%	40300	100,0%	0,007
	Sim	1217	68,1%	569	31,9%	1786	100,0%	
<i>Passou por toques vaginais um atrás do outro?</i>	Não	19384*	63,1%	11341	36,9%	30725	100,0%	<0,001
	Sim	8041	70,8%	3320*	29,2%	11361	100,0%	
<i>Receberam toque vaginal com brutalidade?</i>	Não	24412*	63,8%	13858	36,2%	38270	100,0%	<0,001
	Sim	3013	79,0%	803*	21,0%	3816	100,0%	
<i>Foi beliscada, empurrada ou recebeu tapas?</i>	Não	27207	65,1%	14598	34,9%	41805	100,0%	<0,001
	Sim	218*	77,6%	63	22,4%	281	100,0%	
<i>Não recebeu atenção quando solicitada, ou se sentiu abandonada?</i>	Não	21952	61,2%	13935*	38,8%	35887	100,0%	<0,001
	Sim	5473*	88,3%	726	11,7%	6199	100,0%	
<i>Passou por outras agressões físicas?</i>	Não	27277	65,1%	14642	34,9%	41919	100,0%	<0,001
	Sim	148*	88,6%	19	11,4%	167	100,0%	
<i>Demorou a ser atendida?</i>	Não	20909	60,8%	13482*	39,2%	34391	100,0%	<0,001
	Sim	6516*	84,7%	1179	15,3%	7695	100,0%	
<i>Não teve leito para internação?</i>	Não	25216	64,1%	14093*	35,9%	39309	100,0%	<0,001
	Sim	2209*	79,5%	568	20,5%	2777	100,0%	
<i>Ambiente sujo ou inadequado?</i>	Não	24575	63,5%	14149*	36,5%	38724	100,0%	<0,001
	Sim	2850*	84,8%	512	15,2%	3362	100,0%	
<i>Outras?</i>	Não	25521	64,0%	14331*	36,0%	39852	100,0%	<0,001
	Sim	1904*	85,2%	330	14,8%	2234	100,0%	

→

Variáveis		Abaixo da mediana (Insatisfeita)		Acima da mediana (Satisfeita)		Total		Valor-p
		n	%	n	%	n	%	
Fizeram pressão, empurraram ou subiram na sua barriga para o bebê sair?	Não	13828	65,1%	7408*	34,9%	21236	100,0%	<0,001
	Sim	6086*	69,2%	2711	30,8%	8797	100,0%	
Teve o bebê sozinho, sem profissional de saúde presente no momento do parto?	Não	19007	65,9%	9831	34,1%	28838	100,0%	<0,001
	Sim	907*	76,9%	288	24,1%	1195	100,0%	

\* Resíduo Padronizado > 1,96

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Doges.

Em um estudo realizado em Porto Alegre, objetivou-se mensurar o grau de satisfação das mulheres ao atendimento prestado, objetivo semelhante ao da atual pesquisa. Neste estudo, a média de idade e escolaridade foi de 29,2 e 12,7 anos, respectivamente, corroborando os achados da presente pesquisa. A maioria das mulheres estudadas era de cor branca (71,1%) e morava com o companheiro (87,2%) (CARDOSO *et al.*, 2016).

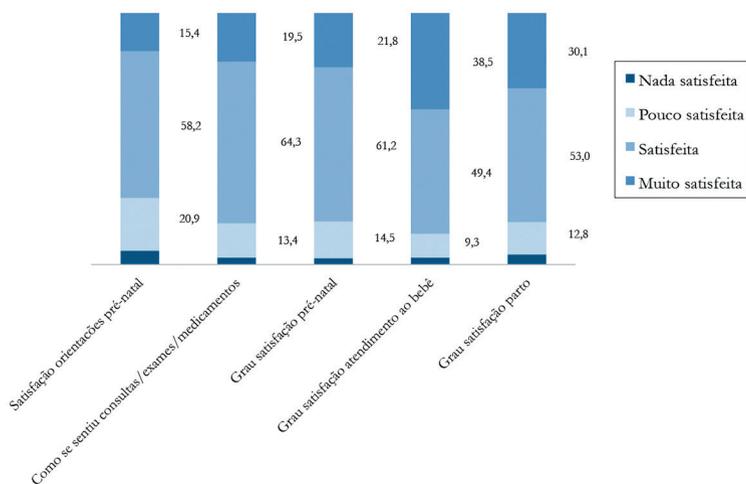
A gestação foi planejada por 59% delas, e o número de consultas de pré-natal foi, em média, 10,62. No serviço público, apenas 35% das gestantes ficaram muito satisfeitas com o atendimento pré-natal e 42% satisfeitas, ao passo que, no serviço privado, essas proporções foram de 72% e 18% (%), respectivamente. No público, 8,8% das gestantes ficaram insatisfeitas e 1,8% muito insatisfeitas, comparando com 2% e 0% no serviço privado (CARDOSO *et al.*, 2016).

Em outro estudo realizado em Florianópolis, 310 mulheres que tiveram partos vaginais e cesáreas de urgência foram avaliadas quanto à satisfação em um hospital universitário com filosofia de humanização do parto. As mulheres eram, na maioria, brancas e de pouca escolaridade. O índice de satisfação foi muito alto, 93,5% (D'ORSI, 2014).

Com relação ao grau de satisfação da mulher em diversos aspectos do atendimento que lhes foi prestado (Gráfico 1), 58,2% se declararam satisfeitas com as orientações fornecidas no atendimento pré-natal e 61,2% tinham grau de satisfação com o pré-natal. Pesquisas mostram que as orientações profissionais oferecidas nas consultas de pré-natal são precárias, apesar das consultas serem entendidas como um espaço privilegiado para que a gestante receba orientações sobre a gestação e o parto (GAÍVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017).

Analisando o grau de satisfação do atendimento ao filho, 49,4% das mulheres classificam-se como satisfeitas, ao passo que 53% mostraram-se satisfeitas com o atendimento no parto. A elevada prevalência de satisfação com o atendimento ao parto encontrada neste estudo também foi apontada em outras pesquisas. Cabe salientar que a satisfação é influenciada pela expectativa que as usuárias têm sobre o atendimento que rece-

► **Gráfico 1.** Grau de satisfação em diversos aspectos do atendimento



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do Doges (2014).

berão. Essa avaliação positiva está muitas vezes condicionada ao respeito, à privacidade e clareza nas explicações dos profissionais de saúde (D'ORSI, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), práticas acolhedoras proporcionam a identificação das principais vulnerabilidades das gestantes, levando em consideração seu contexto social, assim como a criação de um vínculo de confiança entre o profissional e a gestante, permitindo uma maior aceitação e continuidade dessas mulheres no serviço.

Esta percepção das mulheres está muitas vezes condicionada ao acolhimento em si, que gera uma boa impressão na questão do atendimento, embora esse não seja necessariamente efetivo e não traga uma visão geral da qualidade do serviço. Outra questão que interfere na avaliação das mulheres é o simples fato de receber a assistência, devido à baixa capacidade de crítica por parte das mulheres atendidas, o atendimento prestado se torna similar a um atendimento de qualidade, quando se sabe que a qualidade está atrelada a outras diversas ações, porém mascara a satisfação da usuária (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

## Conclusão

Pode-se concluir, neste estudo, que a satisfação se torna inerente às condutas e práticas fornecidas às mulheres desde o pré-natal até o pós-parto, influenciando desta forma sua percepção crítica em relação à qualidade do serviço prestado a ela e ao bebê. Além disso, quanto mais condutas adequadas e eficazes foram ofertadas às mulheres, mais satisfeitas as mesmas se tornam. O contrário, ações desnecessárias, invasivas e não eficazes, levam a uma insatisfação com o atendimento e, conseqüentemente, a menor nível de bem-estar da mulher com o serviço prestado.

Diante da realidade exposta, observa-se a necessidade concomitante de existir um padrão a ser seguido nas diversas ins-

tuições que prestam assistência às gestantes, desde a atenção básica, que se configura como porta de entrada do sistema, até o nível de maior complexidade, a fim de que sejam oferecidas às mulheres condutas corretas e de acordo com os preceitos éticos estabelecidos pelos órgãos que fiscalizam estas instâncias.

## Referências

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, p. 630-636, 2004..

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, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília, 2002.

CARDOSO, M. D, *et al*. Percepção de gestantes sobre a organização do serviço/ assistência em um pré-natal de baixo risco de Recife. *Revista de Pesquisa: cuidado é Fundamental Online*, v. 8, n. 4, p. 5017-5024, 2016.

D'ORSI, E. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. 154-168, 2014.

GAÍVA, M. A. M.; PALMEIRA, E. W. M.; MUFATO, L. F. Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e parto nos casos de neonatos que evoluíram para o óbito. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017.

GUIMARÃES, C. A.; SOARES, N. V.; DORNELES, J. P.; KREUNING, E. B. Concepções de gestantes sobre o pré-natal realizado por profissional do programa Mais Médicos. *Cinergis*, v. 18, n. 1, p. 25-28, 2016.

SANTOS, M. B. dos, *et al*. Qualidade da assistência de enfermagem prestada à gestante de alto risco em âmbito hospitalar. *Revista de Saúde, Ciência e Tecnologia*, v. 3, n. 2, p. 25-38, 2017.

SILVA, A. L. A. D.; MENDES, A. D. C. G.; MIRANDA, G. M. D.; SOUZA, W. V. D. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 12, p. 1-14, 2017.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 10, p. 599-613, 2005.

## Sobre os autores

### Aletheia Soares Sampaio

Médica (UFPE), com Mestrado em Medicina Tropical (UFPE) e Doutorado em Saúde Pública (IAM/Fiocruz). Pesquisadora do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães – IAM/Fiocruz. Médica Infectologista da Universidade de Pernambuco (UPE).

*E-mail:* aletheia@cpqam.fiocruz.br

### Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos

Médica (UFPE), com Mestrado em Saúde Pública (The University of Wales, College of Medicine) e Doutorado em Ciências da Saúde (UnB). Pesquisadora do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães – IAM/Fiocruz, e Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do IAM/Fiocruz. Médica Ginecologista da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, lotada no Hospital Agamenon Magalhães, em Recife-PE.

*E-mail:* analucia@cpqam.fiocruz.br

### Camila Pimentel Lopes de Melo

Socióloga (UFPE), com graduação sanduíche na UCLA. Mestrado e Doutorado em Sociologia (UFPE). Pesquisadora do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães – IAM/Fiocruz, e Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do IAM/Fiocruz. Membro titular da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco; integra a Rede Zika Ciências Sociais.

*E-mail:* camila.melo@cpqam.fiocruz.br

## Domício Aurélio de Sá

Médico Veterinário (UFRPE) e Sanitarista, com Residência em Saúde Coletiva e Mestrado em Saúde Pública (IAM/Fiocruz). Pesquisador do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães – IAM/Fiocruz. Coordenador e Docente do Programa Lato Sensu do IAM/Fiocruz. Coordenador do Projeto de Cooperação IAM/Fiocruz com o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges/MS).

*E-mail:* [domicio@cpqam.fiocruz.br](mailto:domicio@cpqam.fiocruz.br)

## Deulma Lustosa Nogueira

Tânia Lustosa (codinome). Administradora, com especialização em Gestão Hospitalar. Experiência em gestão pública e ouvidoria em saúde. Atua na aplicação da Lei de Acesso à Informação (LAI) no âmbito do Ministério da Saúde, sendo responsável pelo Serviço de Informação ao Cidadão (SIC).

*E-mail:* [tania.lustosa@saude.gov.br](mailto:tania.lustosa@saude.gov.br)

## Flávia Silvério de Souza Sobrinho

Graduada em Ciências Contábeis (Centro Universitário de Brasília – Uni-ceub), com especialização em Gestão Pública (Centro de Estudos Jurídicos Fortium). Experiência em Saúde Pública, com domínio em sistemas de informação em saúde. Atuou como consultora da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas); membro do Comitê de Mobilização da Rede Cegonha e Supervisora do Núcleo de Pesquisa (Nupe) do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS do Ministério da Saúde (Doges/MS).

*E-mail:* [flaviassobrinho@gmail.com](mailto:flaviassobrinho@gmail.com)

## Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

Médico (UFPB), com Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (FGV/UPE) e MBA em Finanças (UFPE). Mestrado em Administração (UFPE) e Doutorado em Políticas Públicas e Serviços Sociais (Universidade de Manchester, Reino Unido). Pesquisador do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães – IAM/Fiocruz. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do IAM/Fiocruz e da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE.

*E-mail:* [gurgel@cpqam.fiocruz.br](mailto:gurgel@cpqam.fiocruz.br)

## Guilherme Otávio Figueiredo Grili

Graduado em Educação Física (Universidade Católica de Brasília – UCB). Especialização em Avaliação em Saúde – EAD (ENSP/Fiocruz), e Gestão Pública (Centro de Ensino Superior Santa Fé – Cessf). Coordena a Área de Gestão da Informação (AGI) no Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS do Ministério da Saúde (Doges/MS).

*E-mail:* guilhermegrili@gmail.com

## Islândia Maria de Carvalho de Sousa

Enfermeira (UFPE), com Especialização em Gestão de Sistemas de Saúde (IAM/Fiocruz). Mestrado e Doutorado em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Pesquisadora do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães – IAM/Fiocruz e Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do IAM/Fiocruz. Coordenadora Grupo de Pesquisas Saberes e Práticas em Saúde e Diretora da Associação Brasileira de Economia da Saúde.

*E-mail:* islandia@cpqam.fiocruz.br

## Jessyka Mary Vasconcelos Barbosa

Graduação em Educação Física (UPE), com sanduíche na California State University, Long Beach, CA, EUA. Mestrado em Saúde Pública (IAM/Fiocruz) e doutoranda em Saúde Pública (IAM/Fiocruz), com sanduíche no Institut de Recherche pour le Développement, Montpellier, França.

*E-mail:* jessykamary@yahoo.com.br

## Julyana Viegas Campos

Enfermeira (CAV/UFPE). Especialização em Saúde Pública (Faintvisa). Mestrado em Saúde Coletiva (UFPE). Atualmente é doutoranda em Saúde Pública (IAM/Fiocruz) e desenvolve trabalho na área de Políticas Públicas de Saúde com ênfase na análise da Rede Cegonha no Brasil.

*E-mail:* viegasjulyana@gmail.com

## Kátia Rejane de Medeiros

Graduação em Serviço Social (UFPE) e Sanitarista, com Especialização em Gestão Hospitalar e Residência em Medicina Preventiva e Social (IAM/Fiocruz). Mestrado e Doutorado em Saúde Pública (IAM/

Fiocruz). Analista Sênior de Gestão em Saúde do Instituto Aggeu Magalhães – IAM/Fiocruz. Atua como Docente e Pesquisadora do Departamento de Saúde Coletiva do IAM/Fiocruz.

*E-mail:* kmedeiros@cpqam.fiocruz.br

### **Lorena Magalhães Guedes Ferreira Brito**

Enfermeira (Universidade Católica de Brasília – UCB). Especialização em Enfermagem do Trabalho (Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – FCMCG). Atuou no Núcleo de Pesquisa (Nupe) do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS do Ministério da Saúde (Doges/MS). Atualmente é Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-GDF).

*E-mail:* lorenamgf@gmail.com

### **Márcio André Paysan de Jesus**

Biomédico (Centro Universitário de Brasília – Uniceub). Atualmente desenvolve atividades na Área de Gestão da Informação (AGI) do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/Ministério da Saúde (Doges/MS).

*E-mail:* marcio.paysan@gmail.com

### **Maria Helena Ferreira de Azevedo**

Médica Veterinária (Universidade Federal de Viçosa – UFV), com Especialização em Gestão de sala de aula em nível superior (Centro Universitário de Desenvolvimento do Centro-Oeste – Unidesc) e MBA em Gestão de Instituições de Ensino Superior (Centro Universitário de Desenvolvimento do Centro-Oeste – Unidesc). Mestrado em Morfologia (UFV). Atualmente desenvolve atividades no Núcleo de Capacitação do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/Ministério da Saúde (Doges/MS).

*E-mail:* mariah.azevedo@saude.gov.br

### **Maria Nazaré Abreu Oliveira**

Economista (UFBA), com Doutorado pela Facultad de Ciencias Políticas y Sociología da Universidade Complutense de Madrid. Especialização em Planejamento Urbano e em Comércio Exterior. Experiências em políticas públicas: política agrícola, comércio exterior, saúde, infraestrutura de

transporte, planejamento e pesquisas. Atualmente coordena o Núcleo de Pesquisas (Nupe) do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/Ministério da Saúde (Doges/MS).

*E-mail:* maria.naoliveira@saude.gov.br

### **Marília Greidinger Carvalho**

Farmacêutica (UnB), com Mestrado em Ciências do Comportamento pelo Instituto de Psicologia (UnB). Atuou no Núcleo de Pesquisa (Nupe) do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS do Ministério da Saúde (Doges/MS). Atualmente é pesquisadora-bolsista Fiotec ligada à Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres/MS.

*E-mail:* mariliagc@gmail.com

### **Michelle Vieira Fernandez**

Graduação em Ciência Política (UnB). Doutorado em Processos Políticos Contemporâneos (Universidad de Salamanca) e Pós-doutorado no Departamento de Ciência Política da UFPE. Desenvolve estudos sobre a implementação e a avaliação de políticas públicas sociais no Brasil, com foco nas políticas de saúde e segurança pública.

*E-mail:* michelle.vfernandez@gmail.com

### **Rafael da Silveira Moreira**

Cirurgião-Dentista (UFG), com Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva (UFG). Mestrados em Saúde Coletiva (UNESP) e em Gerontologia (Unicamp). Doutorado em Saúde Pública (USP). Pesquisador do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães – IAM/Fiocruz, e Professor Adjunto no Departamento de Medicina Social da UFPE. Docente do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da UFPE (PPGERO/UFPE) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do IAM-Fiocruz.

*E-mail:* moreirars@cpqam.fiocruz.br

### **Rafael Vulpi Caliarì**

Farmacêutico (Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo), com Especialização em Gestão em Saúde (UFES) e em Gestão Pública Municipal (IFES). Mestrando Profissional em Políticas Públicas e Desenvolvimento

(ENSP/Fiocruz). Analista Técnico de Políticas Sociais do Ministério da Saúde, lotado no Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges/MS), foi diretor interino, substituto e exerce a Função Comissionada do Poder Executivo de Chefe do Serviço de Ouvidoria do Ministério da Saúde.

*E-mail:* rafael.caliari@saude.gov.br

### **Vanessa Souto de Melo**

Enfermeira (UFPE) e Sanitarista, com Residência em Saúde Coletiva (IAM/Fiocruz). Atuou em projeto de pesquisa, como pesquisadora-entrevistadora no Estudo Caso-Controlado para Investigação dos casos de Microcefalia (IAM/Fiocruz) e atualmente desempenha a função de coordenadora de campo no Estudo Internacional de Coorte Prospectivo Observacional do Zika em Crianças e Gestantes (Estudo ZIP/Fiocruz-PE).

*E-mail:* nessa.melo21@gmail.com

### **Vaneuza Nascimento Santos Andrade**

Cirurgiã-dentista (Faculdade Federal de Odontologia de Diamantina) e Licenciada em Pedagogia (Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz). Especialização em Vigilância em Saúde Ambiental (UFRJ) e Programa de Saúde da Família (UNA-SUS/UnB). Atualmente exerce atividades no Núcleo de Pesquisas (Nupe) do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/Ministério da Saúde (Doges/MS).

*E-mail:* vaneuza.andrade@gmail.com

**Título** Ouvidoria do SUS: a voz do cidadão e resultados de pesquisas  
**Organização** Domicio Aurélio de Sá  
Garibaldi Dantas Gurgel Júnior  
Michelle Vieira Fernandez  
Rafael da Silveira Moreira  
**Formato** *E-book (PDF)*  
**Tipografia** Garamond (*texto*), Avenir (*título*)  
**Desenvolvimento** Editora UFPE



Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20 | Várzea, Recife-PE  
CEP: 50740-530 | Fone: (81) 2126.8397  
*E-mail:* editora@ufpe.br | *Site:* www.editora.ufpe.br



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**

Instituto Aggeu Magalhães



DISQUE SAÚDE

**136**

Ouvidoria Geral do SUS,  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)



**SUS**