



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

FÁTIMA MARA DO NASCIMENTO SEVERO

**“QUANDO AS PORTAS SE FECHAM”: UMA AVALIAÇÃO DO DIREITO DE
PARIR NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA COMO ESTRATÉGIA DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

FORTALEZA

2021

FÁTIMA MARA DO NASCIMENTO SEVERO

“QUANDO AS PORTAS SE FECHAM”: UMA AVALIAÇÃO DO DIREITO DE PARIR
NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA COMO ESTRATÉGIA DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE - SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Área de concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alba Maria Pinho de Carvalho

FORTALEZA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S525q Severo, Fátima Mara do Nascimento.
Quando as portas se fecham : Uma avaliação do direito de parir no âmbito da Rede
Cegonha como estratégia do Sistema Único de Saúde - SUS / Fátima Mara do Nascimento
Severo. – 2021.
114 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias,
Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2021.
Orientação: Profa. Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho .
1. Direito de Parir. 2. Superlotação . 3. Peregrinação Materna . 4. Acesso aos Direitos . I.
Título.

CDD 320.6

FÁTIMA MARA DO NASCIMENTO SEVERO

“QUANDO AS PORTAS SE FECHAM”: UMA AVALIAÇÃO DO DIREITO DE PARIR
NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA COMO ESTRATÉGIA DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE - SUS.

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Avaliação de Políticas
Públicas da Universidade Federal do
Ceará, como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Avaliação
de Políticas Públicas.

Área de concentração: Políticas Públicas e
Mudanças Sociais

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alba Maria Pinho
de Carvalho

Aprovado em: 12/01/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Alba Maria Pinho de Carvalho (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Maria Sônia Lima Nogueira
Universidade Maurício de Nassau - Fortaleza (Uninassau)

Prof.^a Dr.^a Eliana Costa Guerra
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, com o coração cheio de fé e alegria, a Deus e a Nossa Sra. de Fátima que, com as intensas e constantes orações, principalmente, de minha mãe, são meus protetores e iluminadores diários e eternos.

Agradeço aos meus pais, Luiz Severo e Francisca Luciene, pais que fizeram e fazem tudo por sua família e que alimentam diariamente a fé, os sonhos e os objetivos de seus filhos. Esse ano de 2020 foi tão difícil, tão sofrido. Nos privou de abraços, almoços juntos e risadas, mas sei que todo o esforço de proteger “meus velhinhos” vale a pena para mantê-los saudáveis. Nos adaptamos, nos readaptamos, quase enlouquecemos e continuamos a caminhar enquanto a cura ou a vacina não chegam. Essa conquista é de vocês e para vocês. Os amo.

Ao meu irmão, Luiz Severo Júnior, homem e profissional que tenho orgulho de poder acompanhar a caminhada e compartilhar dúvidas, sonhos e medos. A Covid-19 lhe hospitalizou, e você sempre tão ativo, sempre tão inquieto, teve de parar e desacelerar. Não esquecerei de você na enfermaria, contando dos seus projetos de trabalhos e metas a cumprir e eu, naquela época, quase desistindo da Dissertação, me vi obrigada a continuar com a jornada visto que nada fez você parar seus sonhos e, então, eu não desistiria de um dos meus. Gratidão por fomentar a felicidade.

À Professora Dr.^a Alba Carvalho que por várias vezes me escutou dizer que iria desistir do Mestrado e me resgatou. Não desistiu de mim e do nosso trabalho. Dispôs-se a fazer as orientações por vídeo chamada ou telefone quando estava em férias, quando deveria descansar de um ano tão desgastante. Obrigada por acreditar em mim.

Aos meus amigos e colegas de trabalho da MEAC que ouviram minhas discussões, minhas dúvidas e buscas por respostas e que gentilmente puderam contribuir com a finalização desse importante passo acadêmico. Espero poder instigar melhorias na nossa “MEAC de açúcar”.

Aos demais amigos e familiares que ouviram incansáveis ligações e se mostraram na torcida para conclusão deste trabalho. Quando podermos nos reunir, festejaremos cada conquista que foi compartilhada nos telefonemas, nas reuniões de grupo do Meet e do Zoom.

RESUMO

O princípio da universalidade de acesso ao SUS é a sua maior característica e um dos maiores bens sociais que existem no Brasil. No entanto, o que está na lei não é o que efetivamente ocorre quando boa parte da população busca os serviços de saúde e não os obtêm de forma efetiva devido, principalmente, à superlotação. Diante desse fenômeno de caráter nacional e tendo como lócus de estudo a Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC, este estudo buscou realizar uma avaliação em profundidade no âmbito da Rede Cegonha. Nesta perspectiva, os objetivos desta pesquisa avaliativa foram direcionados a compreender como se dá o acesso ao direito a parir em segurança na MEAC; delinear como os profissionais das diferentes categorias reagem face ao fenômeno das portas fechadas; e quais tensões são criadas nesta restrição do atendimento, procurando compreender os elementos determinantes para a superlotação e suas consequências. Adicionado a isso, o estudo também objetivou compreender o sentimento dos funcionários diante da lotação dos leitos, fato que está rotineiramente inserido em seu ambiente de trabalho, e suas indicações pessoais para suplantarmos a superlotação no lócus da pesquisa. A avaliação aqui delineada foi desenvolvida mediante a metodologia da avaliação em profundidade, demarcando o contexto, o conteúdo e a trajetória do SUS, o programa Rede Cegonha e a Maternidade Escola. Para realizar esta avaliação, desenvolveu-se pesquisa essencialmente qualitativa e foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com gestores e profissionais de nível superior, médio e da recepção inseridos na unidade de referência. Como resultado, foi discutido o sucateamento da Rede de Saúde do Estado do Ceará e a necessidade de melhorias urgentes nas diversas maternidades da cidade para que seja garantido o acesso à saúde de qualidade, fomentando a cidadania das mulheres e bebês que vivenciam a superlotação dos leitos e peregrinação materna.

Palavras-chave: direito de parir; superlotação; peregrinação materna; acesso aos direitos.

ABSTRACT

The principle of universal access to SUS is its greatest feature and one of the greatest social assets that exists in Brazil. However, what is in the law is not what actually occurs when a good part of the population seeks health services and does not obtain them effectively due, mainly, to overcrowding. In view of this phenomenon, of a national character, having as its focus the Assis Chateaubriand-MEAC Maternity School, this study sought to carry out an in-depth assessment within the scope of the Rede Cegonha. In this perspective, the objectives of this evaluative research were aimed at understanding how access to the right to give birth safely in MEAC is given; delineate how professionals from different categories react to the phenomenon of closed doors; and what tensions are created in this service restriction, seeking to understand the determining elements for overcrowding and its consequences. Added to this, the study also aimed to understand the feeling of employees in the presence of bed capacity, a fact that is routinely inserted in their work environment, and their personal indications to overcome the overcrowding in the locus of the research. The evaluation outlined here was developed using the methodology of in-depth evaluation, demarcating the context, content and trajectory of SUS, Rede Cegonha and Maternidade Escola program. In order to carry out this assessment, essentially qualitative research was carried out and semi-structured interviews were conducted with managers and professionals of higher, middle and reception level inserted in the reference unit. As a result, the scrapping of the Health Network of the State of Ceará was discussed, and the need for urgent improvements in the various maternity hospitals in the city to guarantee access to quality health, fostering the citizenship of women and babies who experience overcrowding. beds and maternal pilgrimage.

Keywords: right to give birth; over crowded; maternal pilgrimage; access to rights.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 01- Atenção à Gestante de Risco e Alto Risco

Figura 02 - Divisão do Ceará em Macrorregiões

Figura 03 - Indicador de Pré-Natal Brasil

Figura 04 - Indicador de Assistência ao parto Brasil

Figura 05 - Nível de Instrução do Chefe de família no acesso à saúde

Figura 06 - Divisão das Maternidades por Regionais Fortaleza

Tabela 01- Emergência/ Urgência com atendimento fechado ou restrito na MEAC

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF 88	Constituição Federal de 1988
FMI	Fundo Monetário Internacional
HGCC	Hospital Geral Dr. César Cals
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI NEO	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UPA	Unidade de Pronto Atendimento de Fortaleza

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: CIRCUNSCREVENDO A INVESTIGAÇÃO AVALIATIVA	12
2 AS PRETENSÕES INVESTIGATIVAS DA PESQUISA: DELINEAMENTOS DO OBJETO NA INVESTIGAÇÃO AVALIATIVA.....	19
3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA EXIGÊNCIA CONTEMPORÂNEA, UM DESAFIO TEÓRICO-METODOLÓGICO	21
4 O SUS E A REDE DE SAÚDE NO ATENDIMENTO MATERNO-INFANTIL: TRAJETÓRIA DA POLÍTICA.....	28
4.1 O SUS no ritmo da história: inflexões nos percursos de implementação da política materno-infantil.....	28
4.2 O atendimento da mulher em processo de parir na dimensão da rede	36
5 SUPERLOTAÇÃO NA MEAC NA ÓTICA DA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: O DESENHO METODOLÓGICO.....	43
5.1 Conhecendo a Maternidade Escola Assis Chateaubriand.....	47
6 CAMPO EM MOVIMENTO.....	50
6.1 Elementos determinantes e agravantes da superlotação.....	51
6.2 Consequências da superlotação no contexto da unidade de referência	66
6.3 Superlotação na MEAC ao longo dos anos.....	72
6.4 Reações da população à superlotação dos leitos	83
6.5 Sentimento dos funcionários diante da superlotação	90
6.6 Indicações dos profissionais para solucionar a superlotação.....	95
7 CONCLUSÕES	99
BIBLIOGRAFIA	101
APÊNDICE A - ROTEIROS DE ENTREVISTAS	105
APÊNDICE B - ROTEIROS DE ENTREVISTAS	108
APÊNDICE C - ROTEIROS DE ENTREVISTAS.....	111

APÊNDICE D - ROTEIROS DE ENTREVISTAS.....	114
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	117

1 INTRODUÇÃO: CIRCUNSCREVENDO A INVESTIGAÇÃO AVALIATIVA

A luta pela igualdade de direitos das mulheres sempre existiu, mas ela despontou na sociedade brasileira em finais do século XIX, momento em que a mulher, que estava sempre às sombras e restrita ao espaço do lar, foi conquistando espaços dedicados historicamente aos homens, como a arte e a política. Desse modo faz-se necessário realizar uma breve recuperação histórica dessa incansável e diária luta (ASSIS; SANTOS, 2016).

Os direitos das mulheres foram uma conquista tardia na história da humanidade e, de modo especial, no Brasil, com fortes marcas patriarcais a impor o domínio do homem branco e a subalternidade das mulheres, como relata Gilberto Freyre (2003) ser tantas vezes a mulher vítima inerente do domínio ou do abuso do homem; criatura reprimida sexual e socialmente dentro da sombra do pai ou do marido. Cabe lembrar que o direito das mulheres ao voto no território brasileiro se deu apenas em 1932 e ainda com algumas ressalvas, como pertencer a uma classe social específica.

As políticas de saúde no Brasil, especificamente as voltadas para as mulheres, também seguem esse padrão de emergência tardia. Assim, tais políticas têm início apenas no século XX, apresentando ainda um olhar restrito sobre a mulher, limitando as ações de saúde para apenas o período gravídico e puerperal (SOARES; MENDES, 2017).

Com as lutas do movimento feminista em meados da década de 1980, tem-se a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança - PAISMC que trouxe efetivos avanços quanto ao direcionamento das ações de saúde direcionadas para este campo. A PAISMC foi a primeira ação em território nacional que, em suas diretrizes, reconhece a mulher como detentora de direitos sexuais e reprodutivos, ampliando o olhar para o período da adolescência e menopausa, além dos cânceres de mama e útero (idem).

Os movimentos de mulheres representam um marco na publicização de questões que afetam o gênero feminino. De fato, é a partir das mobilizações e lutas

feministas em questões que peculiarizam a inserção sociopolítica das mulheres que vieram a público algumas bandeiras de luta: a sobrecarga de trabalho, decorrente da dupla jornada no espaço laboral e na vida doméstica; as diferenças salariais entre homens e mulheres; as dificuldades quanto à orientação e o acesso à anticoncepção e a reprodução. Estes movimentos de caráter feministas estavam em plena sintonia com o Movimento Sanitário, reforçando a luta pela criação de um sistema universal, de acesso gratuito para todos os cidadãos brasileiros (idem).

Seguindo a própria história política da sociedade brasileira, a promulgação da Constituição Federal de 1988 é uma referência de democratização da política pública. A partir das definições do texto constitucional, deu-se a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, afirmando que todos, sem diferença de raça, gênero, cor, classe social, contribuição ou qualquer outra classificação, teriam acesso ao sistema de saúde como dever do Estado e direito do cidadão (BRASIL, 1988).

O SUS, então, tem uma legislação própria para ser estruturado e para garantir a participação social, respectivamente pelas leis 8080/90 e 8142/90. São nestas leis que têm-se os princípios basilares da política: Universalidade (todos têm acesso à saúde); Integridade (o usuário será atendido como um ser completo que vai além da sua doença); Equidade (priorização do atendimento daqueles indivíduos com uma situação mais agravada, a fim de estabelecer uma igualdade com os demais) e Participação Social (a população tem vez e voz nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde).

No âmbito do SUS, a significar a democratização da saúde pública, a atenção específica à saúde da mulher teve continuidade com a PAISMC e deu-se de forma pontual com outras intervenções, mediante determinados mecanismos e estratégias, como: o Projeto Maternidade Segura, em 1996 - nesse período, o Brasil possuía altas taxas de morte materna e neonatal - e o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal, nos anos 2000 - fundamentado numa assistência humanizada no parto e no puerpério, com o mesmo objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Em 2004, há uma melhoria e a ampliação do PAISM, que então assume uma natureza política, passando a ser a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM. Para além de perspectivas já

existentes na PAISM, o PNAISM amplia o olhar para as questões de gênero, as doenças sexualmente transmissíveis e a violência sexual (GOMES, 2016).

Diante das dificuldades dos municípios em garantir a implementação do SUS, em 2010, emerge uma novidade a partir da portaria 4279/2010, a criação das Redes de Atenção à Saúde e o atendimento regionalizado, enfrentando os limites da municipalização dos serviços de saúde. Nessa sistemática, define-se as 05 Redes prioritárias: Rede Cegonha; Rede de Atenção Psicossocial e Enfrentamento do Álcool, Crack e outras Drogas; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2014).

Afunilando, então, o olhar sobre a Rede Cegonha, cabe destacar a sua criação com a portaria 1459/2011, com base em estudos no território brasileiro que argumentavam haver um número elevado de mortes maternas e neonatais por causas evitáveis. Assim, a Rede Cegonha, como forma de cuidado, tem como principal objetivo assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e o desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

De fato, com a Rede Cegonha verifica-se redefinições no tocante à PNAISM, uma vez que a referida Rede passa a receber grande parte dos recursos destinados ao planejamento reprodutivo, parto e nascimento. Assim, A Rede Cegonha passa a ser a maior estratégia de cuidado em saúde para mulheres em situação de planejamento reprodutivo, pré-natal, trabalho de parto, puerpério e cuidados do bebê recém-nascido até os 02 anos, com capilaridade em todo o território nacional.

Por ser, a Rede Cegonha, uma política com amplitude de ações e enquanto pesquisadora no campo de avaliação de políticas públicas, incido o meu olhar no momento do parir, com foco na superlotação dos leitos neonatais, gerando o fenômeno das Portas Restritas e Fechadas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC. Em verdade, para além do definido na Rede Cegonha, a maternidade restringe ou fecha as portas para acolhimento de mulheres em trabalho de parto em função da lotação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Para melhor compreensão desse fenômeno que instiga o meu olhar avaliativo, cabe uma configuração descritiva, qual seja: quando não há mais leitos oficiais e extraoficiais de UTI neonatal disponíveis na instituição hospitalar, o atendimento na porta de Emergência e Urgência Obstétrica fica disponível apenas às gestantes com idade gestacional menor que 20 semanas e mulheres com outras demandas de atendimento, como ginecologia, mastologia e violência sexual. A restrição atrelada às semanas de gestação deve-se ao fato de que, caso a mulher venha a iniciar o trabalho de parto prematuro, esse será considerado um processo de abortamento, não necessitando de atendimento e internação na UTI neonatal.

Diante da indisponibilidade de leitos de UTI neonatal, o gestor da MEAC toma a decisão de restringir o atendimento na porta da emergência/urgência às mulheres em trabalho de parto ou com possibilidade de iniciar o trabalho de parto. O objetivo desta medida restritiva é garantir aos bebês que já estão internados nos leitos de Terapia Intensiva um atendimento da melhor qualidade possível, a fim de evitar óbitos e complicações.

Tem-se aí uma difícil decisão no âmbito da MEAC, além desses bebês internados na UTI, objetiva-se também dar o suporte de cuidados às mulheres gestantes de alto e médio risco e aos possíveis nascimentos prematuros, visto que na Maternidade Escola, há 76 leitos (Figura 01) de internação disponíveis para mulheres gestantes ou puérperas com obstetrícia de médio e alto risco, podendo essas apresentarem intercorrências clínicas a qualquer momento e conseqüentemente

iniciar o trabalho de parto prematuro mesmo sem a disponibilidade de leitos na UTI neonatal.

Atenção à Gestante de Risco e Alto Risco (Hospital Estadual e Macrorregional)

Nº	UNIDADES HOSPITALARES	Nº LEITOS OBSTETRÍCIA Risco intermediário e alto risco	UTI NEONATAL -TIPO II	UTI ADULTO
1	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	76	21	7
2	Hospital Geral de Fortaleza - HGF	27	30	36
3	Hospital Geral Dr. Cesar Cal's - HGCC	109	20	12
4	Hospital Cura Dar's	46	14	6
5	Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana.	53	10	-
6	Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara	-	07	21
7	Hospital Jose Martiniano de Alencar	19	-	-
8	Hospital e Maternidade Dra Zilda Arns Neumma (Hospital da Mulher)	30	10	10
9	Quixadá- Hospital e Maternidade Jesus Maria José	31	10	-
10	Sobral- Santa Casa de Sobral	35	15	19
11	Sobral- Hospital Regional Norte	47	10	20
12	Juazeiro do Norte- Hosp. Maternidade São Lucas	41	10	-
13	Barbalha - Hosp. Maternidade São Vicente de Paulo	34	10	8
14	Hospital Geral de Brejo Santo	14	-	-
	Total	562	157	129

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2016-2019¹

Interessou-me, nesse trabalho, avaliar o fenômeno da superlotação na Maternidade Escola e toda a trama gestada a partir das portas fechadas e restritas, e as violências decorrentes de tal acontecimento. Nessa avaliação, incido meu olhar nas violências sofridas pelas mulheres e familiares que experienciam a superlotação, a falta de leitos e o perambular nos hospitais de porta em porta.

Ademais, pretendo contemplar, na pesquisa avaliativa, a posição dos profissionais frente a esse fenômeno em seus ambientes de trabalho, demarcando as estratégias e os mecanismos de enfrentamento face às situações limites no dia a dia

¹ Imagem disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/plano_estadual_de_saude_2016_2019_.pdf>. Último acesso em 20 de outubro de 2020.

do profissional na MEAC. Trata-se de situações extremas enfrentadas no cotidiano laboral.

Minha aproximação com o objeto de estudo se deu desde o período de graduação em Serviço Social, mantendo sempre interesse na saúde pública, com realização de estágios e pesquisas na área. Após a graduação, tive também experiências trabalhistas na Atenção de Emergência e Urgência em uma das Unidades de Pronto Atendimento de Fortaleza (UPA). Ao longo dessas vivências, fui construindo questionamentos quanto à universalidade do SUS e à facilidade/dificuldade de acesso do usuário ao sistema público de saúde.

Atualmente, trabalho como Assistente Social na Maternidade Escola Assis Chateaubriand há 05 anos. No meu cotidiano de trabalho, o fenômeno das Portas Fechadas e a Superlotação dos leitos neonatais constitui um fato corriqueiro, principalmente nos últimos 03 anos, com um aumento intensivo da superlotação. Convém registrar que, de início, o fenômeno me trazia um misto de sentimentos: angústia, incapacidade, medo de questionar, estresse e ansiedade. Com o passar do tempo, e, conseqüentemente, com o amadurecimento profissional, comecei a visualizar o evento das portas fechadas ou restritas na MEAC como uma das tantas violências a que estão expostos os segmentos da população mais precarizados.

Ao adentrar no Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará pude deflagrar processos de compreensão e inserção do fenômeno no contexto da questão social. Comecei a ver o meu cotidiano de trabalho, com lentes que me garantiram uma ampliação do olhar, transformando a questão em análise investigativa. A rigor, esta pesquisa tem relevância acadêmica visto que poderemos realizar uma investigação em profundidade para estudar o fenômeno em suas diversas vicissitudes, ampliando e fortalecendo o debate quanto a importância da maior política pública brasileira, o SUS, e em especial a Rede Cegonha.

É interessante indicar que o fenômeno das Portas Fechadas ou Restritas e a Superlotação estão cotidianamente nos telejornais, jornais impressos e notícias na internet, sendo não apenas uma questão individual, institucional ou local, mas uma questão pública que permeia os serviços de saúde do país, estejam ele na atenção primária, secundária ou terciária. Em verdade, essa questão pública atinge os

segmentos mais pauperizados da sociedade que experienciam o perambular de hospital em hospital, envolvendo a mulher, em trabalho de parto, o bebê que está a caminho e a família.

Desse modo, essa análise investigativa tem o objetivo de realizar um estudo em profundidade diante da violação de direitos com o diminuto número de leitos neonatais na cidade de Fortaleza - Ceará, que expõe tais indivíduos na busca por atendimento e não o obtém de forma ágil, adequada e resolutiva.

Assim, sendo o SUS uma das maiores políticas públicas de acesso público do mundo, universal e gratuita à saúde, esse estudo tem grande interesse para sociedade, visto que ele e outras políticas públicas de valor incalculável, como a educação e a assistência social, sofrem diariamente duros golpes quanto ao financiamento e a desvalorização da importância com sistemáticos ataques e valorização do setor privado de serviços.

2 AS PRETENSÕES INVESTIGATIVAS DA PESQUISA: DELINEAMENTOS DO OBJETO NA INVESTIGAÇÃO AVALIATIVA.

A Rede Cegonha é uma das maiores estratégias de cuidado do SUS e veio também como uma das respostas do Governo Federal frente aos compromissos internacionais assumidos pelo país para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, ação coordenada pela Organização das Nações Unidas (ONU), com mais de 150 países participantes. Um dos objetivos principais desta ação internacional é a redução da mortalidade materna e neonatal por causas evitáveis, principalmente, no Norte e no Nordeste do país onde há as maiores taxas (BRASIL, 2011).

Assim, a Rede Cegonha teve como dispositivo a Portaria 1459/2011, dedicando sua atenção ao atendimento das mulheres em pré-natal, trabalho de parto, puérperas e bebês de até 24 meses, além dos cuidados com a reprodução e a anticoncepção. Ademais, encontramos como objetivo a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que essa garanta acesso, acolhimento e resolutividade, além da importância de haver suficiência de leitos obstétricos e neonatais de acordo com as necessidades regionais (BRASIL, 2011).

Além da Portaria 1459/2011 e de outras legislações - como a Lei 8080/90 e a Lei 8069/90 (o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA) que reafirmam o direito ao acesso seguro da mulher gestante parturiente à maternidade - caso a instituição não esteja em condições de cuidado, a mulher deve ser transferida, responsabilmente, para outra instituição que possa realizar o cuidado integral. Contudo, diante disso, há diversas problematizações.

É observado rotineiramente o fenômeno da superlotação nos hospitais brasileiros e, trazendo o objeto de estudo para o campo mais específico das maternidades da cidade de Fortaleza, especialmente a Maternidade Escola Assis Chateaubriand, vos apresento a problemática: A MEAC, diante da falta de leitos disponíveis de UTI Neonatal, realiza ação de restringir o atendimento, não realizando o acolhimento de mulheres em trabalho de parto ou gestantes acima de 20 semanas. A ação de limitar o atendimento na porta de emergência coloca a mulher e a família

em uma difícil tarefa de perambular de maternidade em maternidade em busca de atendimento para realizar o parto e o atendimento seguro, contrariando o direito social e universal à saúde e a cidadania tanto da mulher quanto do bebê gestado. A partir disso, apresento alguns questionamentos que foram base para iniciar esta pesquisa:

- a) No âmbito da Rede Cegonha, como explicar a superlotação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC? Como entender essa trama da superlotação nesta rede de saúde regida pelos princípios da universalidade e integralidade?
- b) Quais as estratégias utilizadas para suplantar a restrição do atendimento na MEAC pelas mulheres e as famílias que buscam a urgência obstétrica e se deparam com o fenômeno da superlotação no processo de parir?
- c) Como os profissionais das diferentes categorias reagem face aos fenômenos das portas fechadas na MEAC? Que tensões são criadas nesta “guerra” das portas fechadas e restritas?
- d) Que violências são vivenciadas por tais mulheres e famílias que experienciam a superlotação, a falta de leitos e a perambulação nas portas hospitalares de urgência obstétrica?

3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA EXIGÊNCIA CONTEMPORÂNEA, UM DESAFIO TEÓRICO-METODOLÓGICO

A avaliação, como construção de conhecimento e análise em política pública, é uma elaboração recente e tem embasamento na heterogeneidade dos olhares tanto advindo do pesquisador quanto do pesquisado, isto é, a diversidade de atores sociais e institucionais e nos contextos em que são implementadas as políticas, entendendo, também, que nenhuma avaliação é neutra (GUSSI; OLIVEIRA, 2016).

Muitos são os olhares diante da avaliação em política pública, visto que os conceitos acompanham as transformações históricas e os fenômenos sociais em que estamos inseridos, assim, a avaliação sofre mudanças e cumpre papéis dinâmicos, respondendo às demandas que lhes são feitas nas mais diversas circunstâncias históricas. A avaliação é complexa e faz referência às ideias, às qualidades, às escolhas, aos valores, aos interesses, aos grupos, às instâncias e, enfim, ao poder (DIAS SOBRINHO, 2004).

Cavalcanti (2006) revela que desde 2000 a.C., na China, já havia interesse do governo vigente em medir a proficiência dos funcionários e dos recursos. Em 1660, na Inglaterra, houve as possíveis protoformas das avaliações de políticas públicas. Estes foram os primeiros estudos empíricos sobre os problemas sociais. Entretanto, apenas no século XIX, foi realizado o primeiro estudo realmente intitulado como avaliação de política pública.

Fazendo esse breve retrospecto, tem-se até a atualidade a hegemonia do paradigma positivista em avaliar as políticas públicas, objetivando fazer uma avaliação que aponta a eficiência e a busca de resultados e metas com mensurações. Não se questiona aqui a importância de estudar tais dados, no entanto, é sabido que eles são restritos quanto ao olhar que deve ser qualificado, multidimensional e interdisciplinar, diante de uma avaliação em políticas públicas, com o propósito de compreender a política não como um processo linear, mas cheio de vicissitudes (RODRIGUES, 2016).

A avaliação de políticas públicas ganhou espaço no mundo inteiro, inicialmente nos Estados Unidos e na Europa, sendo transportada para outras nações

e contextos. No Brasil, nos rumos da Reforma de Estado, a agenda governamental e internacional impôs a avaliação como elemento constitutivo da gestão pública nos contornos dos critérios de eficiência administrativa propostos pela agenda neoliberal, principalmente nas décadas de 1980 e 1990 (GUSSI; OLIVEIRA, 2016).

São diversos os olhares lançados para compreender e realizar a avaliação em políticas públicas, mostrando a heterogeneidade de perspectivas e implicações das interferências históricas durante todo o processo. O paradigma gerencial, isto é, o positivista, ainda é hegemônico no quesito de avaliar políticas públicas e tem como objetivo principal confirmar ou negatar hipóteses já pré-pensadas ou estabelecidas à pesquisa, sendo o avaliador um profissional que testará cada afirmativa. Não há questionamentos ao que está posto, apenas há uma aferição do que pode ser medido e colocado em estatísticas.

Com o passar das décadas e o surgimento da política neoliberal, com o objetivo de diminuir o tamanho do Estado, a partir da década de 1970, o paradigma positivista ganha novo incremento e passa a ser definido como a avaliação de programas com uma investigação sistematizada que utiliza os métodos das ciências sociais para medir os resultados de um programa e compará-los às metas planejadas. Dessa forma, concluir acerca da eficácia, do valor e do êxito daquilo que está sendo avaliado e, assim, facilitar e racionalizar a tomada de decisão quanto à política em destaque. (CAVALCANTI, 2007)

Esse modelo de avaliação é geralmente utilizado pelos grandes órgãos financiadores mundiais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). Dito isso, tais órgãos supranacionais veem neste modelo de pesquisa uma forma para indicar a racionalização ou não de recursos para o desenvolvimento do programa/projeto, através de critérios associados à eficiência e à eficácia e, então, colocar um juízo de valor e mérito. (CAVALCANTI, 2007)

Gussi e Oliveira (2016) alertam que nos últimos anos a avaliação em políticas públicas passou a ser parte integrante da gestão pública para critérios de eficiência administrativa e justificativa se a política em estudo estaria ou não cumprindo seu papel. Tal avaliação tem como principal característica a perspectiva avaliativa dos organismos internacionais que trazem, já nas avaliações pré-moldadas,

critérios anteriormente definidos de eficiência\eficácia\efetividade, parâmetros com um olhar principalmente econômico com o objetivo de mostrar a competência administrativa e seguindo marcos políticos neoliberais.

Tal avaliação imposta por organismos internacionais, então, tem o caráter muito técnico-formal, não possibilitando avaliar as políticas em seu contexto e trajetória histórica. Esse modelo de avaliação vinha atrelado a um pensamento e a uma formatação com pouca possibilidade de mudanças, hoje se mostra ser insuficiente para uma real avaliação de políticas sociais.

A crítica que se faz a esse modelo avaliativo é que ele não dá conta das contradições do Estado, suas possibilidades de construir marcos emancipatórios, rumo à universalização de direitos entre critérios de igualdade e equidade. Assim, avaliar política pública trata-se de um processo de natureza sociopolítica e cultural. É a compreensão reflexiva de uma avaliação mais ampla e abrangente que visa analisar a política pública dentro do padrão de intervenção do Estado e suas contradições, esta é a conhecida avaliação em profundidade. (GUSSI; OLIVEIRA, 2016)

Diante da necessidade de ter novos modelos e métodos para avaliar políticas públicas, há alguns que se destacaram mundialmente, como o modelo Construtivista de Egon Guba e Yvonna Lincon. Esses estudiosos consideram que os limites e os parâmetros da pesquisa são estabelecidos por meio de um processo, indo de encontro aos modelos anteriores de avaliação em que os parâmetros e os limites são estabelecidos, a priori, da pesquisa. Esse modelo tem o objetivo de identificar diferentes visões entre os interessados e responder aos questionamentos que possam vir durante ou depois da coleta de dados. Nele, há três aspectos que são indicados com relação ao objeto de avaliação, que são: as reivindicações, as preocupações e os interessados. Vive-se o processo hermenêutico-dialético. (GUBA; LINCOLN, 2011)

A avaliação responsiva ou construtivista procura obter um consenso entre os grupos de interesse diante das reivindicações e preocupações, sendo a negociação dos casos e as problemáticas uma responsabilidade do grupo e não apenas do pesquisador. Guba e Lincoln (2011) referem que o pesquisador renuncia ao controle sobre o processo para que os grupos de interesses desempenhem funções igualmente definidas em todos os estágios da pesquisa.

Já o paradigma pós-construtivista ou experiencial, modelo indicado por Lejano (2012), refere que avaliar política pública significa ir além da análise do texto formal da política, estimulando a busca do contexto das ações e das experiências dos atores envolvidos nela. Assim, o texto e o contexto se interligam através dos arcos da compreensão e interpretação.

Silveira (2015) revela que nessa forma de avaliação precisamos ter a capacidade de ir além da categorização e do que é puramente formal da política (leis, decretos, relatórios, regras, normas) para conseguir adentrar no contexto que afeta o seu funcionamento, considerando as múltiplas dimensões de experiência e conhecimento dos atores envolvidos na política pública.

Essa é uma forma inovadora de avaliação considerando que, com as análises quantitativas e qualitativas, pode-se alcançar um nível mais profundo de compreensão de questões não resolvidas pelos métodos tradicionais. O argumento central de Lejano é de que os métodos clássicos, com uma lógica linear baseada na afirmação ou refutação dos testes de hipóteses, centrados na mensuração do objeto de estudo, constroem a aprendizagem e o entendimento a um modo predeterminado que impede a compreensão da política na forma como ela realmente ocorre e é vivida, experienciada. (RODRIGUES, 2016)

Já o modelo de avaliação inspirado na avaliação em profundidade de Rodrigues (2016), modelo que será utilizado neste estudo, é uma forma de avaliação diferente da de Raul Lejano. Estes dois modelos não se opõem, ao contrário, se complementam e se interconectam. A diferença da avaliação pensada por Lejano da avaliação pensada por Rodrigues é que na avaliação em profundidade não há necessidade em se elaborar hipóteses, mas considera que inicialmente à pesquisa há alguns pressupostos inferidos, isto é, deduzido.

A metodologia da avaliação em profundidade não segue um padrão ou modelo pronto. Ela constitui uma construção e elaboração processual do pesquisador-avaliador que faz escolhas ao longo do processo avaliativo. Este é o conhecido exercício de reflexão constante através da trajetória, seja ela da própria política pública ou do usuário ou da instituição ou do que seja importante ao estudo avaliativo naquele momento.

Dias Sobrinho (2004) revela que ao voltar-se para programas, instituições e projetos com nítido sentido social e de amplo interesse, ao envolver recursos públicos e ao ser executada por muitas pessoas, especializadas ou não, a avaliação tornou-se declaradamente um fenômeno político, por mais que ideologicamente se queira apresentá-la como exclusivamente técnica. A avaliação em nossos dias é cada vez mais assunto que interessa a toda sociedade, especialmente àquelas comunidades mais preocupadas com seus resultados e efeitos.

Avaliar uma política pública social é estar comprometido em compreender a política em destaque em seus aspectos social, econômico, político, cultural, análise institucional, relações de poder, interesses e valores que a permeiam desde a implantação à sua atual situação. Rodrigues (2008) revela que esta é a chamada avaliação em profundidade.

Na Avaliação em Profundidade, que deve ser extensa, detalhada, densa, ampla e multidimensional, devem ter 4 pontos primordiais pensados por Rodrigues (2011), eixos que são parte integrantes e necessárias à compreensão da política pública social aqui estudada: o Sistema Único de Saúde, e em especial a Rede Cegonha, e o fenômeno das portas fechadas na MEAC em razão da superlotação dos leitos de UTI Neonatal.

O primeiro eixo estudado por Rodrigues é a análise de conteúdo da política ou do programa, ou seja, é a necessidade de compreender quais são seus objetivos, conceitos, ideias, valores e justificção para serem implantados, além da necessidade de realizar uma comparação entre a base conceitual e os objetivos. Este é o momento do exame do material institucional. Durante a leitura deste trabalho será entregue ao leitor todas as legislações, movimentos institucionais e políticos que gestaram a política do SUS, a Política de Atenção à Saúde da Mulher e a Rede Cegonha.

Já no segundo eixo, que se refere à análise do contexto da formulação da política, encontra-se o levantamento dos dados sobre o momento político, econômico e social do pensamento, a implantação política e o fenômeno que se quer destacar. É importante saber que tal contextualização não deve ocorrer em apenas um âmbito, ela deve ser local, regional, estadual, nacional, internacional e até transnacional, se possível. Na temática estudada, trazemos toda a construção do Sistema Único de

Saúde e da Rede Cegonha, as demandas políticas e sociais da população brasileira e os acordos internacionais que influenciaram e influenciam a Rede Cegonha.

O terceiro eixo, a trajetória institucional, compreende como a instituição pesquisada se insere na política pública abordada e como ela consegue implementar a política. Realizando a análise neste estudo acadêmico, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand é trazida com toda sua história e trajetória, instituição pública inserida em um contexto que vai além da cidade de Fortaleza ou do Estado do Ceará. Instituição que está social, econômica e politicamente imersa em um contexto nacional de desregulamentação das políticas públicas.

O quarto e último eixo se refere ao espectro temporal-territorial que é o momento mais avançado da sistematização de ideias e dados, é nele que se tem a manipulação dos instrumentos metodológicos-analíticos com a finalidade de apreender a configuração temporal e territorial, realizando um confronto com os objetivos gerais da política e as especificidades encontradas in lócus. Nesse ponto, é colocada ao leitor toda a gama de estudos relacionados a superlotação das unidades de saúde em todo o país, o estado do Ceará e a cidade de Fortaleza até alcançar à MEAC, sempre à luz dos princípios e diretrizes do SUS e da Rede Cegonha e toda a gama de violências que a superlotação traz aos que procuram atendimento no SUS e não os obtêm, especificamente nas emergências e urgências obstétricas.

Gussi e Oliveira (2016) nos revelam que a avaliação em profundidade possui dupla dimensão: a primeira, analítica e a segunda dimensão, metodológica. A analítica é referente às novas configurações dos padrões contemporâneos de intervenção do Estado, ao jogo de interesses sociais e ao universo cultural. A segunda dimensão refere-se à dimensão metodológica com a capacidade de construir metodologias que dão vazão à primeira dimensão, objetivando a construção de uma análise profunda e clara, necessitando que o pesquisador esteja atento e aberto a mudanças para tratar o objeto em sua multiplicidade de fatores.

Com a apreensão destes 4 tópicos da Avaliação em Profundidade, é possível interpretar os dados, por isso também chamamos o método de pesquisa de interpretativo a fim criar novos dados, apresentar soluções e novidades, além de ter uma visão múltipla e crítica da política em análise. Não que estes achados da pesquisa sejam eternos e nunca mais serão questionados, mas eles expressaram com maior

amplitude e riqueza de dados a avaliação da política em destaque naquele momento histórico.

4 O SUS E A REDE DE SAÚDE NO ATENDIMENTO MATERNO-INFANTIL: TRAJETÓRIA DA POLÍTICA

No esforço de avaliar o acesso das mulheres gestantes à Maternidade Escola Assis Chateaubriand, equipamento público considerado referência no Norte e Nordeste brasileiro e que, nos percursos do SUS, vem sistematicamente fechando ou restringindo suas portas para um segmento expressivo, em função do que vem sendo denominado de superlotação, impõe-se a exigência de resgatar a própria trajetória do SUS no ritmo da história política brasileira.

Interessa-se avaliar em que medida o direito de parir é garantido no âmbito do SUS, como sistema público universal. Como profissional com exercício na MEAC, constato a cada dia, este fenômeno do “fechamento das portas”, a deflagrar a peregrinação de mulheres em busca de garantir o seu direito de parir no sistema público de saúde.

Na perspectiva de desenvolver uma avaliação em profundidade deste fenômeno, impõe-se, como exigência fundamental, resgatar a própria trajetória do SUS com foco específico no programa Rede Cegonha, avaliando o direito das mulheres gestantes de parir no sistema de saúde público.

4.1 O SUS no ritmo da história: inflexões nos percursos de implementação da política materno-infantil

O direito à saúde para todos foi consagrado mundialmente pela primeira vez na Declaração de Direitos Humanos, em 1948. Após isso, o conceito de saúde ampliou-se e foi estendido seu significado para referir-se a um padrão de vida capaz de assegurar, para si e para sua família, o bem-estar, isso ocorreu mais recentemente na Declaração de Alma-Ata e é, também, reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, contudo, apenas a Constituição Federal de 1988 - CF 88 - foi que assegurou ao cidadão a saúde como direito universal através do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo o Estado o responsável em assegurar tais políticas públicas. (CORVINO, 2017)

O SUS foi resultado de lutas sociais e de um movimento nacional conhecido como Reforma Sanitária que teve início na década de 1970, desaguando na democratização da saúde com a Lei 8080/90. Foi a partir da CF 88 que conceitos como universalidade, igualdade, equidade e participação social começaram a nortear as políticas públicas, visto que anteriormente ao SUS, para ter acesso ao atendimento de saúde, o cidadão deveria estar inserido no mercado de trabalho formal ou procurar instituições de filantropia e caridade.

Historicamente, a atuação estatal na saúde se dá de maneira muito incipiente, limitada e precária até o início dos regimes autoritários ainda no século XX. Quando esses regimes procuravam mostrar atuação à população suprimida de liberdade, as ações nada mais eram do que uma forma de amenizar os efeitos da repressão instituída pela Ditadura Militar a partir de 1964.

O Estado, até a década de 1960, atuava em dois eixos principais: a) na saúde pública - campanhas sanitárias eram desenvolvidas para atingir requisitos internacionais sanitários mínimos e combater doenças, visto que o Brasil tem histórico econômico de grande exportador de matérias-primas; e b) na medicina previdenciária com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) e os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) que levaram a um crescimento do modelo médico-assistencial privatista. Assim, a ideia de assistência à saúde nasce atrelada com a de Previdência Social. (MENDES, 1995)

As primeiras CAPs foram criadas especificamente em 1923 com a Lei Elói Chaves, e os IAPs, em 1933, sob orientação economizadora de gastos. Essas organizações criadas a partir de 1923 são restritas a alguns setores de trabalho que tinham, principalmente, relação com o mercado internacional. Era do interesse do governo que os setores de trabalho mais importantes à economia agroexportadora tivessem relativa "paz" em relação aos movimentos trabalhistas. (MENDES, 1995)

As políticas de saúde tinham neste período o objetivo de propiciar a manutenção e a recuperação da força de trabalho que eram necessárias ao capitalismo nascente, não sendo ela visualizada como um direito, mas como um favor do Estado para a população (CORVINO, 2017). Ou seja, cada trabalhador contribui individualmente na sua categoria de trabalho para se proteger frente às intempéries da vida e para uma possível aposentadoria no futuro.

A instauração da Ditadura Militar, no período de 1964 a 1985, ocorreu por conta do medo da ebulição social e da luta por reformas de base que tornassem o país mais inclusivo e igualitário. Houve, então, a acusação de que o populismo estava se aproximando ao comunismo, mobilizando as Forças Armadas ao seu “papel constitucional” aliado aos setores conservadores da sociedade (SOUZA, 2017). Ocorreu, assim, um período de agravamento das desigualdades e suspensão dos direitos civis com o Golpe Militar.

Os IAPs, na Ditadura Militar, são unificados como uma forma de centralizar nas mãos do governo o poder e deixar a sociedade fora das discussões e do controle de gastos. Foi criado, conseqüentemente, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, sendo ainda uma forma de atenção à saúde focada no atendimento hospitalar e restritivo ou a quem estava inserido no mercado de trabalho formal ou a quem poderia pagar por serviços particulares.

Mendes (1995) nos informa que há o privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista, privatista e especializada em detrimento da saúde pública. Não há, entretanto, uma preocupação com a saúde da população em geral. A atenção à saúde estava concentrada na cura de doenças sem uma atenção para a criação de ações preventivas. Assim, fica notório que a assistência e os cuidados à saúde estavam voltadas principalmente para a mão de obra trabalhadora formal e seus beneficiados.

Nesse momento histórico, há elevados gastos com a saúde sem, entretanto, serem direcionados tais recursos para o incremento de instituições públicas, mas influenciando e financiando iniciativas privadas de assistência hospitalar. Este é o chamado “processo de capitalização das empresas médicas”, fomentando também a criação e fortalecimento dos planos de saúde (CORVINO, 2017). É importante observar que esses recursos vinham dos cofres públicos da Previdência Social que fortaleciam serviços de terceirização do atendimento médico e estavam baseados nos procedimentos clínicos individuais, não na construção de uma saúde com olhar ampliado e integral.

O acesso à saúde, mesmo com elevados gastos do Governo, era restrito. Em 1974, é criado o Plano de Pronto Ação. O plano universaliza o atendimento nas urgências para quem dela necessita e mesmo as urgências sendo garantidas a todos

os indivíduos, ainda existia o caráter discriminatório quanto aos contribuintes e não contribuintes rural e/ou urbano. (MENDES, 1995)

Na década de 1960, o sanitarismo desenvolvimentista nasceu, mas foi apenas no decênio seguinte que o processo de Reforma Sanitária ganhou força e teve como principais objetivos: a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde; a defesa da saúde coletiva; a equidade na oferta dos serviços; o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado; além da transformação do regime autoritário que impedia a democratização. O Movimento de Reforma Sanitária, assim, é uma das forças da sociedade que trabalha para a construção de um sistema de saúde público. (BRASIL, 2005)

Para a Organização Pan-Americana, citada por Villaça (2001), a Reforma Sanitária constitui um processo orientado a introduzir mudanças e funções do setor com o propósito de aumentar a equidade na prestação de serviços, a eficiência na gestão e a efetividade nas suas ações para obter a satisfação das necessidades de saúde à população. Assim, é uma fase intensificada de transformação.

O Movimento de Reforma Sanitária brasileiro tem início nas Universidades, no movimento de trabalhadores da saúde, e seu ápice aconteceu em 1986, em Brasília, na VIII Conferência Nacional de Saúde. Seus principais objetivos eram a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e a elaboração de uma nova Constituição Federal - que só iria ocorrer em 1988 ainda com algumas perdas, segundo o que foi idealizado pelo movimento e as ações populares.

É importante registrar que a própria saída do Brasil da Ditadura Militar não ocorreu com grandes transformações, ela se deu novamente por um rearranjo político, onde se queria impedir que intervenções federais de longo e real impacto fossem instituídas. Assim, o conluio com os militares foi desfeito quando houve a proposta de um projeto nacional de desenvolvimento - finalidade que não era interessante à elite do dinheiro. Dá-se início a um bombardeio ideológico e político ao projeto nacional e ao próprio Golpe de 1964 e é neste momento que o movimento das Diretas Já ganha relevância na mídia, levando o Brasil a uma abertura gradual da política, sem reais mudanças ou rupturas sociais. (SOUZA, 2017)

Em 1988, após mudanças econômicas, políticas, tanto nacionais quanto internacionais, foi promulgada a nova Constituição Federal e nela foi legislada a Seguridade Social (previdência social, saúde e assistência social) e, assim, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde, segundo a Carta Magna, é resultado de fatores sociais e econômicos, sendo dever do Estado e direito de todo o cidadão, garantido pelo artigo 196 da Constituição Federal. O SUS, então, é uma nova forma política e organizacional, sendo considerado um dos maiores programas públicos de saúde do mundo, apresentando papel imensurável como política pública e social universalizante.

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central de que todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do mérito de pagar previdência social nem de provar condição de pobreza, nem do poder aquisitivo, muito menos da caridade. Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminação ou privilégios. (PAIM, 2009)

Segundo a lei 8080/90, as principais diretrizes e princípios do SUS são: descentralização (distribuição e responsabilidade dos serviços em cada esfera do poder); universalidade (todos têm direito ao atendimento de saúde com qualidade); atendimento integral (os serviços visam atender o usuário de maneira completa, dando prioridade aos serviços de prevenção, sem prejuízo das outras esferas de atenção); participação da comunidade (a população tem vez e voz nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, ainda lhes sendo respeitadas suas culturas e necessidades junto à atenção); igualdade (atender a todos, sem qualquer distinção) e equidade (atendimento diferenciado àqueles que apresente maior vulnerabilidade para que se alcance a igualdade). (BRASIL, 1990)

Com essas características e finalidades, o SUS, desde sua implantação, sofre diversas influências da política neoliberalizante que já estava a plenos pulmões e ganha força no mundo inteiro, desde fins da década de 1970, principalmente nas décadas de 1980 e 1990, apresentando falhas e dificuldades para sua implementação e garantia ao que se propôs.

Nesse contexto de redemocratização, mesmo com a ampliação de alguns direitos que a garantiria, o poder recém-conquistado começa a ser bombardeado com

crescentes cortes de gastos e fortalecidos pelo discurso neoliberal. Dessa forma, surgem as discussões de dois projetos de SUS: a) o idealizado pela Reforma Sanitária; b) e o pretendido pelo projeto de saúde privatista, porém, entre os dois projetos, temos um SUS possível. (CORVINO, 2017)

Em 1988, houve a promulgação da atual constituição, a Constituição Cidadã, mas ela e a democracia política recém-conquistadas não conseguiram dar resolutividade a problemáticas históricas e vergonhosas do nosso país como o desemprego, a desigualdade social e o acesso a serviços básicos. Assim, apesar de a cidadania ser garantida na forma da lei, é visto que ela se dá de forma incompleta e parcial para boa parte dos brasileiros, principalmente no que se refere a serviços básicos para obtenção da qualidade de vida e do próprio sustento, fato que tende a piorar com o cenário econômico e político que estamos inseridos.

Essa política neoliberal, segundo Miotto, Campos e Lima (2006), tem como principais características os cortes nos gastos públicos, o estímulo do setor privado através da ampliação de suas ações e do apoio às iniciativas e aos voluntários. Retoma-se a ideia de Estado Mínimo, no qual o indivíduo deve ser seu maior provedor e o Estado arcar com atividades mínimas como segurança pública e propriedade privada.

A combinação de crise orgânica do Estado com universalização dos direitos à saúde, ou seja, a instituição de princípios generosos, mas destituídos de base material para concretizá-los por inteiro, levou a uma forma singular de universalização dos serviços de saúde no Brasil denominada de universalização excludente - combinou-se a inclusão por baixo e a exclusão por cima. Assim, conserva-se no país um sistema segmentado com três formas de cuidado à saúde: o Sistema Único de Saúde, o Sistema de Desembolso Direto (sistema privado de saúde) e o Sistema de Atenção Médica Suplementar (planos de saúde), criando uma eterna tensão de interesses. (CORVINO, 2017)

Enfim, o SUS logo em sua criação passou pelo processo de descentralização e municipalização, o que não garante a efetivação e o sucesso dos programas de saúde. Há que se perceber que o compromisso de assegurar o acesso universal à saúde de qualidade é um desafio que é enfrentado diariamente em todas as instituições vinculadas ao Sistema Único de Saúde. (CORVINO, 2017)

Desde 2010, passamos por um processo de Regionalização tendo como principal objetivo fornecer os serviços essenciais à população com parcerias e acordos de vários municípios, o Estado e a União. Entretanto, a problemática da não universalização real dos serviços do SUS tem fundamento e talvez o maior agravante seja o sub-financiamento. Por mais que se criem estratégias, legislações e impostos para aglomerar recursos para o Sistema Público de Saúde, nada garante que a União retire parcela dos gastos para manter a previsão ou o pagamento de outras despesas. (CORVINO, 2017)

É visível e notório que o sistema de serviços de saúde brasileiro vêm sendo construído no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais, tendo como pano de fundo as demandas macroeconômicas e o sistema de valores hegemônicos em cada período de tempo (MENDES, 2001). Esses são alguns dos dilemas do SUS: além da redução de ações do Estado e diminuição dos recursos, há o conflito de interesses no quesito do acesso aos direitos. Aliado a essa discussão, existem ainda os usuários dos serviços de saúde que ficam à mercê de bater de porta em porta das unidades de saúde em busca da resolução de sua necessidade.

Paim (2009) é muito claro quando afirma que não bastam as normas e as retóricas, necessita-se de compromisso político e administrativo e, sobretudo, meios para garantir o direito à Saúde. A luta pelo direito à saúde passa necessariamente pela reorientação das políticas públicas econômicas e sociais que favoreçam a redução das desigualdades, a cidadania plena, a qualidade de vida e a democracia.

Construir, portanto, a saúde - um direito de todos e dever do Estado - obriga-nos a enfrentar questões tais como a de a população buscar a utilização dos serviços públicos de saúde, tendo por referência a proximidade e a garantia de atendimento, evitando a peregrinação dos usuários. (COHN; NUNES; JACOBI; KARSCH, 1991)

Em 2016, momento histórico em que ocorria o processo de ascensão social dos mais pobres e ele era real, trazendo uma relativa melhoria na qualidade de vida, tem-se em nosso país, o chamado “golpeachment”, nas formulações por Jessé de Souza (2017). Nesse momento não longínquo, o Brasil estava em um governo escolhido democraticamente e que tinha em seu projeto de país algumas ações e políticas para àqueles que foram esquecidos ou deixados de lado por séculos. Não

que fosse instituído um novo modelo de produção no Brasil, mas apenas uma mínima parte do que era produzido e lucrado estava sendo destinado a esta imensa parcela da população.

O fato de haver políticas públicas endereçadas aos mais pobres - ações essas que estavam ocorrendo há três mandatos presidenciais consecutivos - não era mais interessante à elite do dinheiro, realizando, então, manobras políticas e judiciais, de cunho moralizante e até religioso, para a retirada da Presidenta que ali estava. Começam, então, diversas intervenções legislativas para precarizar as já frágeis políticas públicas, como o que ocorreu com a Emenda Constitucional 95/2016 (SOUZA, 2017). A Emenda Constitucional foi utilizada para alterar as Disposições Constitucionais quanto ao financiamento da Seguridade Social. No período anterior à EC 95/2016, a receita líquida gasta pela União com o Sistema Único de Saúde deveria ter aumentado a contribuição em 15%. Assim, os gastos poderiam, em tese, contemplar as mudanças no perfil demográfico da região e no perfil epidemiológico da população a ser coberta, além das características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área e do ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. (BRASIL, 1990)

O SUS, que deveria ser universal e gratuito, vem se transformando num sistema perverso para pobres, aliado a todas as dificuldades que tal segmentação traz e a difícil reversão da situação. A emenda aprovada em 16 dezembro de 2016 estará controlando os gastos públicos para as principais políticas públicas, como a saúde, a educação e a assistência social, com um teto, pelos próximos 20 anos. Ainda não foi completamente digerida e entendida pela população brasileira suas reais consequências, especialmente para aqueles que não fazem parte da elite econômica.

Mariano (2017) revela que a Emenda Constitucional 95/2016, com o teto de gastos federais, não leva em consideração as taxas de crescimento econômico e demográfico, visto que o recurso previsto será o gasto do ano anterior adicionado a inflação, assim, não permite o crescimento das despesas totais e reais do governo, o que impedirá os investimentos necessários à manutenção e a expansão dos serviços públicos, pondo em risco a incorporação de tecnologias, contratação de pessoal, além do sucateamento das políticas sociais, principalmente a saúde e a educação. Aliado

a isso, coloca os Estados e Municípios sob mais responsabilidades quanto aos orçamentos e despesas sem os devidos repasses reajustados.

A Emenda Constitucional 95/2016 suspende o projeto erguido pela CF 88, visto que ela fortalece aspectos da antidemocrática econômica e retira do dinheiro público reservas para garantir o pagamento da dívida pública, que é o conhecido superávit primário. Logo, a emenda é uma medida de ajuste fiscal que atende a lógica imposta pelo consenso neoliberal para nações subdesenvolvidas ou em desenvolvimento, restringindo o investimento público e deixando mais longínqua a estrada para um real Estado de Bem-Estar Social brasileiro e, conseqüentemente, uma futura melhoria da qualidade de vida para todos. (MARIANO, 2017)

Souza (2017) indica que a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 foi parte da trama da elite do dinheiro para garantir o pagamento da dívida pública à classe dos sonegadores, sendo um assalto ao bolso coletivo, com o dinheiro pago pelos pobres. Este é o melhor exemplo de que o golpe de 2016 foi feito por essa classe para atender seus interesses mais venais e indefensáveis.

Diante desta e de outras reformulações e intervenções de cortes de gastos, vive-se um momento de forte ataque às políticas públicas brasileiras em que o mais novo alvo é a Previdência Social, onde há o objetivo de retirar dela o caráter coletivo e compulsório para se tornar individual e particular, negando o direito a uma futura aposentadoria ou benefício social aos mais pobres e trabalhadores rurais. O real motivo é o fortalecimento e o enriquecimento dos bancos com a ampliação dos fundos de previdência privada e demais planos de caráter individual.

4.2 O atendimento da mulher em processo de parir na dimensão da rede

No contexto mundial, a conquista dos direitos das mulheres ocorreu tardiamente às discussões dos direitos dos cidadãos e dos direitos humanos (COELHO, 2017). No Brasil, não foi diferente, já que a mulher era considerada, perante a legislatura, um ser submisso e sem autonomia, tendo o direito de escolher seus governantes apenas em 1932.

No que se refere à atenção à saúde especializada, apenas em 1975 foi que programas especiais foram criados, dentre eles os programas de atenção materno infantil. Essa atenção materno infantil possuía uma visão parcial da mulher, limitando o cuidado ao período gestacional, puerperal e climatério, deixando de lado temas como sexualidade e planejamento familiar. (COELHO, 2017)

Hoje, a saúde da mulher conta com programas mais amplos, resultado de lutas e conquistas durante o passar dos anos, como por exemplo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, criada em 2004, com força de uma política nacional. No entanto, atualmente, com o resultado do ataque intensivo aos princípios e as diretrizes do SUS, no âmbito do Brasil, gestado com o sucateamento do que é público, tal política sofre com a falta de recursos e enfrenta a limitação para sua real implementação. (COELHO, 2017)

Com a instituição das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS), muitas foram as estratégias para melhoria, não só da atenção do parto, mas de um cuidado geral com a saúde, além da proposta da política de Humanização. De fato, muitos foram os ganhos, mas nenhuma conseguiu dar resolutividade à fragmentação dos serviços de saúde nos municípios e real integração das unidades.

Em 2010, ao fim do Governo Lula, tem-se a criação das Redes de Atenção à Saúde, sob a portaria 4279/2010. Esta nova forma de organização do SUS tem como objetivo superar a fragmentação da atenção e da gestão da saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência, diante da intensa pulverização dos programas e projetos nos municípios brasileiros. (BRASIL, 2010)

Assim, no início do Governo Dilma, tem-se o Decreto 7508/2011 que foi a única regulamentação da Lei 8080/90. Esse foi um marco histórico na política de saúde, dispondo sobre a forma de organização e a articulação interfederativa quanto aos compromissos de cada um dos entes, além da criação das redes de cuidado prioritárias que são: a Rede Cegonha; a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; a Rede de Atenção Psicossocial e enfrentamento do Álcool, Crack, e

outras Drogas; a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (BRASIL, 2014)

Assim, o Decreto 7508/2011 requalifica a regionalização, as regiões e as redes de saúde, para onde os recursos serão destinados, não na base dos procedimentos clínicos realizados, mas tendo como fundamento metas e avaliações quantitativas e qualitativas destas e os resultados pré-definidos nos contratos fixados. (BRASIL, 2011)

Voltando o olhar para a Rede Cegonha, ela foi criada sob o decreto 1459/2011 com o objetivo de qualificar o atendimento das mulheres e bebês de até 02 anos de vida, reduzir a mortalidade materna e neonatal e adicionados a necessidade de dar atenção ao cuidado reprodutivo da mulher. Além da gestão do cuidado, a proposta da Rede Cegonha visa estruturar a gestão do sistema, em níveis de assistência regionalizados e hierarquizados, com garantia de vaga a partir do início do pré-natal, com uma diversidade de pontos de atenção, com efetividade da regulação e com o ordenamento do sistema (UFSC, 2017). A Rede Cegonha tem, então, como um de seus principais objetivos organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade, além da suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais (BRASIL, 2011).

Muitos são os autores que estudam a Rede Cegonha, alguns indicam que ela surge com a intenção de ampliar e garantir o direito da mulher e do bebê ao parto seguro, outros revelam que a rede citada retoma e fortalece a visão de saúde da mulher apenas como gestante e mãe, pecando em relação a amplitude de cuidados comparadas aos programas anteriores.

Começa, com a Rede Cegonha, uma readequação das maternidades e da oferta de serviços e ampliação do cadastro e implantação de leitos neonatais. Coelho (2017) revela que partindo da premissa “parto é urgência prevista”, intensifica-se a orientação de que mulheres e recém-nascidos não podem ser recusados nos serviços e peregrinar em busca da assistência, sendo dever do Estado garantir as condições mínimas de acesso e cuidado.

São objetivos da Rede Cegonha: a) fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; b) organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e c) reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. É necessário destacar que é interesse da política a garantia do acolhimento com a avaliação e a classificação de risco e de vulnerabilidade, a suficiência de leitos obstétricos e neonatais e a ampliação do acesso e garantia de vinculação da gestante à unidade de referência com a implantação do modelo “Vaga Sempre”. (BRASIL, 2011)

Há, assim, uma maior atenção do Ministério da Saúde para que haja a consolidação da perspectiva de rede, sendo a atenção à mulher e ao bebê uma das prioridades para além de estar inserida em outras frentes de cuidado no SUS, como a Política Nacional de Atenção às Emergências e Urgências.

Não menos relevante, é necessário observar que a proteção social ao bebê acontece antes mesmo de seu nascimento, ainda na gestação, como cita o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). De acordo com a legislação, é assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e o atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. Além das garantias citadas perante a lei, à gestante também é vinculada, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento onde será realizado o parto, garantido o direito de escolha da mulher. (BRASIL, 1990)

Ainda hoje, de acordo com Paim (2009), algumas mulheres vivenciam situações que são inaceitáveis, como a falta de serviços realmente integrados no SUS, situação esta que joga aos usuários a responsabilidade de buscar em outras instituições os serviços que necessitam. Outro ponto, é a falta de garantia às mulheres de terem uma referência segura e efetiva do local onde vão dar à luz.

A peregrinação da gestante é um fato corriqueiro nos serviços de saúde. Em situação de urgência obstétrica e de gestação de risco, o tempo de deslocamento até a maternidade pode aumentar o risco de morte neonatal e materna (SOARES *et*

al., 2015), podendo trazer sequelas tanto para o bebê que está a caminho quanto para a gestante, necessitando haver a garantia do acesso.

Entende-se por acesso a base concreta para a viabilização do princípio da articulação funcional que sustenta a concepção da hierarquização da demanda pelos serviços de saúde, articulados com a regionalização, a descentralização e a acessibilidade do usuário ao serviço, isto é, a capacidade do usuário de ter o ingresso aos serviços de saúde que necessita, com facilidade e próximo à sua residência desde o mais simples até o mais tecnológico, com qualidade, agilidade e resolutividade. (COHN *et al.*, 1991)

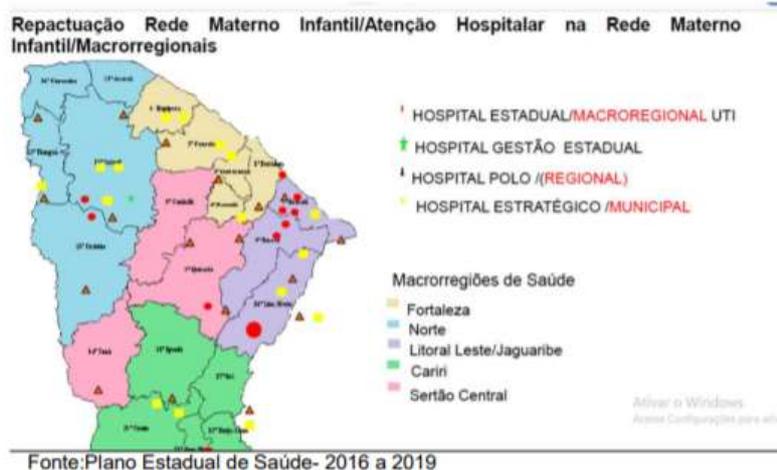
A criação das Redes de Saúde têm, assim, o objetivo principal de tecer uma inter-relação entre a União, os Estados e os Municípios para que os três entes federativos dividam o compromisso de realizar o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, evitando a sobreposição de programas, serviços e ações. Tais compromissos são assumidos nas Comissões Intergestoras e têm por principais características um território adscrito, a população usuária e o rol de serviços ofertados. O real objetivo, então, é oferecer todos os serviços essenciais do SUS em uma mesma região, evitando a saída da população de seu território para outros locais e também a superutilização de instituições de saúde em outras regiões, causando superlotação e inviabilização do atendimento. (BRASIL, 2011)

Dentre os objetivos da Programação de Saúde Federal 2016-2019, está a ampliação da Rede Cegonha, tendo mais especificamente 3 objetivos ligados às maternidades de alto risco e aos cuidados específicos, são eles: a) habilitar 140 novos serviços como Maternidade de Referência para a Atenção à Gestação de Alto Risco; b) adequar a ambiência de 120 maternidades (reforma e aquisição de equipamentos) para a atenção humanizada ao parto e ao nascimento; e c) implantar 20 novas Casas de Gestante, Bebê e Puérpera – CGBP. (BRASIL, 2018)

No Estado do Ceará, houve algumas melhorias, como a implantação da Primeira Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) que dá suporte à MEAC com cuidados e atenção às mulheres e bebês de outras cidades que estão com recém-nascidos internados nas UTIs ou necessitam de algum tratamento que seus municípios não disponibilizam. No entanto, cabe informar aqui que há reformas físicas

que ocorreram e que ainda estão em prosseguimento na instituição analisada, a MEAC, como a construção de uma nova emergência, a construção de novas unidades de neonatologia, a ampliação da Unidade de Cuidados Intermediários Canguru, a reforma da fachada, a adequação das enfermarias e a construção do novo banco de leite humano na instituição - as duas primeiras reformas e ampliações citadas estão, no momento, paradas há pelo menos três anos.

O Ceará está regionalmente dividido em 5 Macrorregiões² (Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão-Central e Jaguaribe) e 22 Regiões. Segundo o Plano Estadual de Saúde 2016-2019 (Figura 02), há um número de leitos muito aquém do necessário. As Redes Prioritárias de atenção à saúde em todo nosso Estado são: Rede Cegonha, denominada de Materno Infantil; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial e enfrentamento do Álcool, Crack e outras Drogas; Rede de Atenção à Saúde Bucal; Rede de Atenção às Condições Crônicas: câncer e cardiovascular; e Rede de Atenção Oftalmológica. (CEARÁ 2016)



Sobre a Rede Cegonha ou Materno-Infantil, em 2012, foram criadas 17 redes de Cuidado Materno Infantil no Estado do Ceará, entretanto, em 2015, nelas ainda não havia o componente hospitalar terciário, componente no qual estão presentes as Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tendo, portanto, que redistribuir essas redes nas 5 macrorregiões. A mudança no redimensionamento das regiões em

²Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/plano_estadual_de_saude_2016_2019_.pdf>. Último acesso em 22 de outubro de 2020.

saúde macrorregional tem por finalidade articular e integrar os equipamentos de saúde com objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários do SUS, de forma ágil e oportuna. (CEARÁ, 2016)

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria³, região Ceará, o Estado conta com um déficit de 258 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, considerada a situação crítica. Esta situação é sabida desde 2006 pelo Ministério Público, período no qual a Justiça Federal notificou e convocou União, Estado e Município para darem respostas e resolutividade à problemática, entretanto, poucas mudanças foram realizadas até hoje.

A Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil no Ceará enfrenta, por fim, imenso desafio, o de ampliar a rede de atenção quanto a sua estrutura, buscando suprir a insuficiência de leitos neonatais, o financiamento de obras e equipamentos e o apoio ao custeio e a qualificação de novos leitos. (Ceará, 2016)

Com a progressiva saída do Governo Federal na participação dos gastos, com a Emenda Constitucional 95/2016, passa a ficar cada vez mais a cargo dos Estados e Municípios o compromisso de financiar as políticas públicas como de saúde e educação, permanecendo no meio desta confusão fiscal a mulher e o bebê a mercê das superlotações.

³ Reportagem disponível no endereço eletrônico: <<https://www.opovo.com.br/noticias/fortaleza/2018/04/ministerio-publico-cobra-novos-leitos-no-ceara-meac-enfrenta-superlot.html>>. Último acesso em: 25 de novembro de 2020.

5 SUPERLOTAÇÃO NA MEAC NA ÓTICA DA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: O DESENHO METODOLÓGICO

A Pesquisa de Avaliação em Profundidade de Rodrigues (2008) foi a matriz norteadora dos estudos. Essa matriz coloca a exigência de trabalhar quatro eixos essenciais: a análise de conteúdo, a análise de contexto, a trajetória institucional e a análise temporal territorial. Durante o estudo, se fez necessário uma análise não só da política pública da Rede Cegonha e do SUS, mas dos contextos político, econômico e social vivenciados pelo país ao longo das últimas quatro décadas.

É indispensável levar em consideração que a política de saúde sofre interferência direta de todos os âmbitos da sociedade, desde os hábitos da população que se modificam com o tempo até as metamorfoses políticas e econômicas que influenciam em seu financiamento.

Na construção do desenho metodológico, três eixos foram analisados nesta pesquisa avaliativa, são eles: a) a análise de contexto; b) a análise de conteúdo; e c) a trajetória institucional. A análise de contexto é realizada quando há um estudo sobre a história e a construção do SUS e da Rede Cegonha, seus objetivos, programas e finalidades, partindo da ideia de que o Sistema Único de Saúde sofre influência de todos os âmbitos da sociedade brasileira, principalmente, sociais e econômicos. A análise de conteúdo ocorre quando há na pesquisa avaliativa uma análise do momento político, econômico e social da política em destaque que são o SUS, a Rede Cegonha e o fenômeno do fechamento e da restrição no atendimento de emergência e urgência obstétrica e ginecológica na Maternidade. E por último, em relação à trajetória institucional, é analisado em profundidade o SUS a nível nacional, estadual e a história do local da pesquisa, suas repercussões diante das mudanças do sistema público de saúde e da Rede Cegonha, adicionados às estratégias para o atendimento à população e à mulher parturiente.

Para efetivar todos esses eixos, foi necessário desenvolver a Pesquisa Social de natureza qualitativa. Esta pesquisa se compreendeu em três tipos de análises que se inter-relacionam para compreender a realidade, são elas: a) a pesquisa bibliográfica; b) a pesquisa documental; e c) o trabalho de campo. A

pesquisa bibliográfica se utilizou de autores que estudam o SUS, a Rede Cegonha e o contexto brasileiro a fundo, como Paulo Buss (2006), Clair Coelho (2017), Juliana Corvino (2013), Cristina Laurell (1997), Mario Martinelly (2009), Eugenio Vilaça (1995), Jarnilson Paim (2009), Jessé Sousa (2017) e Sonia Teixeira (2014).

A pesquisa documental se deu através da análise dos relatórios institucionais, tanto da Instituição lócus de pesquisa, a MEAC, quanto do setor específico - a Emergência/Urgência ginecológica. Já o trabalho de campo desta pesquisa avaliativa merece especial atenção, visto que foi feito durante a pandemia e necessitou de adaptações. De início, para a realização do trabalho de campo em proposta, havia se pensado em uma formatação para pôr em prática a pesquisa, entretanto, pelo fato de a análise de campo ter ocorrido em meio à Pandemia de Covid-19, teve que ser reformulada, respeitando as orientações do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará⁴. Quanto a realização da pesquisa nas instituições hospitalares, como no caso da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e do Hospital Universitário Walter Cantídio, de fato, o Ofício Circular SEI N° 3/2020/SUPRIN/CH-UFC-EBSERH suspendeu essas pesquisas de campo para evitar entrevistas pessoais que pudessem expor pacientes, trabalhadores e o pesquisador a uma possível infecção ao Covid 19.

É importante salientar que a Maternidade Escola Assis Chateaubriand não foi um dos hospitais referência para o tratamento da Covid-19 no Estado do Ceará. No entanto, por fazer parte da Rede SUS, recebeu pacientes com suspeita e/ ou confirmação da doença para acompanhamento e tratamento, principalmente, mulheres gestantes ou puérperas, parte do seu principal público-alvo de atendimento, mesmo sem a existência da pandemia.

Assim, a atual pesquisa teve que ser remodelada ao então cenário pandêmico mundial. Um dos instrumentos de coleta de dados foi a análise dos relatórios de gestão da MEAC, principalmente os relativos aos atendimentos na unidade de emergência e urgência. Além disso, foram realizadas entrevistas semi-

⁴ Ofício-Circular - SEI nº 3/2020/SUPRIN/CH-UFC-EBSERH disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huol-ufrn/saude/coronavirus-covid-19/oficios-e-comunicados>> Último acesso em 23 de setembro de 2020.

estruturadas entre os dias 05 de junho de 2020 a 31 de agosto de 2020, via telefone, com o uso de gravador. Todos os que participaram foram convidados previamente e pessoalmente, aqueles com quem a pesquisadora não conseguiu encontrar pessoalmente, o convite aconteceu ou por ligação telefônica ou por e-mail, e foi agendado o melhor dia e horário para o sujeito participar da pesquisa.

No dia e horário previamente agendados, a pesquisadora realizou a ligação telefônica com o suporte de um gravador de áudio e um gravador de ligações no próprio celular gravou as entrevistas. Para todos os entrevistados foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e enviado via WhatsApp uma cópia do termo, garantindo aos participantes total sigilo das informações e segurança de que apenas a pesquisadora e a orientadora teriam acesso aos dados integrais. Dentro dessa dinâmica, o trabalho de campo ficou restrito aos trabalhadores da emergência e aos gestores da instituição.

Em relação aos trabalhadores, foram escolhidos profissionais das categorias que atendem na emergência obstétrica, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, maqueiros, porteiros, seguranças e recepcionistas. Por plantão, são em torno de 14 profissionais que compõem a equipe mínima na Emergência e que estão diuturnamente na MEAC. Há, ainda, a categoria da psicologia que trabalha no período das 7 da manhã às 19 horas - período do dia. No entanto, para respeitar os critérios do público da pesquisa, foram coletadas entrevistas apenas do grupo que permanece em período integral na MEAC.

O número de entrevistas com os profissionais respeitou os critérios de inclusão, para compor foram os seguintes: estar trabalhando na Maternidade Escola, seja qual for o vínculo empregatício, não havendo restrição de idade e nem restrição de tempo inserido no setor da Emergência e ser da categoria que trabalha diuturnamente na unidade de emergência. O critério de exclusão foi o profissional não trabalhar na unidade de emergência e urgência e não permanecer nas 24 horas diárias.

Para a inclusão da categoria dos gestores, no âmbito da pesquisa, foi determinado como critério que deveriam gerenciar espaços que estão diretamente atrelados ao setor da Emergência, como coordenadores clínicos e de enfermagem. A Direção Clínica da MEAC também foi incluída e, por ter este grupo de pesquisa um

número mais restrito - apenas três - todos foram convidados a participar, porém, um deles, ao ser convidado, declarou que não era público de pesquisa, não quis participar e teve o desejo prontamente atendido.

A pesquisadora convidou verbalmente inúmeros profissionais, muitos se dispuseram prontamente a participar, outros, apesar de dizerem sim pessoalmente, não conseguiram agendar um melhor dia e horário, não atenderam as ligações ou não responderam às mensagens, demonstrando que não estavam à vontade ou interessados em participar. Outras tentativas de agendamento foram refeitas, mas não ocorrendo o atendimento da ligação ou a resposta às mensagens, a pesquisadora entendeu que o profissional convidado não estava disponível à participação, sendo respeitado este momento e cessada a insistência e o interesse do agendamento.

Foram entrevistados 41 profissionais, assim definidos: 2 são gestores, 18 profissionais de nível médio (porteiros, recepcionistas, seguranças e técnicos de enfermagem) e 21 profissionais de nível superior (assistentes sociais, enfermeiros e médicos). Qualificando o perfil do segmento de profissionais entrevistados, convém explicar que 24 são mulheres e 17 são homens. A grande maioria (37 entrevistados) está inscrita na faixa etária de 30 a 59 anos, havendo apenas 3 na faixa etária de 18 a 29 anos e 1 maior de 70 anos. Sobre o período trabalhado na MEAC, 5 trabalham há mais de 10 anos, 28 profissionais estão há mais de 4 anos, 2 há mais de 3 anos, 3 há mais de 01 ano e outros 3 há menos de 01 ano na emergência. Sobre o vínculo empregatício, 25 são profissionais da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH, 8 são profissionais do Grupo Serval e outros 8, profissionais da Universidade Federal do Ceará. Observa-se, assim, a heterogeneidade do grupo que participou da pesquisa, trazendo ao estudo elaborado uma diversidade de pontos de vista.

Ainda sobre os entrevistados, quanto ao nível de escolaridade: apenas 1 tem Doutorado concluído, 1 outro está em processo de conclusão do Doutorado, 7 completaram o Mestrado e 2 estão com o Mestrado incompleto. A maioria possui Especialização Completa (15), 3 possuem Especialização Incompleta e outros 3 apresentam Ensino Superior Completo, apenas 1 tem o Ensino Superior Incompleto e 8 têm Ensino Médio Completo.

O estudo delineado teve por âncora a Resolução 466 de 2012⁵ e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, autorizado em meio à pandemia do Coronavírus. A documentação da aprovação se encontra na Plataforma Brasil⁶.

5.1 Conhecendo a Maternidade Escola Assis Chateaubriand

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand deu início às suas atividades em 14 de dezembro de 1963, após uma intensa ação para arrecadar recursos financeiros em prol da construção da Maternidade Popular (Escola)⁷. O movimento para a construção da maternidade durou 8 anos e recebeu diversas doações. Atualmente, a MEAC tem 57 anos de existência e é uma das referências no Norte e Nordeste brasileiro no quesito cuidado obstétrico e neonatal. A Maternidade Escola faz parte do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará e tem intrínseca participação na formação de centenas de profissionais da saúde todos os anos.

Na MEAC, são diversos os serviços ofertados à população no âmbito do Sistema Único de Saúde. Existem os ambulatórios de atendimento especializados e atendimentos à população, a saber: Banco de Leite Humano, Mastologia, Ginecologia, Medicina-Materno Fetal, Neonatologia e Multiprofissional, Transmissão Vertical, Adolescente, Superando Barreiras e Psicomater. Para que qualquer mulher possa ser atendida em um desses ambulatórios de cuidado contínuo, deve buscar o encaminhamento via Unidade Básica de Saúde, com a inscrição na central de regulação ou, após um atendimento e internação na MEAC, a mulher pode dar prosseguimento aos cuidados nos ambulatórios da instituição, caso esteja nos critérios do perfil de mulher a ser atendida. É necessário salientar que há também o programa de Planejamento Familiar em que homens e mulheres têm disponível os

⁵ A Resolução 466 de 2012 trata dos aspectos Éticos que devem ser utilizados em pesquisas que envolvem seres humanos.

⁶ Link de acesso: <<https://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf>>. Último acesso em 15 de setembro de 2020.

⁷ Informações disponíveis em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/nossa-historia>>. Último acesso em 18 de agosto de 2020.

mais diversos métodos anticoncepcionais, no sentido da melhor programação do tamanho da família. Este é um serviço acessível a todos, independente de encaminhamentos. No entanto, possui número específico de fichas disponíveis semanalmente.

Outra importante porta de acesso à Maternidade Escola é o atendimento de Emergência e Urgência que pode ser obstétrico, ginecológico ou de mastologia. É importante frisar que não há atendimento de emergência para recém-nascidos, sendo as famílias orientadas no momento da alta hospitalar a buscar as unidades que referenciam seu território. Quando o atendimento está com o fluxo normalizado, as mulheres realizam o preenchimento da ficha de admissão, em seguida, são colhidos os sinais vitais e a classificação de risco. Após tais atendimentos, há a avaliação com o plantonista que decide quais intervenções serão necessárias.

Caso necessite internar, a mulher terá à sua disponibilidade atendimento multiprofissional 24 horas por dia, além de toda tecnologia existente para o cuidado dela e do futuro bebê. A emergência da MEAC também é uma importante porta de entrada para as mulheres que foram vítimas de violência sexual, sendo a Maternidade Escola uma das poucas unidades de saúde do Estado do Ceará que realiza todo o protocolo de profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis e cuidados de anticoncepção de emergência, além do atendimento multiprofissional. Após a alta da emergência, todas as mulheres vítimas de violência sexual, independentemente de estarem gestantes ou não, são enviadas para o seguimento ambulatorial.

Segundo o Relatório Institucional Assistencial de 2019⁸, a MEAC realizou 62.813 internações e 22.532 atendimentos na Emergência ginecológica e Obstétrica. Por sua vez, constitui uma instituição essencial para o Estado do Ceará, referência no ensino, na pesquisa e na inovação tecnológica e de cuidados. É a maternidade referência para partos de risco habitual e alto risco para as regionais III e IV da cidade de Fortaleza, além de atender mulheres advindas dos mais diversos municípios do Estado do Ceará.

⁸ Disponível em:

<<http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/4831604/PRODU%C3%87%C3%83O+ASSISTENCIAL+ANUAL16012020.pdf/1975c280-3238-484f-980c-1216fd95c994>>. Último acesso em 13 de julho de 2020.

Possui serviço de Neonatologia constituído por 21 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 30 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal e 5 leitos de Unidade de Cuidados Canguru, além de ter disponível 113 leitos para gestantes e puérperas com cuidados de Alojamento Conjunto, caracterizado pela presença do neonato ao lado da família, não necessitando de internação em leitos específicos para cuidado. Tais números colocam a MEAC como umas das três maiores maternidades do Estado, sendo ela campo e instituição relevante para a realização do presente estudo.

6 CAMPO EM MOVIMENTO

Após a realização da pesquisa de campo, mediante observações e entrevistas semi-estruturadas, foram delimitados temas de análise para proceder a apreciação de todo o material empírico e encaminhar à sistemática analítica. Esses temas resultantes das tessituras teórica/empírica (CARVALHO, 1983; FONTENELE, 2013)⁹ ficaram assim definidos:

- Tema 1: ELEMENTOS DETERMINANTES E AGRAVANTES DA SUPERLOTAÇÃO;
- Tema 2: CONSEQUÊNCIAS DA SUPERLOTAÇÃO NO CONTEXTO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA;
- Tema 3: A SUPERLOTAÇÃO NA MEAC AO LONGO DOS ANOS;
- Tema 4: SENTIMENTO DOS FUNCIONÁRIOS DIANTE DA SUPERLOTAÇÃO;
- Tema 5: REAÇÕES DA POPULAÇÃO À SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS;
- Tema 6: INDICAÇÕES PARA SOLUCIONAR A SUPERLOTAÇÃO.

Desse modo, a dinâmica expositiva desse segmento está estruturada em 6 itens a consubstanciar os temas analíticos, trabalhando o material empírico à luz dos autores inspiradores em todo o estudo. Cabe ressaltar que nessa apresentação dos resultados da pesquisa, para resguardar o necessário sigilo, os sujeitos que responderam à pesquisa são apresentados em ordem numérica, explicitando a sua inserção na MEAC. Para evitar mais ainda a possibilidade de identificação dos sujeitos da pesquisa, as falas estão designadas como Entrevistado, por ordem numérica, considerando o tempo cronológico da pesquisa. Ademais, não foram identificados os gêneros - masculino ou feminino.

Os grupos foram divididos em: a) Profissional de Nível Superior - acolhe a categoria de médico, enfermeiro e assistente social - e b) Profissional de Nível Médio - acolhe os profissionais Técnico de Enfermagem, Porteiro, Vigia e Recepcionista. Diante da situação de ter apenas 2 Gestores participando da pesquisa, estes serão

⁹ Trata-se de uma modalidade de análise de conteúdo que trabalha a partir dos temas de análise, considerando as orientações da teoria e as potencialidades do material empírico configurado na pesquisa de campo. Vê a explicação detalhada desta modalidade de análise de conteúdo em CARVALHO, 1983 e FONTENELE, 2013.

incluídos na categoria de *Profissionais de Nível Superior* para evitar qualquer possibilidade de identificação dos sujeitos.

6.1 Elementos determinantes e agravantes da superlotação

Não é possível adentrar ao SUS, observar seus contornos e contextos sem ter em mente a formação do Estado Brasileiro e toda a sua gama de desafios, enfocando de como se dá a política social pública no país. Política social é, assim, a resultante possível e necessária das relações que, historicamente, se estabeleceram no desenvolvimento das contradições entre capital e trabalho. Ao mesmo tempo, política social pública é fator determinante no curso das relações entre as forças sociais fundamentais. A rigor, no campo das políticas sociais, confluem interesses de natureza diversa e mesmos contraditórios advindos da presença dos atores na cena política, de sorte que a problemática da emergência da intervenção estatal sobre as questões sociais encontram-se quase sempre multideterminada, ou seja, materializam multidimensões sociais, políticas, econômicas e culturais. (TEIXEIRA, 1995)

No contexto da política pública do Sistema Único de Saúde brasileiro, a inserção da MEAC se dá como instituição de nível terciário, considerando o patamar de serviços e procedimentos que oferece à população. Estar inserida neste patamar não lhe exclui de problemas históricos e estruturais que instituições e serviços, inseridos no SUS, enfrentam diariamente, em todo o território nacional.

[...] o SUS aumentou muito, aumentou bastante, isso aí nem se discute, mas mesmo assim, nós continuamos com esse problema institucional a nível nacional, pela falta de leitos, pela falta de estruturas nos hospitais, pela falta de equipamentos dos hospitais, pela falta de médicos, escassez de profissionais em determinadas áreas, aqui dentro da Maternidade Escola nós ainda temos. (ENTREVISTADO 40, PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR).

Nesse depoimento, fica claro que as melhorias na Política de Saúde ocorreram no país com o passar dos anos no âmbito do SUS. No entanto, em meio a essas melhorias e avanços, constata-se limites estruturais nos serviços que vêm sofrendo sucateamento ao longo das décadas. Logo, os serviços não conseguiram adequar-se à demanda que lhes foi imposta diariamente pela população usuária,

gerando pressão sobre os serviços de saúde, verificando-se a superutilização dos recursos e a superlotação dos leitos.

A superlotação das emergências, no sistema de saúde brasileiro, é uma problemática nacional, estrutural e crônica que se expressa em todas as unidades federativas do país em menor ou maior escala. Em nível local, principalmente nas grandes emergências da capital cearense, como Instituto Dr. José Frota, o Hospital Geral de Fortaleza e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand, a superlotação e a consequente falta de leitos é uma questão vivenciada no cotidiano desses serviços.

O sucateamento dos serviços de saúde e das mais diversas políticas públicas do país não é consequência apenas da falta de investimentos, mas também das políticas neoliberais que há décadas maltratam a população brasileira, em especial as camadas mais vulneráveis, a comprometer-lhes o acesso a direitos. Esta relação das políticas sociais brasileiras com a agenda neoliberal é referenciada por este entrevistado:

[...] se você pegar a questão do direito social e a saúde, toda pessoa na Constituição tem Direito. É dever do Estado e Direito do povo, do cidadão, ter acesso à saúde pública e de qualidade e o que a gente percebe, ao longo do tempo, é que esse direito vem sendo negado principalmente a partir de um pensamento neoliberal (ENTREVISTADO 26 PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR).

Atualmente, nas políticas sociais brasileiras, convivemos com um Estado com características ultraliberais¹⁰. De fato, a partir do Golpe de 2016, o Estado Brasileiro vem sendo reconfigurado com o acirramento do neoliberalismo que comanda a aliança estatal. A rigor, a partir de 1990, o Brasil vem desenvolvendo a sua inserção dependente no capitalismo financeirizado. É o ajuste brasileiro com diferentes ciclos, em conformidade com a ideologia neoliberal¹¹. (CARVALHO e GUERRA, 2019)

¹⁰ Ao longo desta experiência de ajuste, o Brasil vai restringindo a democracia e suas conquistas consubstanciadas na Constituição de 1988.

¹¹ Tal acordo se deu diferente em cada país, mas teve início no século XVII com rupturas revolucionárias. O liberalismo é uma doutrina que concebe o Estado limitado quanto aos seus poderes e quanto às suas funções. O que o liberalismo mais apoia é um Estado com funções restritas à segurança, à propriedade privada e à paz para que se possa realizar o livre comércio e crescimento pessoal e individual (BOBBIO, 2005). O Neoliberalismo tem como marco histórico o século XX, em torno da década de 1970. Ele propõe que o bem-estar humano pode ser bem promovido, libertando as capacidades empreendedoras individuais, com sólido direito à propriedade privada, intervindo o

Na perspectiva do neoliberalismo, como citado pelo Entrevistado 26, as liberdades pessoais e individuais do mercado são garantidas, de modo que cada indivíduo passa a ser responsável pelo seu próprio bem-estar, privatizando e personificando as problemáticas sociais. Esse princípio é aplicado à educação, à saúde, aos regimes de previdência, à assistência social, ao lazer e à cultura. Assim, cresce o número de pessoas expostas ao empobrecimento, diminuindo, cada vez mais, os recursos dedicados ao bem-estar social. Ao fim, é atribuído a cada indivíduo o sucesso e o fracasso pessoal (HARVEY, 2012). Esta fala de um entrevistado é deveras significativa:

O que a gente percebe é que há um empobrecimento cada vez maior das políticas públicas, que há um rebatimento na política de saúde. A paciente que está na comunidade, que tenta acessar o serviço de saúde, vai precisar reter. Então, são cada vez menos profissionais contratados, menos serviços são abertos, o público aumenta. (ENTREVISTADO 34 PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Laurell (1997) revela que o SUS nasce e sobrevive na tensão. É claro que houve avanços, mas as perdas sociais do projeto inicial do SUS e da Seguridade Social são imensuráveis. Distintos setores da sociedade são segmentados no acesso aos serviços e aos benefícios, abrindo possibilidades para busca de serviços e seguros privados, onerando o orçamento fiscal, desmantelando o Estado. Ademais, há uma queda nos recursos fiscais destinados à saúde, o que não possibilita a recuperação dos serviços públicos do setor, contribuindo para a piora das já precárias condições de atenção à saúde, como bem relatado abaixo:

(...) é a necessidade muito grande da sociedade, da comunidade e a quantidade pouca que são oferecidas no hospital. Assim, o principal que eu acho é a necessidade da comunidade por esses leitos lá, numa atenção terciária, certo? E a demanda muito grande e que a quantidade necessária, a quantidade não é a necessária para atender toda essa demanda (ENTREVISTADO 06 PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

De forma incontestável, visualiza-se, desde o nascimento do Sistema Único de Saúde, o seu sucateamento, não apresentando condições de garantir a

Estado em estrutura, funções militares, integridade do dinheiro e com mínima atividade no mercado. O processo de neoliberalização envolveu não apenas aspectos políticos, mas também aspectos do pensamento, modo de vida, relações de trabalho e relações sociais (HARVEY, 2012).

universalidade, a equidade e a integralidade – princípios centrais do SUS - visto que não há interesse em fortalecer o que é público e coletivo, mas, o privado e o particular. Entende-se ser necessário um projeto de sociedade muito maior do que uma única política pública social com o objetivo de termos uma real cidadania.

O sistema de saúde, atualmente, com as Redes de Atenção à Saúde, funciona com metas, contratos de cotas e serviços e são previamente definidos entre os três entes federativos em uma Região de Saúde.¹² A construção dessa forma de relações intergovernamentais no SUS requer o cumprimento das responsabilidades assumidas, das metas pactuadas e dos indicadores definidos, sendo cada esfera do governo co-responsável pela gestão do conjunto de políticas com responsabilidades explicitadas, objetivando a ampliação de acesso. (BRASIL, 2010)

Viacava F. *et al* (2018) revela que, diante do quesito de serviços de apoio diagnóstico terapêutico e atendimento especializado, há uma estreita relação público/privado desde a implantação dos primeiros sistemas de saúde brasileiro e que, atualmente, a maioria dos hospitais no país pertence à rede privada de saúde. É notável, porém, que o acesso destas instituições particulares se dá majoritariamente através do SUS ou compartilhada entre os sistemas público e privado.

Assim, nos contratos de gestão, ficam pré-definidas as cotas de exames especializados de suporte ao diagnóstico e consultas com especialistas que serão disponibilizadas em um determinado período de tempo, fazendo com que as cotas não supram a demanda e haja demora na resolutividade dos casos no sistema da referência e contrarreferência, seguida pelo conseqüente estrangulamento da atenção de média complexidade. Tal fato só piora perante o subfinanciamento do SUS e os constantes ataques, desconsiderando a sua importância ao povo brasileiro, gerando sentimento de descrença na resolutividade do sistema público. Essa situação demonstra que o SUS não consegue atender a demanda que lhe chega, mas consegue atender apenas o que é ofertado, gerando o descompasso entre a oferta de serviços e a demanda populacional.

¹² Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios Limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de Comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011)

Diante da situação da demora, que já é algo tradicional no sistema público, pacientes buscam então construir estratégias para contornar a situação, procurando saídas nos atendimentos de emergência/urgência, criando maior demanda nas unidades super especializada ou pagando o exame ou a consulta especializada na rede privada. Como último recurso, quando possuem orientação, impõem o acesso aos serviços via judicialização, o que geralmente não atinge às classes mais vulnerabilizadas. A dificuldade de acesso aos exames é real e é destacada em uma das falas dos entrevistados:

Eu acho que tem vários fatores para a superlotação. [...] as pacientes têm dificuldades na verdade de acesso ou mesmo tendo acesso ao atendimento, a equipe de saúde tem dificuldade de acesso ao exame de sangue, exame de ultrassom, o que faz com que elas acabem procurando a maternidade como local para resolver os seus problemas. Isso falando em termos de superlotação para atendimento da gestante e por entender também que elas por não terem acesso ao pré-natal com qualidade, elas acabam tendo bebês prematuros, o que faz com que tenha lotação na maternidade em termos de recém-nascidos. Então basicamente a primeira questão é essa: é uma questão da falta de pré-natal, ou dificuldade de acesso ao pré-natal com qualidade (ENTREVISTADO 29 PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

No Brasil, as diferentes formulações das políticas de saúde, levando em consideração uma rede sempre insuficiente para uma demanda cada vez maior e mais diversificada, vêm apresentando o critério do acesso como pressuposto da disponibilidade de serviços para prover o necessário atendimento à população, o que é um pensamento equivocado (COHN *et al.*, 1991). Para os estudiosos, o acesso ao SUS é a capacidade do sistema de saúde garantir o acolhimento e a resolutividade da demanda do indivíduo, garantindo uma atenção humanizada e integral.

Afunilando o olhar da pesquisa para a problemática da superlotação da instituição em destaque - a MEAC - várias são as situações em que os entrevistados apresentam para tentar justificar a superlotação da instituição em análise. Um dos principais motivos apresentados pelos sujeitos da pesquisa é a má distribuição de leitos no Estado do Ceará.

Há uma má distribuição desses leitos, uma desorganização até. Porque a gente atende demanda de todo Estado e a maternidade é uma referência nesse atendimento, mas aí a gente não tem por parte destes outros municípios, né, esse investimento em médio e alto risco, então acaba sobrecarregando e sem contar que a maternidade ela não atende somente alto risco, ela atende também parto habitual. Então ela é uma referência que quando está com a emergência aberta, atende tudo né? Então acaba às

vezes superlotando os leitos por situações que não são a referência de um alto risco (ENTREVISTADO 01, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Um dos motivos é por ser um hospital de referência acaba atraindo um público muito maior do que a sua capacidade de atendimento, porque a MEAC vem mulheres de todo o Estado do Ceará, inclusive até de outros Estados, já vi pacientes de outros Estados que estavam internadas na MEAC. Então acredito que essa demanda grande pelo serviço acaba causando também uma superlotação e também por não ter tantas maternidades. Com essa qualidade de referência como a MEAC aqui em Fortaleza (ENTREVISTADO 10, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Tal rede insuficiente é, então, resultado das políticas neoliberais que vêm marcando o Estado brasileiro, gerando uma exclusão de parte da população dos serviços públicos essenciais. É importante frisar que segundo a Constituição de 1988, todas as esferas do Governo são obrigadas a atuarem de forma solidária para assegurar o direito à saúde, por meio da execução de programas específicos da área (SILVA, 2015). Assim, tem-se por objetivo atingir a equidade necessária e desejada, diante do preceito de que a saúde é direito de todos e dever do Estado. No entanto, na prática não é o que se observa, face, inclusive, ao gradativo desmonte do SUS.

Por conseguinte, não há a resolutividade das necessidades de saúde de boa parte da população em tempo hábil, visto que a resolutividade é um dos pilares do sistema público de saúde, principalmente diante do reordenamento do SUS, com o Decreto 7508/2011 que veio com o intuito de criar as Regiões de Saúde para conseguir dar agilidade e fim à dolorosa fila de espera e melhoria no nível de saúde dos brasileiros. Fila esta que é materializada na espera de mulheres pelo pré-natal. É o que bem evidencia esta fala:

A paciente chega no posto hoje pra marcar o pré-natal, marca com 3 meses, ela vai começar o pré-natal na metade da gravidez. Ela chega no posto de saúde, não tem médico ginecologista, não tem clínica aí ela vai pro nível terciário, então é um problema do posto. Então, as pacientes além de elas não terem esse conhecimento de procurar o posto, mas o posto também por outro lado não atende às suas expectativas. (ENTREVISTADO 40, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Outra importante forma de justificar a superlotação pelos entrevistados está relacionada ao acesso para realização do pré-natal. Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, PNDS 2006¹³, publicado em 2009,

¹³

revelam que a cobertura pré-natal no país é maior que 95% em todas as regiões brasileiras (Figuras 03 e 04).

Indicador	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	Brasil	p
PRÉ-NATAL							
Fez pré-natal	96,1	97,9	99,8	99,4	98,2	98,7	<0,001
						5.041 ¹	
1ª consulta no 1º trimestre	76,9	80,2	85,5	87,6	87,1	83,6	0,011
						4.833 ²	
1 ou + doses de vacina antitetânica na gestação do 1º filho	85,0	87,8	67,6	77,5	79,0	76,9	<0,001
						1.888 ²	
Fez exame de sangue	89,8	89,1	94,1	89,2	92,3	91,5	0,016
						4.879 ²	
Fez exame de urina	88,4	85,4	90,5	76,1	85,9	86,6	<0,001
						4.868 ²	
Tinha cartão de pré-natal	97,1	94,1	95,7	95,0	92,8	95,1	0,282
						4.878 ²	
Informada sobre a maternidade	55,6	51,5	66,3	73,6	64,7	61,9	<0,001
						4.882 ²	
Fez 6 ou + consultas	64,9	72,3	88,2	87,5	83,7	80,9	<0,001
						4.815 ³	

Fonte: PNDS, 2006.

Indicadores da Assistência ao Parto	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	Brasil	Valor de p
	%	%	%	%	%	% (N total)	
Parto hospitalar	92,2	97,7	99,9	99,5	99,2	98,4	<0,001
						5.038 ¹	
Atendida na 1ª maternidade	90,6	88,3	88,7	96,1	86,8	89,6	0,002
						4.859 ²	
Assistido por médico/enfermeira	92,5	94,3	98,8	99,8	98,5	97,0	<0,001
						5.037 ¹	
Parto cesáreo	30,7	32,0	51,7	51,6	48,8	43,8	<0,001
						5.035 ¹	
Cesariana agendada	43,7	40,0	47,2	50,7	49,5	46,2	0,448
						2.034 ³	
Cesariana em 1º filho	38,0	34,0	57,2	53,2	50,7	48,3	<0,001
						1.947 ⁴	
Alívio da dor no parto normal	18,3	17,4	46,7	37,4	27,0	30,4	<0,001
						2.764 ⁵	
Fez episiotomia	54,8	65,5	80,3	78,5	78,8	71,6	<0,001
						2.945 ⁵	
Com presença de acompanhante	15,4	12,1	18,5	19,3	15,4	16,3	0,034
						5.028 ¹	

Fonte: PNDS, 2006.

Este alto percentual de 95% reafirma a importância e a abrangência da equipe de saúde de atenção primária¹⁴. No entanto, não é garantida à mulher em pré-natal a realização das 6 consultas indispensáveis durante a gestação, como indica o Ministério da Saúde. O depoimento assim explicita:

Eu percebo porque os postos de saúde não têm feito sua parte. O relato de muitas pacientes é que faz pré-natal no posto de saúde, mas já tá vários meses sem consulta médica, tendo consulta só com a enfermeira, então elas vão muitas vezes procurar a emergência da Maternidade Escola pra que o médico possa atendê-las, seja pra mudar uma medicação, pra tirá-las de uma crise, alguma coisa desse tipo, então eu acho que a superlotação é falha na atenção básica¹⁵ (ENTREVISTADO 34, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

¹⁴ A equipe mínima que compõe a atenção primária é médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem.

¹⁵ O pré-natal de baixo risco, geralmente ocorrido nas unidades básicas de saúde, deverá ser de, no mínimo, 6 (seis) consultas com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: até a 28ª semana, mensalmente; da 28ª até a 36ª semana, quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana, semanalmente. (BRASIL, 2013)

Tais consultas do pré-natal são essenciais para identificar se a gestação apresenta algum risco prévio, tanto para o bebê quanto para a mulher, visto que, se identificando os riscos com antecedência, há a possibilidade de evitar agravamentos futuros e o acompanhamento específico. O pré-natal é o momento em que a mulher e a família se preparam para receberem orientações para a chegada do bebê em gestação. Entretanto, a dificuldade de acesso ao pré-natal de baixo e alto risco também é uma realidade no serviço público da cidade de Fortaleza. O discurso de um dos entrevistados enfatiza essa situação, focando, também, na dificuldade do acesso aos exames que ajudam no acompanhamento regular em saúde. Vejamos:

A superlotação, ela está relacionada à atuação do pré-natal da gestante. Se essas gestantes tivessem uma assistência pré-natal cada vez mais precoce e o serviço de atenção básica oferecesse todas as condições pra realizar um pré-natal com maior tranquilidade, maior resolatividade, em relação aos exames, em relação ao encaminhamento precoce das gestantes de risco e alto risco, evitaria dessa paciente estar procurando constantemente leito. Além da educação em saúde que essa paciente nunca teve, ela procura uma emergência, ela procura um serviço de nível terciário que é a Maternidade Escola por demanda que poderia ser resolvida tanto na atenção básica, nas unidades básicas de saúde, como em serviços de nível secundário, nos hospitais que tem atendimento obstétrico de nível secundário, antes de chegar à própria Maternidade Escola, porque aí em alguns momentos até o hospital que está lotado de intercorrência da gestante que poderia ter resolvida em hospital de menor complexidade, pelo menos num nível secundário, mas isso é um. Vamos dizer, tem que ser uma resolução, passar por toda uma mudança no próprio sistema de saúde, em relação a gestante, ao parto e ao puerpério, pra que logo que seja dado, pra que ela tenha maior assistência, maior acessibilidade aos serviços, intervenções precoces, pra que ela não entre numa prematuridade, numa busca maior pela Maternidade Escola, nessa superlotação, e poder direcionar, ter hospitais de suporte que pudessem receber essas pacientes de intercorrência que poderia ser resolvido em outro serviço, mas como nós somos uma emergência, somos um serviço de emergência aberta, nós recebemos da menor complexidade à maior complexidade do problema de saúde relacionado a gestação e ao parto dessa mulher (ENTREVISTADO 24 PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Nas falas registradas acima, observa-se que a própria rede de Saúde da Mulher sofre com a falta de leitos, com a falta de estrutura para o bom atendimento e, também, com a carência de equipamentos. A incapacidade do SUS frente à explosiva demanda por atendimento em saúde é um perverso fenômeno que marca a vida brasileira. Diariamente homens e mulheres estão disputando uma vaga ou uma oportunidade de atendimento nos mais diferentes serviços.

(...) eles visualizam que o número de maternidades existentes em Fortaleza é suficiente pra demandas dessas mulheres, coisa que a gente percebe que não é, mas dentro da avaliação deles, da lógica deles, do percentual que é colocado, e é porque realmente esse percentual até existe, os leitos seriam

suficientes, mas se percebe muitas vezes que não são suficientes, mas eles não estão suficientes, justamente por as maternidades estarem sucateadas, você tem uma maternidade que tem uma atenção secundária, mas você chega lá e não consegue fazer uma cardiocografia porque o aparelho está quebrado e aí tem que mandar pro hospital terciário só pra fazer uma cardiocografia já pensou, então na verdade existe até os leitos, mas precisaria que essas maternidades fossem melhores equipadas e aí consequentemente teriam melhor fluxo, melhor atendimento pras mulheres e elas não precisariam estar buscando um hospital terciário pra fazer uma cardio, porque tem que fazer uma ultrassom (ENTREVISTADO 36 PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Moraes *et al.* (2018) revela que vários são os fatores associados à dificuldade de acesso aos leitos obstétricos e neonatais, como a “superutilização” dos serviços de alta complexidade. Neste sentido, destaca que quando gestantes, com risco habitual, buscam as maternidades de referência para alto risco, elas incorrem no “autorreferenciamento” caracterizado pela busca por atendimento em serviços com melhor estrutura física e conhecidamente melhor atendimento, devido a cultura de se considerar que quanto maior a complexidade do serviço maior é a qualidade. Este fator de “autorreferenciamento” como elemento para superlotação, é destacado nesta entrevista:

Porque está mal distribuído os leitos das pacientes, sabe o que tá faltando, a gente pergunta pra paciente onde é que é seu hospital de referência, ali elas falam é o Gonzaguinha; então pergunta-se a ela porque que vê não tá no Gonzaguinha? E ela responde: porque eu quis ir pra cá, eu acho que não tem como eu vir pra cá. A paciente, ela pode escolher onde ela vai querer ter o bebê dela, todas queriam ter na maternidade escola porque é um hospital de referência, mas tá mal distribuído. Nós somos um hospital de grande porte que receberia pacientes mais graves, não pacientes de parto normal, mas tá mal distribuído. Entra no hospital e a gente vê. A gente tá só com um plantonista não vamos receber, não existe isso, eu sei que existe muito isso. Gonzaguinha deixa muito a desejar, a gente já ouviu muito isso, e também toda paciente que tá com referência pro hospital porque que ela não passa no hospital dela e não é encaminhada pra outro, fala de boca (ENTREVISTADO 37, PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO)

Nessa fala, fica claro que a paciente, para tentar um melhor atendimento, busca a Maternidade Escola Assis Chateaubriand mesmo não sendo esta maternidade a indicada para o seu caso, segundo a Rede de Saúde de Fortaleza. Desse modo, acumula-se pressão sobre serviços, produzindo superlotação. Também é importante destacar o sucateamento dos serviços de saúde, já abordado nesse estudo, gerando insegurança da mulher e da gestante em buscar outras unidades de saúde.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)¹⁶ de 2013 (Figura 05), no que se refere aos indicadores de acesso e utilização de serviços de saúde, incluindo serviços públicos e privados, de acordo com o nível de instrução do usuário, revelam que quanto menor o nível de escolaridade, menor o acesso. Essa questão da falta de acesso aos serviços de saúde também se verifica em relação aos grupos populacionais mais vulnerabilizados.

Indicador	Nível de instrução do chefe da família									
	Total		Sem instrução ou fundamental incompleto		Fundamental completo ou médio incompleto		Médio completo ou superior incompleto		Superior completo	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas últimas duas semanas anteriores à pesquisa	7,0	6,8–7,2	7,8	7,5–8,1	6,5	6,1–7,0	6,2	5,8–6,5	6,3	5,8–6,9
Costumam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde quando precisam de atendimento de saúde	77,8	77,0–78,6	78,7	77,6–79,8	76,3	74,8–77,9	76,3	75,0–77,5	79,5	77,9–81,1
Consultaram médico nos últimos 12 meses	71,2	70,7–71,7	67,1	66,4–67,9	70,8	69,6–71,9	74,3	73,5–75,2	81,0	79,9–82,2
Consultaram dentista nos últimos 12 meses	44,4	43,8–45,1	34,1	33,4–34,9	44,6	43,1–46,0	53,0	52,0–54,1	65,8	64,2–67,3
Procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da pesquisa	15,3	15,0–15,7	14,9	14,4–15,4	14,1	13,2–14,9	15,5	14,9–16,1	18,1	17,1–19,2
... e conseguiram atendimento na primeira vez que procuraram	95,3	94,9–95,8	94,5	93,8–95,2	94,6	93,4–95,7	95,9	95,1–96,7	97,7	96,9–98,4
... e conseguiram atendimento	97,0	96,6–97,4	96,4	95,7–97,0	96,4	95,5–97,4	97,5	96,8–98,2	98,8	98,3–99,4
Tiveram atendimento de saúde nas duas últimas semanas e tiveram medicamento receitado	64,8	63,8–65,9	67,2	65,7–68,8	64,7	61,9–67,4	62,9	60,9–64,8	61,2	58,2–64,2
Conseguiram obter todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde	82,5	81,2–83,7	79,8	78,0–81,7	82,3	79,6–85,1	83,8	81,8–85,7	89,3	86,7–91,9
Conseguiram obter pelo menos um dos medicamentos receitados no último atendimento de saúde	92,4	91,7–93,1	92,1	91,1–93,1	92,2	90,4–94,1	92,4	91,1–93,7	94,1	92,1–96,1
Conseguiram obter no Programa Farmácia Popular pelo menos um dos medicamentos receitados no último atendimento de saúde	21,9	20,5–23,4	26,5	24,3–28,6	21,9	18,7–25,1	19,5	17,3–21,8	10,8	8,4–13,2
Conseguiram obter no serviço público de saúde pelo menos um dos medicamentos receitados no último atendimento de saúde	33,2	31,6–34,7	42,8	40,5–45,1	34,3	30,9–37,8	25,1	22,8–27,5	13,9	11,3–16,6
Internaram em hospitais por 24 horas ou mais nos 12 meses anteriores à pesquisa	6,0	5,8–6,3	6,1	5,8–6,4	6,3	5,6–7,0	5,6	5,3–6,0	6,4	5,8–6,9
... através do Sistema Único de Saúde, e a avaliação do atendimento recebido foi boa ou muito boa	82,4	80,9–83,9	83,3	81,6–85,1	81,6	77,4–85,9	81,0	78,1–83,9	78,1	70,7–85,6
... e a última internação foi através do Sistema Único de Saúde	65,7	63,8–67,5	82,5	80,7–84,3	68,5	63,5–73,5	53,7	50,5–56,8	21,7	18,1–25,4

Fonte: PNS 2016

¹⁶ Figura 05, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf>. Último acesso em 10 de setembro de 2020.

É importante observar que na PNS 2013, o acesso à primeira consulta ficou acima de 90%, o que bem revela a grande capilaridade da Atenção Básica de Saúde no país, facilitando a chegada da usuária à equipe de saúde primária, sendo esta uma importante porta de acesso ao Sistema Único de Saúde, e um grande avanço em busca da universalização dos serviços. Entretanto, a despeito desse primeiro acesso, a continuidade do cuidado não se efetiva, visto que a Rede de Atenção à Saúde não comporta a demanda crescente. É o que ressalta um dos entrevistados:

Porque na obstetrícia, a rede de saúde da mulher, ela não está muito bem estruturada. Assim o que acontece nessa superlotação é um problema que vem desde a unidade básica, desde o pré-natal, onde era pra ser orientado essas pacientes sobre o trabalho de parto, quando procurar, o melhor momento de procurar a maternidade e quais as maternidades. Porque o que acontece é que a Maternidade Escola é um hospital terciário, ela era pra atender casos complexos, de alta complexidade, o que não é realidade da Maternidade Escola. Ela atende desde o que poderia ter sido resolvido numa unidade básica de saúde até alta complexidade, tanto de Fortaleza, como de todos os municípios do Estado (ENTREVISTADO 28, NÍVEL SUPERIOR).

As filas de espera são, assim, um desafio e um problema crônico no sistema público de saúde, sendo objeto de intervenção em diversos pactos nacionais. Essas filas forma-se no momento em que há uma discrepância entre o que é oferecido pelo SUS e o que é requerido pela população, havendo incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar as mudanças e as novas necessidades de cuidado, como a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas¹⁷.

Cabe aqui ressaltar outra importante causa da superlotação, o diminuto número de leitos neonatais disponíveis no Estado do Ceará. Este fato é corriqueiro nas declarações dos participantes da pesquisa. Vejamos:

A grande demanda por vagas de recém-nascidos que necessitam de um suporte. De um suporte de UTI, de berçário, de oxigênio. A questão não é nem a grande demanda de mulher, é de bebê, de RN. A neonatologia precisa se expandir, é a que mais sofre pressão (ENTREVISTADO 02, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

¹⁷ Tem-se por doenças agudas aquelas doenças que necessitam de atendimento de emergência, que não podem ser identificadas antecipadamente com o acompanhamento em saúde. Já os problemas crônicos são aquelas doenças que precisam de acompanhamento durante longo tempo ou que não possuem cura, entretanto, os agravamentos destas doenças podem trazer o maior adoecimento da população.

Como abordado nesse estudo avaliativo, a Sociedade Brasileira de Pediatria informa que o Ceará possui, há vários anos, déficit de leitos de terapia intensiva neonatal e que esse número, em 2018, chegava a absurda falta de 258 leitos intensivistas neonatais, fato já conhecido no Município, no Estado e na Federação. A escassez de leitos neonatais é uma grave falha de planejamento de prioridades e orçamento dos entes federados, visto que impõe condições de saúde escassas à população que ainda está sendo gestada e necessita desse tipo de leito para conseguir ter uma maior sobrevivência.

Não dá pra atender o bebê grave, em unidade de UTI neonatal. Então o nosso grande problema de leito é atender o bebê dentro da unidade de UTI neonatal, não seria de médio risco, não seria nesse sentido, não seria leitos comuns que ele estaria ocupando com sua mãe. A nossa dificuldade de leito é dentro dessa perspectiva, UTI neonatal (ENTREVISTADO 10, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Bom... até o tempo que eu to lá, a superlotação tá acontecendo por conta dos leitos dos bebês. Pras mães, eu acho que não é tanto, eu não sei como é lá em cima. Acho que a neo é menor, não tem tantas vagas pro bebê, mas até onde eu sei a maioria das vezes quando restringe é por conta que a neo tá lotada. É recorrente, quando abre total é por poucos dias, numa instante lota. (ENTREVISTADO 09, PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO).

Além da insuficiência de leitos neonatais na cidade, foi destacado nas falas dos entrevistados a diminuição e o sucateamento dos leitos obstétricos na Região de Fortaleza Ceará. Vejamos:

A diminuição das maternidades conveniadas ao SUS que praticamente se acabaram, só na região metropolitana, vamos botar assim. Porque a gente fez um dia as contas, eu acho que foram 18 maternidades que fecharam nos últimos 10 anos. Então por conta disso, aquele paciente baixo risco realmente não tem pra onde ir, e não tem nem pra onde a gente mandar, então a questão é essa. Antigamente as pessoas ligavam, os plantonistas de outras maternidades, ligavam pra gente da maternidade escola e diziam olha se tiver alguma coisa, eu to livre, pode mandar pra cá. E agora é o contrário a gente não tem pra onde mandar. 18 maternidades fechando, você quer o que (ENTREVISTADO 30, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

A outra é porque a gente tem acompanhado que ultimamente tem fechado muitos hospitais, principalmente hospitais privados que atendiam pelo SUS e foram descredenciados por questões de qualidade, então, o fechamento de leitos desses hospitais privados fizeram com que reduzisse o número de leitos no Estado como um todo e acabasse fazendo que tivesse uma demanda maior pela maternidade, basicamente são essas duas coisas que eu vejo. Fechou o privado desses hospitais privados com descredenciamento do SUS, às vezes por falta de qualidade mesmo na assistência desses locais, e não houve, por outro lado, nem público e nem privado na ampliação dos

leitos obstétricos, então acaba ocasionando essa demanda maior (ENTREVISTADO 29 PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Fortaleza conta atualmente com 9 maternidades, são elas: os Hospitais Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará, do José Walter e da Messejana, o Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), o Hospital Geral Cura D'ars, o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), o Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição e o Hospital da Mulher. É importante lembrar que a cidade de Fortaleza sofreu, nos últimos anos, uma forte diminuição dos leitos obstétricos disponíveis no SUS com o fechamento de várias maternidades sem, entretanto, haver uma reposição dos leitos em outras unidades de saúde.

Destas instituições, três são de grande porte, ou seja, podem atender gestações de alto risco e possuem Emergência Obstétrica, são elas: a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e o Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC). Cumpre ressaltar que cada instituição tem suas respectivas gestões em esfera federal, estadual e municipal respectivamente. Somente essas três maternidades contam sozinhas com 63%¹⁸ dos leitos de UTI neonatais, sem levar em conta leitos neonatais de médio cuidado e Cuidados Canguru.

Fortaleza não é diferente das outras cidades do país. Aqui, tem-se em curso o Plano de Saúde do Município, parte integrante e obrigatória para repasse de recursos, tanto federais quanto estaduais. As maternidades da cidade são, então, divididas por territórios considerando as seis regionais (Figura 06) em uma sistemática distinta das regionais das administrativas que são em número de 7.

¹⁸ Dados colhidos no Plano Estadual de Saúde - 2016 a 2019. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/plano_estadual_de_saude_2016_2019.pdf>. Último acesso em 25 de setembro de 2020.

Regional de Saúde	Maternidade de Referência para Risco Habitual	Maternidade de Referência para Alto Risco
SER I	1) Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Cassá 2) Hospital Geral César Cali – HGCC	1) Hospital Geral César Cali – HGCC
SER II	1) Hospital Cura D'Arz 2) Hospital Geral de Fortaleza – HGF	1) Hospital Geral de Fortaleza – HGF
SER III	1) Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Cassá 2) Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – MEAC	1) Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – MEAC
SER IV	1) Hospital Cura D'Arz 2) Maternidade-Escola Assis Chateaubriand 3) Hospital Distrital Gonzaga Mota – José Walter	1) Hospital Geral César Cali – HGCC 2) Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – MEAC
SER V	1) Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição 2) Hospital Distrital Gonzaga Mota – José Walter	1) Hospital Geral César Cali – HGCC 2) Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – MEAC
SER VI	1) Hospital Distrital Gonzaga Mota – José Walter 2) Hospital Distrital Gonzaga Mota – Messejana	1) Hospital Geral de Fortaleza – HGF 2) Hospital Geral César Cali – HGCC

Fonte: Plano Estadual de Saúde- 2016 a 2019

É

interessante observar que no Plano Municipal de Saúde, há a intenção de ampliar as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em 70 leitos, além de implementar o modelo “Vaga Sempre”¹⁹ com o plano de vinculação da gestante ao local do parto, como está sendo orientado na Rede Cegonha, entretanto, ainda não ocorreram tais melhorias e ampliações. (FORTALEZA, 2017)

O modelo “Vaga Sempre” assegura à gestante que na hora do parto será acolhida em qualquer maternidade que procure. No entanto, a realidade é bem distante desta prescrição, uma vez que mulheres peregrinam por várias maternidades em busca de um espaço que as acolha para exercer o direito de parir. De fato, na capital cearense, está em construção o Hospital da Criança pela Prefeitura de Fortaleza em parceria com o Estado e o Governo Federal, para ampliação dos leitos deste segmento social, sendo uma possibilidade de melhoria e resolutividade no atendimento à saúde das gestantes e recém-nascidos no médio prazo, não havendo qualquer outra ampliação em vista.

No ano de 2020, em meio a Pandemia da Covid-19, a cidade de Fortaleza sofreu, temporariamente, forte golpe quanto ao atendimento de emergência e urgência de pacientes gestantes de alto risco. Por ser o HGF um dos hospitais referência no atendimento à população com sintomas da doença causada pelo Coronavírus, durante a pandemia, houve o fechamento, no período de 19 de março a

¹⁹ É o acolhimento e a garantia do acesso à gestante ao leito obstétrico e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto. (BRASIL, 2011)

27 de julho de 2020 da emergência obstétrica do Hospital Geral de Fortaleza²⁰²¹, fato muito bem lembrado por alguns entrevistados. Vejamos:

Se a gente tivesse uma rede, a Rede Cegonha se efetivasse, a gente conseguisse fazer uma melhor comunicação, ainda melhor entre os hospitais a gente poderia evitar que isso acontecesse, mas assim é inegável pelo que a gente vem vendo nos últimos anos, o fechamento de várias unidades hospitalares, o fechamento de leitos de livre demanda, como agora recentemente no HGF. Isso agrava a situação, então a gente precisa de novos leitos, principalmente de neonatologia, que é o nosso principal gargalo que são os leitos de neonatologia. Enquanto os gestores municipal, estadual e federal, no caso da gente, não tiverem a compreensão de que a quantidade de leitos é insuficiente pra demanda que a gente tem e ainda continua crescendo, não vai dar certo. (ENTREVISTADO 26, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

(...) fico muito reflexiva com relação às pacientes com a emergência fechada que vem de ambulância, dos interiores onde não existe suporte nenhum a gente sabe e dentro da ambulância a paciente fica andando de um hospital pra outro, e na situação atual de Fortaleza em que nós só temos dois hospitais de suporte, de portas abertas pra nível terciário que é aqui a Maternidade Escola e o Hospital César Cals, fica difícil, fica um situação muito difícil (ENTREVISTADO 24 PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

De fato, durante a pandemia, a situação que já é difícil por conta do diminuto número de maternidades de alto risco na cidade, ficou ainda pior. Com a diminuição das portas de emergência para alto risco durante o período de maior intensidade de contágio da Covid-19 e a frequente lotação dos leitos obstétricos e neonatais, mulheres gestantes e parturientes de alto risco tinham como porta de emergência apenas a MEAC e o HGCC.

Diante desses dois depoimentos, do Entrevistado 24 e do Entrevistado 26, trazemos à tona a situação da peregrinação de mulheres nas emergências obstétricas, fato grave que será um dos temas abordados nos tópicos seguintes.

6.2 Consequências da superlotação no contexto da unidade de referência

²⁰ Informação disponível em: <<http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/noticias/45884-prevencao-covid>>. Último acesso em 1 de outubro de 2020.

²¹ Informação disponível em: <<http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/noticias/45904-emergencia-obstetrica>>. Último acesso em 7 de setembro de 2020.

No olhar dos sujeitos da pesquisa, muitas são as repercussões que a superlotação traz à Maternidade Escola Assis Chateaubriand, visto que tal fato repercute em toda a instituição, atingindo o público seja de emergência, seja ambulatorial ou nos demais setores - como a internação nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. A fala deste entrevistado deixa claro que o atendimento fica comprometido, mostrando a inexistência e/ou a carência de estrutura física disponível para demanda crescente. Vejamos:

Porque a superlotação implica num mal atendimento. Quando você tá superlotado, você acaba que não proporcionando atendimento satisfatório. Vamos imaginar, paciente tá em trabalho de parto, você não tem onde botar, ela vai ficar sentada em cadeira, ela vai ficar andando, podendo tá confortável lá no cantinho dela, lá em cima. Então, isso é ruim tanto pro profissional, quanto pra paciente, e ruim pra todos os funcionários da Casa. Então, a gente vai ter que transferir alguém sem querer, vai ter que deixar a pessoa andando por ali que não é adequado. Se fala tanto em parto humanizado, em atendimento de excelência e a gente deixa o trabalho de parto no corredor, entendeu. Fica altamente prejudicado. A superlotação faz com que você proporcione um atendimento inadequado. Quando você tá superlotado você não fica com tudo, você tende a transferir as pessoas. É mais ou menos o que a gente faz quando tá superlotado, a gente procura, procura ficar com as pacientes mais graves que não tem como voltar e tenta transferir quem não é tão grave ou tá no começo de alguma coisa (ENTREVISTADO 30, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Na declaração acima, o entrevistado faz uma interessante observação, não há como proporcionar um atendimento adequado, humanizado, conforme os protocolos da Rede Cegonha, em um ambiente superlotado. De fato, ter uma ambiência adequada ao parto com boas práticas e atenção à parturiente e disponibilidade de conforto e segurança para a mulher e o bebê que está a caminho é deveras significativo e constituem a Rede Cegonha (BRASIL, 2011). Neste sentido, o depoimento a seguir exemplifica a situação:

(...) porque lá na emergência não pode ter um local que a mulher fique esperando, como agora nós temos uma gestante que tá esperando desde de tarde, permanece em pródromos, que não tem como voltar pra casa, porque não tem como, mas que não evoluiu no trabalho de parto, não vai parir durante a madrugada, talvez amanhã vai, perto da hora que chegou aqui, e isso chega a ser incoerente, fica ansiosa, numa posição que não é, sentada numas cadeiras, sem ter o local adequado pra uma refeição, sem ter uma maneira mais confortável de fazer a sua higiene, até porque muitas vezes não estava preparada pra vir, então muitas vezes isso dificulta o parto (ENTREVISTADO 24 PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Os discursos dos entrevistados ressaltam que além da superlotação no setor da emergência, podemos observar, também, a superlotação em outros setores,

como as unidades de internação conhecidas como Primeiro e Segundo Andar. Vejamos:

Aí a gente recebe todas as pacientes de todos os lugares, de todos os diagnósticos, e a gente tem que demandar pros andares, onde muitas vezes já está superlotado, não tem vaga, e a gente tem que permanecer com esse paciente internado na emergência, às vezes sem ter cadeiras, poltronas, porque a gente já está com os nossos únicos 04 leitos da emergência ocupados, entendeu? E isso realmente causa um transtorno muito grande, tanto, assim, pro processo de trabalho quanto principalmente para as próprias pacientes. (ENTREVISTADO 6, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Basicamente pelo excesso de procura, a gente da emergência sente isso de forma clara. Quando lota Sala de Parto, lota neo e o primeiro andar, a gente acaba sendo o gargalo, a ponta e assim a gente fica sem leito pra nada mesmo (ENTREVISTADO 26, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Além da lotação dos andares, há também a lotação dos leitos nas unidades neonatais, pois [...] a principal superlotação é a uti neonatal, poucas vezes eu me recordo da Sala de Parto superlotada, mas que foi preciso fazer o fechamento da maternidade, o fechamento mais da maternidade é por conta da UTI NEO. (ENTREVISTADO 16, PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR)

Convém ressaltar que a gestante em trabalho de parto prematuro, ou seja, a ocorrência de trabalho de parto pré-termo exige suportes hospitalares mais complexos e demandam maior especialidade e cuidado. Portanto, é mais difícil garantir assistência ao parto prematuro em locais que não possuem estrutura necessária para prematuridade, como UTI materna e neonatal, expondo ainda mais o bebê e a gestante aos possíveis agravos à saúde. (MORAIS *et al.*, 2018).

Diante das situações descritas acima de não ter onde colocar e acolher novos pacientes, tanto mulheres quanto bebês, uma consequência da Superlotação na Maternidade Escola, é a dificuldade de ser disponibilizado atendimento contínuo e efetivo a todas as mulheres que procuram esta unidade de saúde. É o que bem coloca este entrevistado a seguir:

Não fica muito legal, ficar nas cadeiras, espalhadas onde tem pra sentar a gente coloca elas. É por época. Tem momentos que diminui o atendimento, mas tem época que é o mês inteiro, nos meses que mais tem, mais as mulheres ganham neném. É mês que não dá trégua. Agora tem mês que tem dia que é tranquilo, e tem dia que é mais superlotado. Chega, que eles [diretores] restringem. Tem mulher que eles volta e aí procura outra maternidade, quando tá restrita (ENTREVISTA 13, PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO).

Indiscutivelmente, a peregrinação materna é uma forte e angustiante consequência da Superlotação. Para Melo (2014), a peregrinação das gestantes está relacionada com a forma de organização da rede de saúde materno-infantil. Inúmeras são as dificuldades, sobretudo a carência de leitos neonatais, pois a lotação de unidade neonatal restringe o atendimento na porta de entrada das maternidades e gera a peregrinação das mulheres em caso de partos de médio e alto risco. Outras dificuldades também interferem na superlotação, como a falta de orientação no pré-natal sobre os sintomas do parto, fazendo com que as gestantes procurem atendimento em horários não oportunos, a falta de orientação no pré-natal quanto à maternidade vinculada para o parto e a falta de um sistema de regulação de leitos e de referência e contra referência dentro do SUS.

Diante da superlotação dos leitos na MEAC, a peregrinação materna é relatado no depoimento abaixo, mostrando que a parturiente busca várias instituições de saúde para poder realizar o seu parto em segurança.

A gestante já era pra ter o hospital de apoio dela, desde o pré-natal, ela já era pra saber que hospital ia poder acolhê-la. E isso até gera uma peregrinação que essas gestantes fazem, muitas quando vão pra maternidade já foram pra um ou dois hospitais antes e de lá acabam tendo que ir para um outro, então, eu acho que essa peregrinação gera um estresse desnecessário pra gestante, uma insegurança maior pra ela também, com certeza, eu acho que fere o direito dela de assistência à saúde (ENTREVISTADO 23 PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

A PNDS 2006 apresenta um dado relevante e preocupante: um pouco mais de 10% das mulheres em todo país, que procuram atendimento de emergência em busca de assistência ao parto não conseguiram ser atendidas no primeiro hospital e necessitaram buscar outra instituição de cuidado. Esse fato é mais grave na Região Nordeste e Centro-Oeste onde, respectivamente, 11,7% e 13,2% das mulheres necessitaram procurar mais de um serviço de saúde para garantia do atendimento, caracterizando assim forte expressão dessa saga para exercer o direito de parir com a devida assistência. Já no Relatório Preliminar de Pesquisa de Satisfação do SUS²²

²² Pesquisa disponível em:

<file:///C:/Users/Mara%20Severo/Downloads/relatorio_pre_semestral_rede_cegonha_ouvidoria-sus_que-deu-a-notc3adcia-de-64-por-cento-sem-acompanhantes.pdf>. Último acesso em 15 de junho de 2020.

relativo à Rede Cegonha, 18,3% das gestantes que responderam à pesquisa não tiveram o parto no primeiro hospital que procuraram. O Entrevistado 40, em sua fala, explicita que a peregrinação de mulheres em função da superlotação é um fenômeno nacional. Vejamos:

[...] as mulheres saindo pra outros hospitais, fazendo uma verdadeira peregrinação na cidade atrás de uma vaga, isso é no Brasil todo. Então eu diria que essa superlotação não é só da Maternidade Escola, é no sistema de saúde brasileiro (ENTREVISTADO 40, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Melo (2014), em seus estudos sobre peregrinação materna, traz um dado alarmante: 21% das mulheres gestantes cearenses que procuram atendimento de emergência e urgência nas instituições terciárias - que são aquelas responsáveis pelo atendimento às gestações de alto risco - peregrinam em busca de vagas. Comparando este último dado com a PNDS 2006, conclui-se que a taxa de peregrinação é mais que o dobro da média brasileira e quase o dobro da média do Nordeste, mostrando que a peregrinação das mulheres gestantes no Ceará é uma vivência para quase um quinto das usuárias do Sistema Único de Saúde.

Na pesquisa Nascer no Brasil²³ de 2014, há a revelação de outro dado inquietante: 23,5% das mulheres em trabalho de parto no Brasil são expostas a peregrinação para realizarem o parto, na Região Nordeste, a taxa é ainda maior, 33,1% das mulheres buscam mais de um hospital para realizar o parto, essa é a maior taxa do país.

É importante ressaltar que tal fato fere gravemente o que é orientado pela Constituição Federal, pelo SUS e pela Rede Cegonha, a garantirem o acolhimento, com avaliação e classificação de risco da gestante, tornando-se essencial a integração da rede de cuidados do sistema de saúde. Diante da carência ou mesmo da inexistente organização, transfere-se para as gestantes a obrigação de procurar e encontrar maternidades que tenham disponibilidade de vagas, quando entram em trabalho de parto. É este, portanto, um grave problema de saúde pública e uma irreparável violência obstétrica, denunciando a fragilidade ou a inexistência de

²³ Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Último acesso em 13 de junho de 2020.

sistemas que possam regular o acesso ao parto, além de haver uma inadequada oferta de leitos. (BRASIL, 2009)

Rodrigues *et al.* (2015) revela que as mulheres em trabalho de parto, arremessadas a peregrinação, vivenciam uma verdadeira jornada em busca de uma vaga na rede pública hospitalar, peregrinando até conseguirem atendimento, situação que traz sérios riscos às suas vidas e as de seus conceitos. Desse modo, a mulher e o bebê vivenciam uma grave violência aos direitos de cidadania, além de inestimável violência obstétrica.

A peregrinação na busca de assistência ao parto deve ser analisada considerando que estas mulheres, segundo Melo (2015), encontram-se em situação de vulnerabilidade em saúde e vulnerabilidade social. Convém destacar que esta vulnerabilidade em saúde é entendida como a chance que as pessoas têm de adoecer como resultante de um conjunto de fatores individuais e contextuais o que as tornam mais suscetíveis ao adoecimento, com estreita relação à disponibilidade de recursos.

Já a vulnerabilidade social está vinculada à precarização da vida de uma sociedade de apartações onde mulheres ou qualquer outro grupo social estão submetidos, tanto individualmente quanto em grupo familiar e comunitário, impedindo o pleno desenvolvimento humano. A vulnerabilidade social expressa-se em pobreza, desemprego, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, questões de gênero e violências de toda ordem.

Verifica-se, assim, a existência de uma profunda ferida à Constituição Federal, às Leis específicas do SUS e às normativas e diretrizes da Rede Cegonha, diante das constantes superlotações e portas fechadas e restritas para atendimento das mulheres que procuram emergências obstétricas, negando-lhes o acesso ao direito social básico da saúde e usufruto da cidadania.

Melo (2015), citando Margaret Whitehead, traz ainda o conceito de iniquidades em saúde que é tão presente neste contexto de não acesso universal à saúde e nem à ampla cidadania. Iniquidades em saúde referem-se, então, às diferenças desnecessárias, consideradas evitáveis, injustas e indesejáveis, que vai de encontro direto com um dos princípios primordiais do SUS: a equidade.

Assim, diante das superlotações, as gestantes passam a estar sujeitas e vulneráveis aos agravos à saúde, necessitando elas mesmas sair em busca da disponibilidade de vaga, mesmo sendo o SUS um sistema teoricamente de rede integrada, hierarquizada e regionalizada.

Há muito, reconhece-se que os principais determinantes dessas iniquidades estão relacionados às formas como se organiza a vida social, e que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre o processo saúde e doença. Buss e Pellegrini Filho (2006) revelam que Determinantes Sociais de Saúde são entendidos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, indo além do valor do PIB per capita, tendo a ver com os recursos financeiros, profissionais, materiais alocados e sua prioridade nos governos. Desse modo, gestantes em trabalho de parto são expostas às iniquidades em saúde diante das superlotações que, de fato, tem interface direta com os determinantes sociais em saúde.

Face à situação de peregrinação, tem-se uma intrigante discrepância entre os princípios do SUS na legislação e o que acontece no SUS real. Há o afastamento e a negação de um direito social universal da mulher e do bebê no momento do parir, fragilizando a cidadania e trazendo indignidade e exposição da gestante e do bebê às diversas intercorrências obstétricas que podem acontecer enquanto há a busca por leitos e pela garantia do direito em um momento de fragilidade.

6.3 Superlotação na MEAC ao longo dos anos

Como já bem frisado neste estudo, e também no próprio discurso dos entrevistados, a superlotação dos leitos na MEAC não é um fato isolado do âmbito nacional. Na verdade, a superlotação nas maternidades é um fenômeno em todo o país e um fato recorrente na MEAC, a assumir formatos diferentes ao longo dos anos, sendo identificada durante a realização das entrevistas. Vejamos:

[...] vou lhe dar um exemplo, no passado na época que Dr Chagas era diretor aqui da Maternidade Escola que nós não tínhamos essa preocupação com superlotação era colocando, chegava e colocava; quantas vezes nós

colocávamos juntando leito em cima do outro, mulher ficando em cadeira no corredor. Era um problema, crianças no berçário, duas num berço só. Ia colocando porque não tinha pra onde mandar. Então, aconteceu um negócio sério com aumento da mortalidade dos berçários que gerou um processo contra a Direção (ENTREVISTADO 40, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Neste depoimento, tem-se uma importante informação: em 1996, houve um intenso aumento na mortalidade de bebês na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, fato relatado pelos jornais da época²⁴ ²⁵, que registraram 49 bebês que faleceram na MEAC. Naquele momento histórico, esta instituição hospitalar era a única maternidade do Estado a receber pacientes de alto e médio risco para parir, sendo a superlotação um dos fatores determinantes para a alta mortalidade de recém-nascidos.

O ocorrido causou comoção social e foi instaurado Inquérito Civil Público em que os três entes governamentais - Município, Estado e União - foram convocados a assumir responsabilidades, sendo realizado um reaparelhamento da maternidade para prestar um melhor cuidado aos neonatos. Em 2002²⁶, outro caso de alta da mortalidade foi registrado na MEAC, com o falecimento de 13 bebês. Neste caso, a justiça determinou indenização às famílias de 300 salários mínimos.

Nas entrevistas realizadas, emerge essa situação de superlotação e mudança nos protocolos de atenção e assistência instituídos a partir de estudos em saúde, com destaque para Rede Cegonha. E, assim, efetivaram-se cuidados específicos com o recém-nascido. Vejamos:

A diferença que eu percebo do tempo que eu estou aqui é exatamente em relação aos protocolos da assistência. Anteriormente, enquanto a emergência estava aberta, ela sempre ia atender, independente do que a casa vai oferecer da maternidade ter ou não essas condições. Agora, depois da instalação dos protocolos, esses protocolos que vêm fazendo que essa mulher e essa criança tenha toda uma assistência adequada no período que ela passar dentro da maternidade (ENTREVISTADO 24, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

²⁴ Reportagem disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1996/11/22/cotidiano/1.html>>. Último acesso em 19 de setembro de 2020.

²⁵ Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1206200235.htm>>. Último acesso em 26 de setembro de 2020.

²⁶ Reportagem disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL534302-5598,00-MATERNIDADE+DEVE+INDENIZAR+FAMILIAS+DE+BEBES+MORTOS+NO+CEARA.html>>. Último acesso em 17 de setembro de 2020.

Verídica é a situação de que a melhoria dos protocolos de cuidado e o maior treinamento da equipe de saúde contribuíram para a diminuição da mortalidade neonatal no país e no Estado. Entretanto, não resolveram a situação da falta de leitos e a proclamada peregrinação materna. É observado que muitas são as estratégias que a instituição de saúde em estudo realiza para tentar diminuir a sobrecarga de demanda que lhe é imposta diariamente e, principalmente, quando a maternidade se encontra com os leitos neonatais ocupados. Uma delas foi a criação do Núcleo Interno de Regulação de Leitos, em 2015²⁷, com o objetivo de agilizar as transferências e gerenciar leitos na maternidade e de realizar trabalho frequente com a Central de Leitos do Estado e do Município para a agilidade de transferências de pacientes e de bebês e otimizar a utilização dos leitos na unidade hospitalar. Veja a seguir:

A gestão, ela tem bolado uma série de estratégias em relação a isso. Uma dessas estratégias foi criado o NIR- Núcleo Interno de Regulação de Leitos- onde trouxe uma melhoria porque agilizou mais a questão dos leitos, dentro dessas possibilidades. Eles trabalham também com as transferências desses, quando eles têm condições de ser encaminhados pra outros hospitais, outras UTIs, com isso gerando vaga, e essas situações têm favorecido (ENTREVISTADO 36, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Por outro lado, é também relatado na pesquisa a dificuldade encontrada pelos profissionais para ser realizada a transferência entre os hospitais. Observe:

Sempre é muito difícil transferir, muito difícil, a depender do dia da hora, sempre é muito difícil, não é fácil não. (ENTREVISTADO 30, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

Geralmente quando os leitos da neonatologia estão lotados, existe uma pressão da neonatologia da obstetrícia não internar, da obstetrícia restringir os internamentos e a obstetrícia muitas vezes não consegue fazer isso porque não consegue transferir as pacientes, não têm pra onde transferir(ENTREVISTADO 32, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Além das tentativas de transferência de mulheres e de bebês junto ao NIR, outras duas medidas são tomadas pela direção hospitalar para evitar uma maior

²⁷ Reportagem disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/noticia-destaque1/-/asset_publisher/mUhqpXBVQ6gZ/content/id/1210687/2016-06-nir-da-meac-e-destaque-no-3-forum-de-maternidades-de-fortaleza>. Último acesso em 19 de outubro de 2020.

sobrecarga na instituição: a primeira, e mais extrema, é o fechamento da porta de emergência/urgência realizada pelo fato de a instituição não conseguir atender a nenhuma paciente que a procura - essa medida impede o atendimento de qualquer mulher, mesmo sendo paciente que necessite de atendimento obstétrico, ginecológico ou mastológico. A segunda medida tomada pela gestão hospitalar é a restrição de atendimento realizada pelo fato de a maternidade ter uma prévia identificação e seleção do que poderá ser atendido dependendo da capacidade institucional no momento - geralmente a restrição de atendimento ocorre para o perfil de mulheres em trabalho de parto prematuro, isto é, mulheres que iniciam o trabalho de parto entre as 20^a e 37^a semanas de gestação.

A situação da restrição ou do fechamento da unidade de atendimento de emergência/urgência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand revela contornos diferentes com o passar dos anos. Sobre o fechamento da emergência, fato que ocorre quando não há leitos disponíveis para internar qualquer tipo de paciente, seja ela mulher com demanda ginecológica, obstétrica ou de mastologia e prematuridade, é uma ação extrema tomada pelos gestores. Veja o que dizem estes entrevistados:

No início, quando eu cheguei, chegavam a colocar até as correntes na entrada da emergência, mas com o passar dos anos não se colocam mais, de jeito nenhum, não colocaram mais. (ENTREVISTADO 18, PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO)

Já aconteceu de fechar a emergência, logo no início quando eu assumi o concurso em 2015. Nos primeiros anos, acontecia bastante essas situações de fechamento. Agora, de uns 2 anos pra cá, a Direção junto com a equipe nas suas reuniões acabaram por decidir que não se fecharia mais, apenas aconteceria uma restrição e aquele primeiro acolhimento pra que a paciente possa retornar com segurança pra procurar outra maternidade (ENTREVISTADO 10, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Sobre o fluxo de atendimento, quando a maternidade está com restrição de acolhimento na emergência/urgência ele é bem detalhado nestas duas entrevistas. Vejamos:

Quando a gente assume o plantão, a gente fica sabendo que tá com restrição. Ai o fluxo tem sido o seguinte: o profissional da enfermagem vai até a pessoa que está querendo ser atendida, à usuária, à paciente e comunica a essa paciente, usuária, a situação de restrição por conta da superlotação, aí

explica toda a situação pra ela e diz que ela pode estar passando por um acolhimento inicial, mas já sabendo que após esse acolhimento, estando ela bem, em condições de buscar um outro atendimento, ela vai ter que fazer isso pra que não seja colocado a sua vida em risco. E aí, essa paciente depois de passar por esse primeiro momento vai, sai em busca de atendimento [...] No começo logo quando a gente entrou, em 2015/2016 era muito ainda bem desorganizado, porque atendida a paciente no portão da MEAC, hoje já está mais organizado, a paciente ela já entra, já conversa com a equipe de uma forma mais, como eu posso dizer, com maior cuidado, um certo sigilo, ela não vai ficar exposta tanto, como no portão. (ENTREVISTADO 10, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

A Direção manda um comunicado pra emergência dizendo que a emergência ou está fechada pra atendimento devido não ter onde colocar paciente ou uma restrição de atendimento ou seja atender paciente apenas que teoricamente não irá usar aqueles serviços que não está lotado, tipo caso de abortamento por exemplo. Então, o atendimento na emergência, o porteiro já avisa pra paciente que a emergência está fechada ou restrita, mesmo o porteiro dando esse recado a paciente conversa com o enfermeiro do acolhimento, seguindo a classificação de risco. O enfermeiro do acolhimento avalia o grau de necessidade da paciente naquele momento, e, se ele entende que a paciente tem uma condição de procurar um outro hospital, o que a gente entende por uma consulta, a gente encaminha pra um outro hospital. Encaminha assim: a gente diz pra ela, verbalmente, que ela pode procurar outro hospital. Agora, se a gente vê que é um caso realmente de uma urgência, mesmo estando superlotada, a paciente vai ser atendida. A gente não retorna com a paciente. Ela vai fazer a ficha e vai passar pela avaliação médica, mas o primeiro contato é com o porteiro e enfermeiro (ENTREVISTADO 16, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Realizando uma comparação entre as duas declarações - Entrevistado 10 e Entrevistado 16 - sobre a restrição do atendimento, é observado que os fluxos de atendimento e acolhimento à mulher que procura a unidade hospitalar são em sua essência parecidos, entretanto, quando é realizada uma avaliação crítica e detalhada do que é descrito pelos entrevistados, é identificado mudanças interessantes com o passar do tempo.

Em um primeiro momento, nos anos de 2015/2016, o atendimento se dava no portão da instituição, talvez sem priorizar o sigilo, o cuidado e a atenção que o momento indicaria, demonstrando que nem adentrar ao hospital a população usuária teria direito a acessar, sendo esta uma instituição pública, inserida nos princípios e diretrizes do SUS e da Rede Cegonha que orientam que para qualquer usuário, independentemente da lotação da instituição, o acolhimento deve ser realizado. Acolhimento nas diretrizes do SUS é identificado como uma escuta respeitosa e qualificada em que as necessidades do usuário serão identificadas e redirecionadas a outra unidade de saúde, caso esta não seja a ideal, sendo este referenciamento

claro e seguro, produzindo a integração das instituições de saúde. (BRASIL, 2011)

Com o passar do tempo, possivelmente por discussões, aprimoramento, pressão de toda equipe que compõe o setor da Emergência/Urgência e da própria população que busca a maternidade, a orientação de atendimento à mulher usuária que chega à maternidade nos momentos de restrição muda. Ela passa a ter o direito de ser ouvida por um profissional tecnicamente capacitado para identificar suas demandas em saúde.

Assim, observa-se que, caso a paciente esteja com alguma intercorrência grave na gestação, ela será encaminhada ou para Central de Leitos, via NIR, ou para internação na MEAC, mesmo não havendo leitos. Para aquelas mulheres que não estão com intercorrência grave e que podem sair em busca de outra unidade hospitalar é feito um encaminhamento verbal para ir a outra maternidade, elas ficam por conta própria. A mudança nos protocolos de atendimento na emergência/urgência fica muito bem caracterizada pela entrevista anterior, (Entrevistado 16) e na entrevista seguinte. Vejamos:

Antes o pessoal vinha dar a ordem, na verdade, a ordem era emergência fechada, não era nem restrição, se falava assim, emergência fechada, não era pra atender. Como eu te falei, tinha esse conflito, as pacientes realmente tinham uma longa dificuldade de entrar. Hoje, a gente fala de restrição de atendimento. As pacientes são acolhidas e aí o que que acontece: o médico que atende é ele que vai decidir se ela vai ser internada ou não e aí a restrição é do internamento e não do atendimento, entendeu. As pacientes passaram a ser acolhidas, serem examinadas, mas é restrito o internamento delas, se elas precisarem de internamento é colocado na central, às vezes, e, se for o caso que realmente não dê pra transferir, acaba sendo internado aqui mesmo. Então eu percebo que mudou a dinâmica nesse sentido. As pacientes agora conseguem ter mais acesso, não precisam ser voltadas, porque elas já chegaram a ser voltadas da própria portaria, o porteiro voltar e dizer que não vai ter atendimento, porque ela tava com prematuro (ENTREVISTADO 29, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Importante ser registrado que a própria equipe reconhece que os protocolos de atendimento não ocorrem em uníssono, eles sofrem variações dependendo do perfil dos profissionais que fazem parte daquele turno. Observe:

Bem, isso vai depender do dia, às vezes e também vai depender da equipe que é variável. Porque às vezes por mais que esteja superlotada eles ainda fazem um atendimento inicial e meio que torna risco, mesmo eles informando a pessoa que caso aconteça alguma coisa é de responsabilidade da pessoa. Mas mesmo assim, depois da pessoa entrar, ela vai saber, querendo ou não, lá dentro. Os médicos, eles têm uma responsabilidade, mesmo de porta

fechada, mesmo sendo avisado. Só não atende se for fora do padrão do dia. (ENTREVISTADO 08, PROFISSIONAL RECEPÇÃO).

Tem plantão que ela volta do portão, ela nem chega a entrar. Ali mesmo ela é orientada a procurar outro serviço. Tem outros plantões ela passa por uma escuta qualificada por uma triagem guiada e a partir daí, ela tem oportunidade de muitas vezes tirar alguma dúvida com o médico e procurar uma outra unidade de saúde, então assim, essa é a maneira que acontece. (ENTREVISTADO 34, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Destaco aqui que a comunicação do fechamento ou da restrição do atendimento, segundo os profissionais entrevistados, tem característica curiosa. Veja:

[...] a ordem da Direção não vem escrita, é só uma informação verbal. (ENTREVISTADO 29, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

não tem um comunicado escrito lá fora né? Que eu acharia que tinha que ter. Não houve, lá fora por escrito não. (ENTREVISTADO 12, PROFISSIONAL RECEPÇÃO).

Diante das declarações relatadas acima - entrevistado 29 e entrevistado 12 - é possível observar que atualmente não há uma formalização escrita ou comunicação oficial aos profissionais e à população usuária que verse sobre a dificuldade de atendimento que a instituição perpassa, o que há é um comunicado verbal passado de setor para setor, de profissional para profissional, deixando a situação da superlotação e da falta de leitos na informalidade. Esta pode ser uma estratégia do órgão público de evitar que, caso exista algum documento oficial, este seja utilizado contra a maternidade, reverberando a situação na grande mídia e o caso possa ganhar maior notoriedade.

A Rede Cegonha, como uma das redes prioritárias propostas pelo Ministério da Saúde, tem o compromisso de assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, o parto/nascimento, o puerpério e a atenção infantil em todo o âmbito do SUS, fortalecendo a ética de atendimento e a prestação de serviços, quanto de reorganização das práticas, processos de trabalho e fluxos para a adequação de acesso e a cobertura assistencial, com o lema “Vaga Sempre”. (BRASIL, 2011)

A própria situação de uma paciente sair individualmente e pessoalmente em busca de um hospital para atendimento quando a maternidade não oferece leitos

disponíveis é uma grave falha. Dessa forma, há a não garantia da “Vaga Sempre” tão disseminada nas legislações que percorrem o SUS, na Política de Humanização e na Rede Cegonha, transformando uma problemática de ordem política, social e econômica em um viés individual. Quando se analisa os preceitos da Rede Cegonha (BRASIL, 2011), que orienta que mesmo que a instituição esteja lotada, ela deve realizar a transferência segura para outra unidade de saúde, observa-se que não há essa priorização.

Talvez a situação de transferência segura ocorra apenas àquelas pacientes que chegam em estado mais grave, necessitando de internação e que não têm condições de procurar outra unidade de saúde, visto que os profissionais encontram dificuldades em realizar transferência formal que é aquela ocorrida via Central de Leitos. Observe:

[...] as mulheres que vem por demanda espontânea, elas são avaliadas, são vistas, e se houver necessidade de internamento e, a gente não tendo vaga, coloca essas mulheres em central, e essa é a nossa forma de trabalho com restrição. (ENTREVISTADO 36, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

Assim, vê-se uma queda de braço entre a demanda e os leitos ofertados, e volta-se ao ponto inicial. A estrutura da Rede de Saúde do Estado não comporta a demanda que chega à MEAC, impondo a ela realizar uma maior seleção de qual paciente deve ou não ficar, quem está no perfil ou não, quem está mais grave ou não. Entretanto, por inúmeras justificativas que podem ser listadas, é necessário e de responsabilidade Institucional e da Rede em Saúde da cidade dar encaminhamento seguro e formal às mulheres que procuram o atendimento hospitalar.

A falta dessa formalidade no processo do encaminhamento daquelas mulheres que não serão atendidas por conta da superlotação e que são orientadas a procurar outra vaga, por si só pode ser caracterizado como Violência Institucional. A violência institucional, relatada por Rodrigues *et al.* (2015), é outra importante característica quando se estuda o fenômeno da superlotação das emergências obstétricas. A violência institucional se estabelece quando há a criação de obstáculos quanto ao acesso ao direito da mulher ao acolhimento e quando o serviço de saúde nega o atendimento, seja por qual motivo for, mesmo que seja a falta de leitos.

Tal situação do sucateamento da Rede de Saúde não neutraliza e nem exime a responsabilidade institucional de atender às mulheres que a procuram e dar um encaminhamento seguro e resolutivo às pacientes que necessitem, mas compartilha a responsabilidade de necessidade de melhorias com todos os entes federados. Assim, tem-se a necessidade de ser firmado um compromisso ético em todas as gestões federativas para que a problemática da falta de vagas na Rede SUS e peregrinação materna seja objeto de trabalho prioritário e intervenção incansáveis para que todos, esteja onde estiver, tenha o direito ao acolhimento e ao atendimento em saúde, funcionando o sistema público de saúde de forma realmente integrada e regionalizada.

A evidente falta de investimentos na saúde da mulher, que inviabiliza a construção de novas maternidades e a ampliação e a adequação das existentes, é um dos fatores da precária assistência obstétrica no Brasil, pois os serviços de saúde devem estar articulados, interagindo entre si, correlacionando e cooperando com ações no cuidado durante o processo do parto. Ou seja, as instâncias dos níveis municipal, estadual e federal devem estar coordenadas em corresponsabilidade com saberes, recursos e tecnologias em prol da saúde materna e do bebê, não sendo tarefa da mulher e de sua família a busca por hospitais que aceitam realizar o cuidado. (RODRIGUES *et al.*, 2015)

A recorrência das restrições de atendimento na emergência/urgência na unidade de saúde em destaque também é uma característica da superlotação dos leitos na MEAC:

Está sendo muito recorrente, assim, pelo menos na minha visão está sendo recorrente. Não é coisa que acontece uma vez no ano, não, eu já peguei assim num mês já uma sequência assim de plantões, três, quatro plantões com restrição de atendimento por causa da superlotação, então, assim, tá sendo muito recorrente. De uns anos pra cá. Eu lembro que quando entramos, a gente não tinha, eu não lembro nos primeiros anos esse tipo de coisa, veio de um tempo pra cá. Então, assim, de um tempo pra cá, tá sendo recorrente. (ENTREVISTADO 05, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Eu acho que praticamente todos os meses a gente tem um período de dias, de semanas, que a gente fica com essa situação [superlotação]. E muitas vezes quando a gente abre passa três, quatro dias, já tem que fechar novamente porque o serviço tem uma demanda reprimida enorme que acaba chegando pra gente. (ENTREVISTADO 01, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Ao analisar os relatórios institucionais, entre os anos de 2015 e 2020, relativos ao atendimento de emergência/urgência, é observado que a nomenclatura emergência fechada e emergência restrita se confunde nos relatórios. Apenas nos anos de 2015 e 2016 é que não há essa confusão na descrição da situação da emergência. Nestes dois anos, há a identificação de “emergência fechada”, já nos outros anos, há uma mescla nos relatórios na identificação da situação do atendimento na porta de entrada com a identificação “emergência fechada” ou “emergência restrita”. Há uma alternância dos meses no uso das nomenclaturas utilizadas. Segue tabela, de formatação própria, com compilado dos números identificados de 2015 a setembro de 2020.

Emergência/Urgência com atendimento fechado ou restrito na MEAC						
Mês/Ano	2015	2016	2017	2018	2019	2020
janeiro	Não há menção	4	3	7	5	17
fevereiro	12	6	12	8	11	13
março	11	5	3	12	19	5
abril	3	16	2	17	12	2
maio	4	8	7	17	5	16
junho	3	4	7	16	16	17
julho	3	0	20	0	17	16
agosto	2	2	2	19	16	11
setembro	0	0	8	13	11	*
outubro	3	1	11	4	13	*
novembro	3	0	15	8	9	*
dezembro	1	4	5	17	11	*
total	45	50	95	138	145	*

Formatação própria do autor (Tabela 01)/ *Não há dados disponíveis

Ao examinar a tabela acima, é observado que há um contínuo aumento no tocante ao fechamento ou restrição de atendimento de emergência/urgência da Maternidade Escola ao longo dos anos. Nos anos de 2015 e 2016, em que há clareza nos relatórios dos atendimentos de que houve o fechamento da emergência, é notado um progressivo aumento de um ano para o outro, entretanto, não há identificação se houve restrição do atendimento nos demais dias destes anos.

Nos demais anos (2017 a 2020) há uma intensificação na restrição ou fechamento da emergência que no ano de 2019 chega a ser mais de 39% dos dias com algum tipo de condição limitante no atendimento emergencial. Isto é, uma parcela relevante do ano apresenta alguma restrição na Porta de Acesso Hospitalar, expondo também um grande número de mulheres que lá procuram atendimento à peregrinação.

Durante a Pandemia do Covid-19, ao analisar os relatórios institucionais durante o período de pico da doença no Estado do Ceará, ocorridos entre a última semana de abril e o dia 20 de maio, quando se obteve a maior média de casos confirmados²⁸, a MEAC, todavia, também teve nos meses de pico do Coronavírus a restrição do atendimento. Em verdade, houve um decréscimo com relação aos dois anos anteriores relativo a restrição do atendimento nos meses de março e abril, evitando a maternidade, restringindo o acolhimento de novas pacientes.

Todavia, ao analisar as entrevistas neste período, há um descolamento entre o que é apresentado nos relatórios e a fala de um dos entrevistados. Vejamos:

[...] Do dia 27 de março até o dia mais ou menos 10 de agosto nós não tivemos nenhum momento de restrição, embora a maternidade escola estivesse lotada. (ENTREVISTADO 41, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

Assim, mesmo diante de uma situação pandêmica na qual a gestante foi identificada como grupo de risco para a Covid-19, ainda houve a situação da restrição de atendimento e, conseqüentemente, exposição de mulheres e famílias a peregrinar de maternidade em maternidade até conseguir acessar o acolhimento em saúde. A Peregrinação materna é uma fatalidade e uma realidade injusta imposta a centenas

²⁸ Boletim epidemiológico disponível em <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/BOLETIM_COVID-19_17_12_20.pdf>. Último acesso em 13 de novembro de 2020.

de mulheres que buscam as emergências obstétricas e não obtêm a efetividade do atendimento na maternidade que procura.

Há, então, outros agravantes que permeiam a vida de tais mulheres que ficaram ainda mais gritantes quando analisadas em um contexto de pandemia, visto que a única forma de evitar a proliferação da Covid-19 é o isolamento social, repercutindo a poderosa frase dita em todos os meios sociais e pela Organização Mundial de Saúde: “Fica em casa”.

É diante de uma discrepância social tão absurda que no momento do parto, no momento de vulnerabilidade social e da vulnerabilidade em saúde inserido no contexto pandêmico, que não é admissível que a parturiente seja colocada a bater de emergência obstétrica em emergência obstétrica em busca do acolhimento e internação, estando sujeita a ser contaminada durante a busca por leitos por uma doença que até agora não apresenta forma de cura e nem vacina disponível no Brasil.

6.4 Reações da população à superlotação dos leitos

Estar em trabalho de parto ou necessitar de atendimento de emergência e urgência durante o período gestacional coloca a mulher e o bebê na situação de população em vulnerabilidade social, sendo este público prioritário para atendimento em qualquer política pública, principalmente nos serviços de saúde. Estar gestante, necessitar de uma avaliação obstétrica e deparar-se com as portas da emergência restritas ou fechadas diante da superlotação dos leitos neonatais, não é uma questão fácil de se suportar e, com certeza, é uma experiência traumatizante.

Procurar um serviço em saúde e se deparar com a superlotação dos leitos e a impossibilidade de atendimento no momento em que necessita é um fato marcante e inegavelmente estarrecedor para quem vivencia a dificuldade de acesso à saúde. Diante do grande número de mulheres que procuram os serviços, principalmente de emergência e urgência obstétrica e do número limitado de leitos existentes na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, na MEAC, há quase que regularmente a restrição do atendimento na porta da emergência mastológica, obstétrica e ginecológica. Muitas

foram as reações vivenciadas pelas pacientes e familiares que os profissionais relataram em seus depoimentos. Vejamos:

Quando estão em trabalho de parto elas ficam em pânico, às vezes as pacientes nunca passaram por isso. Ficam em pânico, mas alguma outras, elas reagem normal, entendem e procuram outra unidade, mas a maioria ficam em pânico e os acompanhantes mais ainda [...] Os acompanhantes acham um absurdo, pra eles tipo eles estão pagando com os impostos e quando precisa não tem. Só que eles não sabem a verdadeira realidade do que é restringir uma emergência por conta de superlotação (ENTREVISTADO 18, PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO).

Tem delas que entende, mas tem delas que não entende e começa a reclamar. É mais se estressar, dependendo da dor, né? [...] Há quem reclama muito, quem xinga mais é o familiar, a paciente nem tanto. Os familiares começam a xingar né. Como pode um hospital desse tá fechado, um hospital grande desse. (ENTREVISTADO 11, PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO)

É possível identificar nos depoimentos acima que as reações individuais podem ser diversas. Uma delas é a reclamação, uma forma condigna de retorquir à falta de leitos e a necessidade de ter de procurar por si só o leito ou a disponibilidade de vagas, seja ela neonatal ou obstétrica. Essa reclamação pode ser dentro dos padrões mais argumentativos, podendo chegar ao xingamento.

A reclamação ou, no extremo, o xingamento pela paciente ou por seus acompanhantes, no momento do primeiro atendimento na unidade de emergência e urgência, a impossibilidade da paciente ser atendida na MEAC, pode ser visualizada como uma forma de pressão social individualizada pelo acesso ao serviço que, dependendo da situação, pode implicar em uma avaliação inicial:

Umam aceitam tranquilamente, vão, escutam a orientação, às vezes pedem pra aferir a pressão e esse negócio todo, e aí vão ok pra outro local. Aí lá eles, se for pré-natal de alto risco, indicam César Cals, se for pré-natal normal, sem nenhuma indicação de alto risco, que siga pro Gonzaguinha, elas seguem a orientação e vão. Só que tem outras não, outras mais estressadas, estão mais cansadas com o relato de que já rodou em vários lugares e bate o pé, diz que não vai e vai continuar ali (ENTREVISTADO 20, PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO).

Assim, algumas entende, né, e outras não. Outras não aceitam, aí não sei o que lá, tenho que ficar aqui, meu pré natal é aqui e tudo e tal, tem que ser aqui, só quero se for aqui, só posso ter aqui. Tem outras que tenta fazer aquele barraco e tudo, mas no final entende e vai, porque vê que não tem condições mesmo do atendimento. Ai ela faz uma avaliação, o médico às vezes quando faz avaliação explica lá dentro, ai elas entende e vai. [...]. Eles ficam muito indignados, quando a gente fala que tá superlotada, e tudo. Eles não gostam muito não, reclamam mesmo. Reclamam, pra onde é que eu vou, aí não saio daqui. Aí bate o pé, só saio daqui quando tiver com o menino

nascido, e não sei o que, aquelas coisas. (ENTREVISTADO 20, PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO)

Diante dos relatos acima, constata-se que paciente e família quando questionam e pressionam por um atendimento na unidade de saúde, são identificados como estressados e briguentos. Na verdade, esta é apenas uma das formas da população se posicionar e tentar garantir minimamente o que lhe é de direito, ou seja, o acolhimento em saúde, tão bem discutido na Rede Cegonha.

Outra forma de pressão dos usuários para o acesso ao serviço de saúde é buscar o setor de Ouvidoria, órgão que está estruturado, desde 2007, em âmbito nacional para fortalecer a cidadania da população usuária²⁹. Entretanto, segundo a declaração abaixo, poucos são aqueles que buscam realizar reclamação formal referente a falta de leitos. Vejamos:

Na verdade, chegam muito poucas, chegam na ouvidoria, já tivemos na ouvidoria alguma queixa, mas muito poucas. No momento que a gente está na classificação de risco tá conversando com elas sobre essa situação, algumas, no primeiro momento, não querem aceitar, mas depois elas aceitam quando compreendem que vão para outro hospital; de forma alguma, se não aceitar, continuam lá dentro, a gente não joga pra fora a gente acaba ficando, a maioria das vezes é isso. Ou então elas acabam indo lá no serviço social, porque pra elas o serviço social vai lá e vem e diz que a gente tem que ficar com a paciente. Aí elas eu quero falar com o serviço social, aí elas vão ao serviço social muitas vezes. (ENTREVISTADO 36, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

Com base na declaração acima, ENTREVISTADO 36, outra forma de busca por acesso que as mulheres e seus familiares vislumbram como oportunidade é a busca pelo setor de Serviço Social, profissão que tem em seu código de ética³⁰, a busca pela garantia de direitos e a ampliação da cidadania. Esta é uma profissão que está inserida na área da saúde e diariamente busca se posicionar a favor da classe trabalhadora e, particularmente, dos setores empobrecidos. Assim, a população identifica no profissional Assistente Social uma oportunidade de acesso à unidade de saúde.

²⁹ Informação disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_ouvidoria_sus.pdf>. Último acesso em 20 de outubro de 2020.

³⁰ Informação disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf>. Último acesso em 23 de outubro de 2020.

Em uma avaliação crítica do que foi declarado aqui sobre as formas da população se posicionar, constata-se que não há, mais uma vez, a garantia do acesso ao serviço de saúde, não há a garantia da plena cidadania. Carvalho (2002) apresenta a cidadania como um processo histórico e longo, cunhado por diversas forças e que tem múltiplas dimensões como direitos sociais, direitos civis e direitos políticos. Assim, o ideal de uma cidadania plena é a combinação da liberdade, da participação e da igualdade para todos, ideal, talvez, nunca atingível, dentro da perspectiva do capital.

A primeira vez que se tem indício de estudos relativos à temática cidadania foi realizado por Marshall, ainda no século XVIII, na Inglaterra. Este período dos anos de 1700 é conhecido como um momento de processos de lutas, revoluções e embates sociais, como a Revolução Francesa na condição de evento político que revolucionou, sendo um marco na história mundial.

Adentrando na concepção de cidadania de Marshall, tem-se por direito civil os direitos de primeira linha, a saber: a vida, a liberdade, a propriedade e a igualdade perante à lei. Os direitos políticos são os referentes à participação na vida governamental, como o direito ao voto. Já os direitos sociais são os que se referem à garantia na participação da riqueza coletiva, como educação, trabalho, salários justos, saúde, aposentadoria, segurança. (CARVALHO, 2002)

No Brasil, o processo de cidadania se deu de forma diferente em relação aos países europeus e ao que Marshall configurou em sua formulação.

A cronologia e a lógica da sequência descrita por Marshall foram invertidas no Brasil. Aqui, primeiro vieram os direitos sociais, implantados em período de supressão dos direitos políticos e de redução dos direitos civis por um ditador que se tornou popular. Depois vieram os direitos políticos, de maneira também bizarra. A maior expansão do direito do voto deu-se em outro período ditatorial, em que os órgãos de representação política foram transformados em peça decorativa do regime. Finalmente, ainda hoje muitos direitos civis, a base da sequência de Marshall, continuam inacessíveis à maioria da população. A pirâmide dos direitos foi colocada de cabeça para baixo. (CARVALHO, 2002, p. 209-210)

No Brasil, o nível de desigualdade é altíssimo, com fortes apartações de classe, de etnia, de gênero e de orientação sexual. Uma legião de homens supérfluos para o capital sobrevivem em estado de pobreza, isto é, homens sem acesso ao mínimo para viver e alcançar a cidadania. A Constituição de 1988 impõe ao Estado Brasileiro o compromisso de garantir condições de cidadania a todos e todas as

brasileiras. Esta delimitação constitucional representa um ganho sem medida. Entretanto a submissão das políticas públicas aos interesses neoliberais, degenera o ideal de se conseguir alcançar uma sociedade mais cidadã e o acesso ao básico para viver com dignidade (MARTINELLI, 2009). É o que bem enfatiza a fala a seguir:

A gente tem uma população roubada de seus direitos. Então, a gente tem um plano muito bonito a partir da Constituição Federal. É o direito à saúde, o acesso à saúde, tá ali garantido na nossa lei maior, mas quando a gente vai pra regulamentação dessa lei, no passo a passo do dia a dia, a gente percebe que não há a efetivação desse direito quanto ao acesso digno em todas as esferas, todas as especialidades, modalidades, nível de complexidade. Então, a gente vê pacientes aguardando cirurgias há muitos anos e anos; então, assim não há garantia desse direito na realidade. (ENTREVISTA 34, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

Nos dias atuais, há uma intensa financeirização do capital em circuitos sem limites e sem controle direcionados para novos padrões de acumulação. Tudo está centrado nos interesses do mercado, implicando uma radical fragilização das políticas sociais. Verifica-se um desmonte da política social ao trabalhador com desmonte das leis trabalhistas a gerar trabalhos inseguros, insalubres, indignos, precarizando ainda mais a vida dos cidadãos.

No âmbito da política de saúde, há uma fragilização dos princípios do sistema público de saúde, não se conseguindo assegurar nem os atendimentos de urgência e nem os atendimentos de diagnóstico e cuidado contínuo. O que se observa é a intensa retirada de recursos destinados à Seguridade Social para manter o superávit primário, negando direitos básicos para quem mais precisa. Na verdade, esse é o real impedimento para a ampliação dos direitos sociais e a viabilização das políticas públicas no Brasil. (ANFIP, 2008)

Outra informação emergente nas entrevistas, repetida de forma recorrente pelos sujeitos e que causa preocupação é a de que várias pacientes aceitam, com pacificidade, a falta de leitos e buscam outro serviço. Vejamos:

Ó... tem uns familiares que eles reagem assim, como algumas pacientes, também vão buscar outro serviço dizendo: "tá ok obrigada" (ENTREVISTADO 20, PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO)

(...) às vezes a própria gestante não vê tanto problema, mas o acompanhante dessa gestante ele gera algum problema. (ENTREVISTADO 08, PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO)

E um dos entrevistados afirma:

Olha, poucas vezes eu vi alguém ficar transtornada, sei lá, como eu posso dizer isso, ou indignada com essa situação, porque elas entendem que são muitas mulheres. A forma como a enfermeira conversa com ela, dialoga com ela, explica bem direito que não tem vaga e aí elas acabam entendendo porque o risco maior é pra elas mesmas e o bebê, então elas acabam procurando outra unidade. (ENTREVISTADO 09, PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO)

Analisando com maior profundidade esta situação da não indignação ou não reclamação da população usuária, é possível fazer uma relação com a histórica falta ou a escassez de serviços públicos que essa mulher e a família podem vivenciar no cotidiano quando sai em busca de acesso à educação, ao emprego, ao saneamento básico e/ou à habitação, por exemplo. E assim, terminam por fortalecer o padrão de cidadãos que não se reconhecem como detentores de direitos.

Aqui, portanto, é exposta a grave limitação da cidadania brasileira em meio à manutenção de expressões da desigualdade social, em um país discrepante, com apartações. É um país exposto ao desafio de enfrentar a herança da injustiça social, a excluir parte significativa de sua população do acesso a mínimas condições de dignidade. (CRESS, 2013)

A própria situação de extrema pobreza é um agravante para o fomento das lutas sociais, em um momento em que nem os mínimos direitos sociais de sobrevivência são garantidos. Há a necessidade de se criar um novo patamar de cidadania, com estratégias de geração de emprego e renda, oportunidades e acesso real a direitos. Um dos maiores infortúnios à cidadania é o não acesso à política de saúde que é universal e em um momento de fragilidade social e busca de cuidados, o usuário chega ao serviço de saúde e nele não há disponibilidade de atendimento. (ANFIP, 2008)

Trazendo a discussão para o objeto de estudo, que é a superlotação dos leitos de UTI neonatal e a consequente restrição de atendimento e acolhimento na emergência obstétrica, observa-se assim, uma grave violação ao direito à saúde, visto que há dificuldade de acesso ao serviço das instituições. Acesso aqui é entendido como provimento do cuidado adequado, no momento adequado e no local adequado promovendo justiça social e equidade, visto que em muitos momentos a gestante

sequer consegue realizar o primeiro atendimento na instituição que é o acolhimento em saúde. (MELO, 2015)

A própria Emenda Constitucional 95/2016 é a desarticuladora das políticas sociais já tão frágeis no Brasil de hoje. De fato, a EC 95 ao instituir um teto de gastos com políticas sociais, retira dos mais pobres o direito ao pagamento pela sociedade e, especialmente, pelo Estado da imensurável dívida social acumulada ao longo dos séculos. Assim, caso não tenhamos uma mudança drástica na visão governamental do que é cidadania, aliado a uma intensa mobilização social, não se pode vislumbrar melhorias a curto prazo ou médio prazo. É interessante observar, então, que ainda há um longo caminho a percorrer junto a garantia da ampla cidadania e os direitos sociais básicos.

Diante de várias formas de pressão da população para tentar o acesso ao ambiente hospitalar, os profissionais que estão na linha de frente do acolhimento na emergência/urgência também passam por graves violências. Isso pode acarretar, além de medo, danos à saúde mental do profissional que também é exposto a circunstâncias limites. Uma delas é a ameaça verbal, caracterizadas por agressões proferidas àqueles que têm a tarefa de informar a situação de superlotação da unidade de saúde:

Já... muitas agressões verbais, mas agressão física no momento que eu tava lá até agora, não. Os homens quando eles estão, bate na porta, bate no balcão, fala as coisas com a gente, mas bater, bater pegar na gente não, mas ameaçar essas coisas sim porque a gente não tem nenhuma proteção ali né, é aberto, você vê. O nosso espaço, onde a gente fica como recepcionista é aberto, já puxou bicho o computador né e tudo. É aberto, a gente não tem nenhuma proteção como os outros postos tem. (ENTREVISTADO 19, PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO)

Às vezes, a gente também é tomada pelo posicionamento, às vezes não é nem da gestante é dos familiares que acabam pressionando os profissionais às vezes até de uma forma ameaçadora pra que a paciente fique e a gente sabendo que era melhor ela procurar em segurança outro serviço, mas em virtude de como os profissionais tomados por aquela situação a gente fica muitas vezes com aquela disputa com a família, com a própria paciente e você acaba cedendo. (ENTREVISTADO 24, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

Ao recair sobre o profissional as agressões e ameaças verbais, este se sente tolhido e acaba cedendo, mesmo que a paciente não tenha o perfil que a unidade de saúde possa estar acolhendo. Como uma forma de se esquivar de outras

violências que podem prejudicar a ele e a outros colegas no plantão, furta-se de outros embates, principalmente com os familiares das pacientes e termina por ceder. O fato é que o profissional que mantém o contato direto com a paciente e sua família está exposto sem a necessária proteção, sofrendo as mais variadas consequências da situação limite da superlotação.

Inegavelmente, estar cotidianamente trabalhando em uma unidade de saúde que vivencia a superlotação é um desafio no ambiente laboral, visto que, além de tentar gerenciar o ingerenciável, o profissional também experimenta diversos sentimentos, diante da lotação de leitos, tema que será abordado no tópico seguinte.

6.5 Sentimento dos funcionários diante da superlotação

Trabalhar diariamente em uma unidade de saúde que atende pacientes em situação de emergência e urgência é desafiador para qualquer categoria profissional inserida neste âmbito laboral. Aliado a esse desafio, atender em uma instituição que vive com a capacidade de atendimento no limite, torna-se um ato de coragem. Muitos são os sentimentos que os profissionais participantes da pesquisa demonstram ao se depararem com a superlotação de leitos na Maternidade Escola. Veja:

(...) porque não é fácil a gente ver uma mulher precisando do espaço, precisando ficar, porque o bebê precisa de um cuidado e a gente não poder dar esse cuidado seguro, e às vezes ela ficar peregrinando pelas maternidades, buscando uma vaga [...]Não é nada agradável, não e nada bom a gente estar trabalhando, ter que olhar pra uma mulher e dizer olhe hoje nós não temos condições de lhe atender, nós não temos como lhe receber, e antes era bem mais desagradável quando a gente pedia pra elas procurarem outra maternidade. (ENTREVISTADO 36, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

Eu não gosto de trabalhar na acolhida porque dizer e ter que mandar as pacientes pra voltar, olhar pras paciente e falar que está superlotado, hoje não tem leito e a senhora tem que procurar outro hospital eu acho horrível isso, acho horrível. Tristeza. Se sabe que a paciente não tem condições, as vezes ela diz que chegou com o único dinheiro que eu tenho e como vou procurar outro hospital, não tenho condições então assim é um momento frustrante pra paciente. Ela tá num momento tão pleno da vida dela e num momento tão feliz, eu acho isso horrível. (ENTREVISTADO 37, PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO)

O sentimento mais revelado durante as entrevistas é o de tristeza e impotência. De fato, o profissional com toda a sua experiência e conhecimento se vê numa situação sem solução e que está fora da sua gerência. Observe:

Primeiro, meu sentimento é de medo de acontecer alguma coisa, porque tá restrito geralmente porque não tem bico de oxigênio. Então toda vez que chega uma mulher e ela insiste em ficar a gente não sabe nem o que falar pra essa mulher, que você realmente orienta ela pra ela ir, pra ela procurar, pra que ela não corra risco com o bebê e se ela ao optar por ficar não acontecer alguma coisa pior. (ENTREVISTA 13, PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO)

A superlotação aqui na Maternidade Escola ela mexe com todo mundo, porque nós somos profissionais que estamos aqui pra prestar assistência. Eu aqui fico bastante constrangido quando tenho que voltar paciente. Fico bastante constrangido quando chega o prematuro que eu não posso internar. Fico bastante constrangido quando estou de plantão e a maternidade está fechada, e as pacientes voltam, dão viagem perdida aqui, e nem tendo dinheiro pra vir aqui, então isso ai é uma coisa que mexe com todos nós porque nós formamos pra atender bem; então, a gente fica magoado com essas coisas com essa falta de condições pro paciente ser bem atendido, tudo isso mexe, seja médico, enfermeiro, a equipe toda, quer dizer, nós fazemos um trabalho muito profissional entendeu e isso mexe, mexe com todo sistema. (ENTREVISTA 40, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

É evidente nos relatos dos entrevistados que a peregrinação materna, marca não apenas a mulher, mas também o profissional que está ali na porta de entrada para tentar fazer o melhor atendimento possível. É recorrente o sentimento de frustração, de tristeza e de impotência como profissional.

Olha quando eu me deparo com essa situação eu fico muito triste porque poderia ser alguém da minha família que estivesse procurando leito e não conseguisse e tivesse que ir pra outro hospital, porque está lotado, então é uma situação que é muito triste. Você paga impostos caríssimos e no entanto, você procura atendimento e você não tem o atendimento. Isso você já vem de outra maternidade, já vem de outra e você é parado na porta. Então, eu tenho um sentimento de impotência de não poder ajudar aquelas pacientes. (ENTREVISTADO 27, PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO)

Muitos conseguem avançar na apreciação crítica, identificando que o problema não é restrito à Maternidade Escola, mas é um problema de todo o sistema de saúde brasileiro, percebendo que a atuação profissional é limitada. E, assim sendo, é importante e necessário que as instituições governamentais se posicionem na resolução deste grave problema a violar direitos fundamentais. No Brasil, desde a Lei nº 11.634/2007, período anterior à criação da Rede Cegonha ocorrido em 2011, precisa ser garantido à gestante o conhecimento e a vinculação à maternidade de

referência, no âmbito do SUS, no momento do parto, sendo responsabilidade do Estado a garantia do leito obstétrico. Nesta perspectiva de responsabilidade institucional, é emblemática a fala que segue:

Eu particularmente já me senti no passado mais constrangido, vamos dizer assim, de ter que fazer essa negação pras pacientes, delas não serem atendidas ou terem restrição no seu atendimento. Hoje, eu tenho mais tranquilidade, porque eu já coloquei na minha cabeça que a paciente tem o Direito de ser atendida, se o hospital não tem capacidade pra fazer o atendimento, ele tem que procurar a rede de atenção à gestante pra tentar transferir pra outro canto; então assim, a responsabilidade do internamento é do hospital, não é minha, enquanto profissional. A minha responsabilidade como profissional na emergência é de acolher a paciente e de fazer o que for preciso com ela se não tem leito. Se não tem leito na uti neonatal é uma responsabilidade do hospital, não minha, entendeu. Então hoje em dia eu trabalho mais nessa perspectiva, na minha cabeça. Isso é mais tranquilo. Embora eu compreenda a dinâmica do hospital, eu não coloco essa responsabilidade que eu entendo que é do hospital nas minhas costas não. Então quando ela chega, se eu acho que é uma paciente que chegou e ela precisa de atendimento, é prematuro, o atendimento pra ela na emergência, mas pela minha avaliação ela precisa ser atendida e eu to no acolhimento, eu faço o acolhimento dela e daí pra frente é uma responsabilidade que é nossa, mas é compartilhada com o hospital. O hospital vai ter que prover esse leito, se não vai ter. (ENTREVISTADO 29, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

É interessante observar as múltiplas dimensões desta situação limite de superlotação. Existe falta de leitos, de recursos, mas a parturiente está ali, está em busca de suporte, então, emerge uma avalanche de dúvidas de como proceder neste momento de difícil decisão e atuação profissional em que confrontos éticos são potencializados. Veja só:

Como é que eu posso colocar mais alguém? Tudo vai chegar a um estrangulamento, o serviço, os profissionais, os equipamentos, os insumos, então vão chegar a esse estrangulamento porque não tem e o lado mais frágil disso é o recém-nascido; ele é quem corre maior risco, ele é quem corre, porque ele tem que ter todo o suporte já pra ele. Então, isso é difícil, muito difícil, complicado ficar orientando as pessoas que a emergência, que a porta aberta. Se as pessoas tivessem esse entendimento de que vou ser examinada e eu vou ser orientada nessas condições a procurar outro serviço, mas muitas vezes elas não fazem isso. E até os profissionais depois que examinam, quem é que vai querer se responsabilizar de mandar uma paciente de procurar outra unidade de saúde? Então é muito difícil, a situação, a gente não quer estar vivendo. (ENTREVISTADO 24, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

O desgaste emocional atinge o profissional a viver esta situação que se repete. Impõe-se a exigência de um suporte psicológico para os profissionais no

sentido de diminuir a carga emocional que é não poder prestar à população o atendimento que ela demanda. Observe:

[...] a gente tem que ter um preparo psicológico, tem que ter o suporte de todo o serviço, dos profissionais que estão no plantão, porque não é simplesmente faça a ficha, examina, tá fazendo muita confusão, ela fica, não é só isso, porque não é justo com aquela que procurou também por algum motivo, até não tendo, até menos condições que ir a outro local. Então, fica esse sentimento de até que ponto, porque pra gente é o plantão mais difícil, eu acho. O plantão mais difícil é a emergência tá fechada, vai ter menos trabalho, menos atendimento, não é porque você não poder abrir a porta da casa que você trabalha, do serviço que você trabalha pra acolher as pessoas que procurarem num momento de dor, no seu momento de insegurança por chegar o parto que é o pré parto, chega a ser uma violência no sentido de elas poderem chegar no serviço e ser plenamente atendida naquela demanda dela no momento do parto porque o serviço que ela escolheu ela não vai ter o atendimento por conta dessa superlotação, então a gente precisa muito. (ENTREVISTADO 24, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

Diante dos discursos aqui apresentados pelos profissionais, é levantada uma importante e grave preocupação: os profissionais que estão no constante atendimento às pacientes na superlotação podem também estar expostos e desencadear a síndrome de Burnout. Cabe esclarecer que a síndrome de Burnout é um problema comumente encontrado entre profissionais que trabalham em serviços de saúde e corresponde à uma resposta emocional às situações de estresse crônico, cotidiano e prolongado. O termo Burnout é utilizado como uma metáfora para explicar que se chegou ao limite do esforço e que devido à falta de energia não há mais condições físicas nem mentais para trabalhar. Trata-se de uma síndrome tridimensional, caracterizada por três dimensões sintomatológicas: exaustão emocional verificada pela presença do esgotamento emocional e/ou físico; despersonalização observada pela insensibilidade emocional ou endurecimento afetivo; e falta de envolvimento no trabalho, identificada pela inadequação pessoal e profissional (GOMES, 2014). É preciso atentar para esta fala:

Muitas vezes a gente fica com muita dó, fica com pena da paciente que às vezes é uma pessoa que não tem condição financeira de estar procurando outro hospital, às vezes vem de carona pelo vizinho, por um amigo ou vem de ônibus; então, é uma coisa que nos causa dó, nos causa constrangimento também, às vezes a gente é mal interpretada. Achem que não atende porque não quer, elas podem pensar que o profissional não está interessado em ajudar. São vários sentimentos de dó, de angústia, ou até de raiva, assim, porque também, você às vezes é mal interpretado também. É uma situação que não deveria acontecer no SUS, que tá na Constituição, tá lá, tá claro que é um direito da paciente ser atendida, principalmente durante o trabalho de parto em todo o hospital pelo SUS, mas que infelizmente não é o que acontece na realidade, alguns tem que ficar peregrinando até conseguirem

um atendimento adequado. (ENTREVISTADO 15, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

E outros depoimentos se agregam ao desgaste emocional, aos sentimentos de frustração e impotência. De fato, a situação da superlotação na Maternidade Escola não interfere apenas nas relações profissionais e interpessoais daqueles que fazem parte da equipe de emergência e urgência, mas também interfere nas relações profissionais deste setor com outros. Veja só:

Existe divergência. Determinado setor que querem aceitar o paciente, mesmo com as dificuldades, e outros que não, que não querem receber esse paciente diante das dificuldades de leito, até porque o leito pra, vamos supor, pra você receber a mãe, você tem que assegurar o leito do recém-nascido; então, são dois leitos que tem que estar assegurados; então, há divergência sim da equipe. Tem uma certa divergência nesse atendimento, tem uns que concordam, tem outros que não concordam com a restrição de atendimento. (ENTREVISTADO 05, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

Acaba que quando tá muito lotado, acaba gerando algumas situações de conflito. Por exemplo, quando chega pacientes pra ser atendidos e aí a gente comunica que não está recebendo porque está superlotado, aí às vezes uma divergência entre os profissionais quanto ao fato de atender ou não. (ENTREVISTADO 10, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

Às vezes, tá o berçário lotado, que eles [o berçário] querem que limite o atendimento, mas tem vaga para gestante, tá entendendo. Eles querem que limite o atendimento, mas a Direção do hospital não fecha o hospital e deixa a emergência aberta, responsabilidade dos plantonistas da emergência, do obstetra, a gente não pode. A gente fica de braços atados, o pessoal da neo querendo que restrinja o atendimento e a Direção não assume o fechar o hospital. Aí fica entrando paciente, a gente examina e aí, examinar e tiver indicação, tem que internar, né? (ENTREVISTADO 07, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

Diante dos relatos acima, podemos observar que há situações de discussão e embates entre setores e até mesmo entre profissionais de um mesmo setor, visto que os entendimentos relativos ao fato de a emergência ficar restrita ou não são variáveis, não ocorrem em uniformidade. Há aqueles profissionais que se posicionam em favor do acesso a todos. Por outro lado, há profissionais que se posicionam a favor da segurança dos pacientes, mulheres e bebês que já estão internados, tentando garantir o melhor atendimento possível.

É retomada, então, o triste embate: não restringir o atendimento e seguir as diretrizes do SUS de acolhimento a todo cidadão que procura a MEAC ou restringir o atendimento na emergência/urgência diante da falta de leitos e ser essa uma

tentativa de evitar mortalidade de mulheres e bebês? Esta é uma situação que envolve até questões éticas: até que ponto uma instituição e os profissionais devem se posicionar a favor do livre atendimento e do livre acesso aos pacientes, visto que, a Instituição faz parte de uma rede e não é responsável individualmente no atendimento da demanda crescente?

Diante da necessidade de manter bons níveis de atendimento, que são o ponto forte da MEAC no Norte e Nordeste, a instituição em destaque evita acolher novos pacientes para não ter piora nos seus índices institucionais, mas restringe o acolhimento a saúde na sua porta de emergência, fato que vai de encontro a todos os preceitos do SUS e Rede Cegonha. Diante desses embates, não há uma resposta fácil e pronta que profissionais, durante a participação na pesquisa, pudessem indicar como possíveis soluções para a superlotação de leitos. Tema que será destaque no próximo item.

6.6 Indicações dos profissionais para solucionar a superlotação

Encontrar uma solução para a superlotação de leitos é um desejo vivido conjuntamente pelos entrevistados. Muitas são as possibilidades que os profissionais idealizam para dar fim à superlotação na MEAC, a principal ideia é o fortalecimento do pré-natal. Veja:

Melhorar o pré-natal em todo o Estado do Ceará. (ENTREVISTADO 41, NÍVEL SUPERIOR)

Eu acredito que fortalecendo a atenção básica, a partir do momento que os postos de saúde funcionam com todos os profissionais, ele funciona de forma mais capilar na comunidade, com capacidade para atender essa demanda, com certeza a Maternidade Escola e outras maternidades não vão passar por esse problema de superlotação. (ENTREVISTADO 34 PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

Sem dúvidas, com a ampliação do pré-natal, há a ampliação do conhecimento e a segurança da mulher e da família durante essa fase gestacional. A ampliação do pré-natal não pode se limitar, entretanto, a apenas consultas. Deve vir acompanhada por melhorias nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com profissionais treinados e com vínculo trabalhista fortalecido naquele território, aliado à

facilidade e a ampliação no acesso aos exames necessários para diagnóstico precoce.

Assim, pode-se vislumbrar uma diminuição na procura das gestantes às maternidades da cidade por motivos de emergência e urgência que não seja o parto ou alguma complicação mais grave, podendo a UBS realizar uma maior e mais segura identificação dos fatores de risco para possíveis agravos da gestação que é conhecida como gestação de alto risco, público-alvo e prioritário da MEAC.

Há alguns anos, acontece na Maternidade Escola um reordenamento físico que dentre os propósitos está a construção da nova Emergência obstétrica que tem por finalidade ampliar o atendimento à mulher gestante e parturiente. Entretanto esta atividade de edificação já dura por longos anos sem perspectiva de finalização. Observe o que dizem os profissionais:

Não sei, acho que teria que aumentar mais leitos, talvez, ou o sonho da gente que é aquela emergência nova abra. Acho que, talvez ali, fosse uma das alternativas, porque lá tem mais leitos. (ENTREVISTADO 14, PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO).

Eu vislumbro, assim, eu tenho a esperança né de que aconteça um maior investimento mesmo na saúde pública pra que as maternidades que já existem possa abrir mais leitos e a MEAC possa concretizar, terminar sua tão esperada reforma que desde que nós assumimos em 2015 está sendo feita uma reforma na maternidade e infelizmente essa reforma ainda não foi concluída. Então, quando for concluída, com certeza terá mais leitos, haverá mais condição de estar recebendo essas pacientes e diminuindo essa questão da superlotação. (ENTREVISTADO 10, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR).

Outra alternativa identificada durante as entrevistas foi a de tornar a MEAC uma unidade de saúde sem atendimento de emergência e urgência, uma unidade que atendesse apenas pacientes referenciados. A sua principal captação de pacientes seria via regulação de leitos, tanto do Estado quanto do Município e a Porta de Emergência não funcionaria. Veja só:

Eu acredito, assim, ia ser difícil isso acontecer, mas só se a Maternidade Escola fosse um hospital de portas fechadas, entendeu, funcionasse como o Hospital da Mulher e só recebesse paciente via regulação, entendeu, é uma proposta. (ENTREVISTADO 22 PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

Eu acho que a única solução é tornar um hospital fechado de porta fechada, dessa forma a gente só vai receber paciente regulada. Porque no mundo todo, todo hospital terciário funciona dessa forma. Seria fechar a emergência

e receber só paciente regulado, ou se não puder fechar a emergência, teria outra possibilidade, você fazer uma triagem rigorosa que é mais difícil, depois que entra é mais difícil. (ENTREVISTADO 30 PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

Talvez tal medida de extinguir o atendimento de emergência e urgência trouxesse um desafogamento da demanda que aparece diariamente na MEAC, entretanto seria um paliativo diante da Rede de Saúde Cearense. Atualmente, a cidade de Fortaleza conta com apenas 3 maternidade com atendimento de emergência e urgência para alto risco, característica que não supre a crescente demanda da Região de Saúde e nem do Estado do Ceará. Fechando-se a emergência da maternidade, para onde este público iria buscar atendimento? Iria buscar as outras portas de emergência, criando gargalos no atendimento e mais superlotação em outras unidades de saúde, não sendo esta uma medida que trouxesse resolutividade a longo prazo.

Durante as entrevistas, foram identificadas algumas soluções a nível macro, isto é, que vai além de ações institucionais e pontuais que seria o reordenamento da Rede de Saúde. Veja:

Se houvesse um ordenamento de serviço, não sei se seria capaz. Teria que ver a nossa capacidade de leitos de município e Estado pra ver se a gente poderia assim direcionar pra Maternidade Escola somente as solicitações de médio e alto risco de repente, e aí a gente teria uma demanda específica, mas que ela seria totalmente atendida. Assim, Gonzaguinhas e Frotinhas atendessem esses partos de risco habitual e aí fosse referenciado. Eu não sei se a gente tem essa capacidade e daria cobertura para essa demanda. Teria que haver uma reorganização do sistema e teria que ver, principalmente se o interior se organizasse com os consórcios né? Ai pudesse arcar um pouco dessa demanda que chega pra gente. (ENTREVISTADO 01, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

Seria algumas questões de políticas públicas mesmo. De melhoria do pré natal, de melhoria do atendimento na atenção básica, de acesso, da qualidade do pré natal pra que evite que essa gestante ela precise procurar o hospital com o bebê prematuro, na prematuridade, que é o principal problema nosso na Maternidade Escola, é a história da prematuridade por falta de leitos, e outro seria a ampliação dos leitos, principalmente das utis neonatais do hospital, então basicamente acredito que a solução seria, ela é macro, não é uma solução do hospital, o hospital trabalha já com a capacidade no limite pra resolver precisa ser estruturado dessa forma, com ampliação de leitos da uti neonatal e uma melhoria lá no pré natal pra gente ver se evitava que esse bebê pudesse nascer prematuro. (ENTREVISTADO 29, PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR)

Sendo realizada esta ampliação e o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Rede Cegonha no Ceará poder-se-ia vislumbrar um melhor atendimento à gestante, à parturiente, ao neonato. Entretanto há anos, como já identificado neste estudo, que há essa necessidade e pouco ou nada é feito.

Apenas o desejo de profissionais e pacientes não transforma uma Rede de Saúde, o que se necessita é um compromisso ético dos gestores e governantes de dar vida ao que já está escrito na Constituição Federal e em tantas outras legislações que garantem à mulher gestante e parturiente o atendimento em saúde.

É importante destacar que o compromisso de gestores não acontece da noite para o dia, principalmente em tempos de sucateamento e desvalorização do que é público. Há a necessidade de nós, população, nos mobilizarmos e sairmos de um sono tão profundo que nem a Pandemia do Covid-19 nos retirou da hibernação, visto que sem o SUS a maioria esmagadora da população não teria sequer acesso a uma consulta clínica.

Enquanto não houver mobilização social, enquanto não houver identificação da população brasileira com o que é de todos, não haverá melhoria dos serviços públicos. A não identificação e o modo de acreditar que o público deve ser privatizado fazem parte de uma estratégia muito maior que o Brasil, fazem parte do neoliberalismo que tem por finalidade individualizar todas as problemáticas de nível coletivo e fazer com que o cidadão seja o seu próprio financiador.

7 CONCLUSÕES

Estar em trabalho de parto ou necessitar de atendimento ginecológico ou obstétrico e não o conseguir na primeira instituição de saúde que procurar é uma grave falha que acontece em diversas maternidades do país. O Sistema Único de Saúde que nasceu após amplos embates e lutas da sociedade civil, atualmente, vivencia uma triste realidade contra o desfinanciamento e o sucateamento das unidades de saúde. A superlotação dos leitos é multifatorial e resultado da falta de priorização por várias décadas, desde 1990, do que é público, do que é de todo brasileiro.

A restrição do acesso ou o fechamento da porta de emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand é uma triste realidade que afronta todos os princípios e diretrizes do SUS, no qual a maternidade para tentar manter segurança clínica aos pacientes que já estão internados (mulheres e bebês) e manter um nível de cuidado satisfatório, centrados na eficiência, evita realizar novos internamentos nas unidades que já se encontram com os leitos superlotados, principalmente as unidades de neonatologia.

É grave a situação de negociar, de gerenciar, de restringir o inegociável. O inegociável é o acesso ao acolhimento, à unidade de saúde e a transferência segura a uma outra maternidade que possa estar com disponibilidade de vagas. Não há obrigatoriedade de qualquer unidade de saúde a trabalhar acima da sua capacidade, mas há obrigação de acolher a quem quer que lhe procure e realizar a devida transferência, caso necessite.

Então, é necessário que haja uma formalização nas orientações de procurar outra maternidade, visto que na atualidade, a mulher recebe a orientação de ir para outra maternidade, mas esta orientação não é formal, sendo importante e urgente a formalização do encaminhamento para que evite o prolongamento da peregrinação materna. Assim, deve haver um compromisso ético na Rede Cegonha Ceará para que todos os entes federados estejam cientes e atuantes para a resolução da situação, visto que a peregrinação materna não marca somente a mulher, mas seus familiares e os profissionais envolvidos na situação limite.

O sucateamento e a falta de novos investimentos nos serviços de saúde levam as instituições, como a MEAC, a realizarem atos extremos como o fechamento da porta da Emergência para evitar mais pressão sobre o serviço que vive superlotado. Entretanto, fechar a emergência ou restringir o atendimento não resolve o problema crônico da falta de leitos neonatais.

A população, parte mais frágil do sucateamento dos serviços públicos, reage à falta de leitos e de atendimento da forma que pode e que conhece, como gritos, reclamações junto à Ouvidoria e a outros profissionais. Os funcionários que vivenciam no cotidiano da MEAC o desfinanciamento desta e de demais unidades de saúde interferem na superlotação como podem, tentando internar pacientes onde conseguem, seja na MEAC, seja em outro hospital quando há transferência.

É importante destacar a necessidade de a MEAC deixar claro à população cearense a situação da superlotação dos leitos. Tal atitude poderia se transfigurar em uma notificação formal na sua Emergência. Esta notificação indicaria qual perfil a instituição está atendendo e quais os critérios serão avaliados. Adicionado a esta ação, seria importante realizar parcerias com outras instituições da Rede SUS, integrantes da Rede Cegonha, para que em momentos de restrição de atendimento as mulheres fossem transferidas em segurança para outros hospitais com a garantia do leito. Assim, a orientação básica do acolhimento e da transferência segura seria respeitada.

A única forma efetiva de dar resolutividade a superlotação dos leitos e as consequências dela, já discutidas neste trabalho, é o fortalecimento do SUS com maior financiamento e treinamento de profissionais, inserindo os recursos de forma eficaz na ampliação da Rede Cegonha que perpassa desde o atendimento pré-natal até a criança de 02 anos.

Cada brasileiro, assim, deveria ter como compromisso fortalecer e multiplicar o sistema de saúde brasileiro e os demais serviços universais, fomentando a mobilização social com o objetivo de suplantarem Emendas Constitucionais, como a EC 95 de 2016 que, caso continue em vigor, sucateará ainda mais os serviços públicos essenciais, colocando mais pacientes, seja qual for o diagnóstico, a peregrinar atrás de serviços de saúde.

BIBLIOGRAFIA

ASSIS, Maria Elisabete Arruda de; SANTOS, Taís Valente dos (Org.). **Memória feminina: mulheres na história, história de mulheres**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2016.

Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil - ANFIP. **20 Anos da Constituição Cidadã: avaliação e desafios da seguridade social**. Brasília: ANFIP, 2008.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 14 de maio de 2020.

BRASIL. Lei 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 11 de dezembro de 2019.

BRASIL. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido: método canguru: manual técnico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Diretrizes para Organização para as Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília, 2010.

BRASIL. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** - 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Programação Anual de Saúde: 2016- 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BOBBIO, Norberto. **Liberalismo e Democracia**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FIHO, Alberto. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Caderno de Saúde Pública, vol.22, no. 9. Rio de Janeiro, Sept. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033

CARVALHO, Alba Maria P. de. **A Questão da Transformação e o Trabalho Social: uma análise gramsciana.** São Paulo: Cortez, 1993.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho.** 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CAVALCANTI, Paula Arcoverde. **Sistematizando e comparando os enfoques de avaliação e de análise de políticas públicas: uma contribuição para a área educacional.** Campinas: UNICAMP, 2007 (Tese de Doutorado em Educação).
CEARÁ (Estado). **Plano Estadual de Saúde- 2016 a 2019.** Fortaleza: Secretaria de saúde do Estado do Ceará, 2016.

COELHO, Clair Castilhos (ORG). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Curso de Atenção Integral à Saúde das Mulheres – Modalidade a Distância. **Políticas de atenção à saúde das mulheres** - Florianópolis: UFSC, 2017.

COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro J.; KARSCH, Ursula S. **A Saúde como Direito e como Serviço.** São Paulo: Cortez, 1991.

CORVINO, Juliana Diniz Fonseca. **A Crise do Sistema Único de Saúde e o Fenômeno da Judicialização da Saúde.** Rio de Janeiro: Gramma, 2017.
Conselho Regional de Serviço Social (ORG). **Projeto Ético Político e exercício Profissional em Serviço Social: os princípios do código de ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais-** Rio de Janeiro: CRESS, 2013.

DIAS SOBRINHO, José. Avaliação ética e política em função da educação como direito público ou mercadora? **Educação e Sociedade.** Campinas, vol 20, n. 88, p. 703-725, Especial - Outubro. 2004.

FAHAR, Marta Ferreira Santos. **Gênero e políticas públicas.** Rev. Estudos Femininos vol.12 no.1 Florianópolis Jan./Apr. 2004.
Fortaleza (Cidade). **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2018 – 2021.** Secretaria Municipal da Saúde. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2017.

FREYRE, Gilberto. **Casa Grande e Senzala: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal.** São Paulo: Global, 2003, 48 ed.

GOMES, Gleiciane Viana. **Avaliação do Programa Rede Cegonha numa maternidade pública do nordeste brasileiro** [recurso eletrônico]. Dissertação (mestrado acadêmico) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social, Fortaleza, 2016.

GOMES, Hebert de Oliveira. **Trabalho e saúde das profissionais de enfermagem em urgência e emergência: estudo de caso em uma Unidade de Pronto Atendimento no município do Rio de Janeiro** [recurso eletrônico]. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014

GUBA, Egon G. e LINCOLN, Yvonna. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

GUSSI, Alcides Fernando; OLIVEIRA, Breyner Ricardo de. **Discutindo paradigmas contra homonímicos de avaliação de Políticas Públicas**. ENCONTRO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA NO CAMPO DE PÚBLICAS, 1., 2016. Disponível em: http://www.anepcp.org.br/redactor_data/20161128173253_sl_alcides_fernando_gussi.pdf. Acesso em: jun 2019.

HARVEY, David. **O Neoliberalismo: história e implicações**. 3 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

HOTIMSKY, S.N et al. **O parto como eu vejo... e como eu o desejo?** Expectativas de gestantes usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5):1303-1311, set-out, 2002.

LAURELL, Asa Cristina (org.). **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 2ed. São Paulo: Cortez, 1997.

LEJANO, Raul P. **Parâmetros para análise de políticas públicas: a fusão de texto e contexto**. Campinas: Editora Arte Escrita, 2011.

LIMA, Antônio Diogo Fontenele de. **Sorrisos de Jovens nas Periferias da Vida: o que revelam e o que ocultam suas experiências e trajetórias**. Fortaleza: Edições UFC, 2013.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**. Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017.

MARTINELLI, Mario Eduardo. **A Deterioração dos Direitos de Igualdade Material no Neoliberalismo**. Campinas, SP: Millennium Editora, 2009.

MELO, Adriana Lopes Lima. **Perfil de mulheres com dificuldade de acesso hospitalar no momento do parto em Fortaleza- CE, no contexto da Rede Cegonha**. Rio de Janeiro, RJ, 2015 (Dissertação de Mestrado).

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os Grandes Dilemas do SUS: tomo I**. Salvador: Casa de Qualidade Editora, 2001.

MENDES, Mariana Santos Felisbino; SOARES, Cassia Elena (ORG).. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. **Curso de Atenção Integral à Saúde das Mulheres – Modalidade a Distância**. Florianópolis: UFSC, 2017.

MORAES, Lilian Machado Vliarinho de, *et al.* **Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma**

contribuição da coorte BRISA. Caderno Saúde Pública vol.34 no.11.Rio de Janeiro 2018.

PAIM, Jarnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

RIBAS, Simone Augusta. **Metodologia científica aplicada**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2004.

RODRIGUES, Diego Pereira et al. **A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico**. Esc. Anna Nery vol.19 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2015.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **AVAL Revista Avaliação de Políticas Públicas**, ano I, vol.1, n.1, jan-jun, 2008.

RODRIGUES, Lea Carvalho. **Método experiencial e avaliação em profundidade: novas perspectivas e políticas públicas**. Revista Desenvolvimento em Debate, v.4, n.1, p.103-115, 2016.

SILVA, Denise dos Santos Vasconcelos. **Direito à Saúde: ativismo social, políticas públicas e reserva do possível**. Curitiba: Juruá, 2015.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. Maria Ozanira da Silva e Silva (org). **Pesquisa avaliativa: aspectos teóricos-metodológicos**. São Paulo: Veras: São Luiz: GAEPP, 2008.

SOARES, RLSF; CHISTOFFEL, MM;RODRIGUES, EC; MACHADO, MED;CUNHA, AL. Ser Pai de Recém-nascido Prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: da parentalidade à paternidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 19(3) Jul-Set 2015.

SOUZA, Jessé. **A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato**. - Rio de Janeiro: Leya, 2017.

STOPA, SR. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saúde Pública**. 2017;51 Supl 1:3s.

TEIXEIRA, Sônia Fleury (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 2ed. São Paulo: Cortez. 2011.

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1751-1762, 2018.

APÊNDICE A - ROTEIROS DE ENTREVISTAS**ROTEIROS DE ENTREVISTAS APLICADAS AOS FUNCIONÁRIOS DA
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND - MEAC****PÚBLICO: GESTORES DA MEAC**

DATA _____

FICHA NÚMERO _____

SEXO** MASCULINO FEMININOIDADE**

- ATÉ 18 ANOS
- DE 18 A 29 ANOS
- DE 30 A 59 ANOS
- DE 60 A 69 ANOS
- MAIS DE 70 ANOS

VÍNCULO EMPREGATÍCIO** UFC EBSERH EMPRESA TERCEIRIZADAGRAU DE INSTRUÇÃO**

- MÉDIO INCOMPLETO
- MÉDIO COMPLETO
- SUPERIOR INCOMPLETO
- SUPERIOR COMPLETO
- ESPECIALIZAÇÃO INCOMPLETO
- ESPECIALIZAÇÃO COMPLETO
- MESTRADO INCOMPLETO
- MESTRADO COMPLETO
- DOUTORADO INCOMPLETO
- DOUTORADO COMPLETO
- OUTROS

*** HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ TRABALHA NA MEAC?**

- MENOS DE 01 ANO
- MAIS DE 01 ANO
- MAIS DE 02 ANOS
- MAIS DE 03 ANOS
- MAIS DE 04 ANOS
- MAIS DE 05 ANOS
- MAIS DE 10 ANOS

*COMO GESTOR ATUANTE NA MEAC, PORQUE OCORRE A SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS?

*NO SEU MODO DE ENTENDER, A SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS NA MEAC É UM FENÔMENO RECORRENTE OU OCORRE EXCEPCIONALMENTE?

*COMO A GESTÃO DA MEAC REAGE À SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS E, CONSEQUENTEMENTE, AOS REBATIMENTOS NO TOCANTE AO ATENDIMENTO DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO?

*QUAL O APARATO LEGAL QUE A MEAC SE FUNDAMENTA QUANDO OCORRE A SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS PARA ORIENTAR O ATENDIMENTO DE TODA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL?

*COMO GESTOR, QUAL A SUA VISÃO SOBRE A SUPERLOTAÇÃO DE LEITOS NA MEAC QUE ATINGE PÚBLICO CONSIDERÁVEL DE MULHERES?

*DURANTE SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL, VOCÊ AVALIA SE EXISTE ALGUMA FORMA DE SE EVITAR A SUPERLOTAÇÃO DE LEITOS ?

*COMO A REDE CEGONHA DO CEARÁ VEM ENFRENTANDO ESTA PROBLEMÁTICA DA SUPERLOTAÇÃO DE LEITOS?

*PARA A INSTITUIÇÃO MEAC, QUAIS AS REPERCUSSÕES DA SUPERLOTAÇÃO DE LEITOS?

*JÁ ACONTECEU ALGUMA RECLAMAÇÃO DECORRENTE DA SUPERLOTAÇÃO DE LEITOS CONTRA A MEAC?

*EM SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL, COMO VOCÊ SE SENTE QUANDO SE DEPARA COM A QUESTÃO DA SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS?

OBSERVAÇÕES DA ENTREVISTA:

APÊNDICE B - ROTEIROS DE ENTREVISTAS**ROTEIROS DE ENTREVISTAS APLICADAS AOS FUNCIONÁRIOS DA
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND - MEAC****PÚBLICO: PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR**

DATA _____

FICHA NÚMERO _____

SEXO** MASCULINO FEMININOIDADE**

- ATÉ 18 ANOS
- DE 18 A 29 ANOS
- DE 30 A 59 ANOS
- DE 60 A 69 ANOS
- MAIS DE 70 ANOS

VÍNCULO EMPREGATÍCIO** UFC EBSERH EMPRESA TERCEIRIZADA OUTROSGRAU DE INSTRUÇÃO**

- SUPERIOR COMPLETO
- ESPECIALIZAÇÃO INCOMPLETO
- ESPECIALIZAÇÃO COMPLETO
- MESTRADO INCOMPLETO
- MESTRADO COMPLETO
- DOUTORADO INCOMPLETO
- DOUTORADO COMPLETO
- OUTROS

*** HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ TRABALHA NA MEAC?**

- MENOS DE 01 ANO
- MAIS DE 01 ANO
- MAIS DE 02 ANOS
- MAIS DE 03 ANOS
- MAIS DE 04 ANOS
- MAIS DE 05 ANOS
- MAIS DE 10 ANOS

***NA SUA EXPERIENCIA PROFISSIONAL NA MEAC. VOCÊ JÁ VIVENCIOU A
SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS?** SIM NÃO

*EM CASO POSITIVO, NA SUA VISÃO, PORQUE OCORRE ESSA SUPERLOTAÇÃO DE LEITOS NA MEAC?

*EM SITUAÇÃO DE SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS, COMO SE COLOCAM OS DIFERENTES SETORES DA MEAC? EXISTE CONFLITO/ DIVERGÊNCIAS ENTRE O POSICIONAMENTO DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E OUTROS SETORES?

*COMO PROFISSIONAL DE SAÚDE, VOCÊ VISLUMBRA FORMAS DE SE EVITAR A SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS?

*TOMANDO POR BASE A SUA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL, A SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS É ALGO RECORRENTE OU EVENTUAL NA MEAC?

*COMO PROFISSIONAL, VOCÊ PERCEBE MUDANÇAS FACE A ESSA SITUAÇÃO DE SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS COM O PASSAR DOS ANOS NA MEAC?

*EM SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL, COMO VOCÊ SE SENTE QUANDO SE DEPARA COM A QUESTÃO DA SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS?

OBSERVAÇÕES DA ENTREVISTA:

APÊNDICE C - ROTEIROS DE ENTREVISTAS**ROTEIROS DE ENTREVISTAS APLICADAS AOS FUNCIONÁRIOS DA
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND - MEAC****PÚBLICO: PORTEIROS, VIGIAS E RECEPCIONISTAS**

DATA _____

FICHA NÚMERO _____

SEXO** MASCULINO FEMININOIDADE**

- ATÉ 18 ANOS
- DE 18 A 29 ANOS
- DE 30 A 59 ANOS
- DE 60 A 69 ANOS
- MAIS DE 70 ANOS

VÍNCULO EMPREGATÍCIO** UFC EBSEH EMPRESA TERCEIRIZADAGRAU DE INSTRUÇÃO**

- MÉDIO INCOMPLETO
- MÉDIO COMPLETO
- SUPERIOR INCOMPLETO
- SUPERIOR COMPLETO
- ESPECIALIZAÇÃO INCOMPLETO
- ESPECIALIZAÇÃO COMPLETO
- MESTRADO INCOMPLETO
- MESTRADO COMPLETO
- DOUTORADO INCOMPLETO
- DOUTORADO COMPLETO
- OUTROS

*** HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ TRABALHA NA MEAC?**

- MENOS DE 01 ANO
- MAIS DE 01 ANO
- MAIS DE 02 ANOS
- MAIS DE 03 ANOS
- MAIS DE 04 ANOS
- MAIS DE 05 ANOS
- MAIS DE 10 ANOS

* NA SUA EXPERIÊNCIA COMO PORTEIRO/VIGIA/RECEPCIONISTA DA MEAC VOCÊ JÁ VIVENCIOU A SITUAÇÃO DA SUPERLOTAÇÃO DE LEITOS DA MEAC?
()SIM ()NÃO

* EM CASO POSITIVO, COMO SE DEU O ATENDIMENTO DE MULHERES QUE CHEGAVAM À MEAC EM UM MOMENTO DE SUPERLOTAÇÃO DE LEITOS?

* FALE COM DETALHES COMO REAGEM AS MULHERES EM TRABALHO DE PARTO QUE CHEGAM À MEAC E RECEBEM A NOTICIA QUE OS LEITO ESTÃO SUPERLOTADOS

* QUAL A REAÇÃO DOS FAMILIARES QUE ACOMPANHAM AS MULHERES EM TRABALHO DE PARTO E RECEBEM A NOTICIA DE QUE A MATERNIDADE ESTÁ COM OS LEITOS SUPERLOTADOS?

*NA SUA EXPERIÊNCIA COMO PORTEIRO/VIGIA/RECEPCIONISTA, A SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS É ALGO QUE COSTUMA ACONTECER NA MEAC?

*VOCÊ PERCEBE MUDANÇAS COM O PASSAR DOS ANOS EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO DAS MULHERES EM TRABALHO DE PARTO NO MOMENTO DE SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS?

* NO SEU MODO DE ENTENDER, POR QUE OCORRE A SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS NA MEAC?

*VOCÊ ACHA QUE TERIA ALGUMA SOLUÇÃO PARA ESTE PROBLEMA?

*COMO PROFISSIONAL, COMO VOCÊ SE SENTE QUANDO TEM QUE INFORMAR ÀS MULHERES E SEUS FAMILIARES DA SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS NA MEAC?

OBSERVAÇÃO DA ENTREVISTA:

APÊNDICE D - ROTEIROS DE ENTREVISTAS**ROTEIROS DE ENTREVISTAS APLICADAS AOS FUNCIONÁRIOS DA
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND - MEAC****PÚBLICO: PROFISSIONAIS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

DATA _____

FICHA NÚMERO _____

SEXO** MASCULINO FEMININOIDADE**

- ATÉ 18 ANOS
- DE 18 A 29 ANOS
- DE 30 A 59 ANOS
- DE 60 A 69 ANOS
- MAIS DE 70 ANOS

VÍNCULO EMPREGATÍCIO** UFC EBSE RH EMPRESA TERCEIRIZADAGRAU DE INSTRUÇÃO**

- MÉDIO INCOMPLETO
- MÉDIO COMPLETO
- SUPERIOR INCOMPLETO
- SUPERIOR COMPLETO
- ESPECIALIZAÇÃO INCOMPLETO
- ESPECIALIZAÇÃO COMPLETO
- MESTRADO INCOMPLETO
- MESTRADO COMPLETO
- DOUTORADO INCOMPLETO
- DOUTORADO COMPLETO
- OUTROS

*** HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ TRABALHA NA MEAC?**

- MENOS DE 01 ANO
- MAIS DE 01 ANO
- MAIS DE 02 ANOS
- MAIS DE 03 ANOS
- MAIS DE 04 ANOS
- MAIS DE 05 ANOS
- MAIS DE 10 ANOS

* NA SUA EXPERIÊNCIA COMO TÉCNICO DE ENFERMAGEM DA MEAC, VOCÊ JÁ VIVENCIOU A SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS?

()SIM ()NÃO

* NA SUA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL, COMO FICOU O ATENDIMENTO NA MEAC DAS PACIENTES QUE CHEGAVAM EM TRABALHO DE PARTO EM UM MOMENTO DE SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS?

* EM SUA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA MEAC, A SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS É ALGO QUE SEMPRE OCORRE?

*VOCÊ PERCEBE MUDANÇAS FACE A ESSA SITUAÇÃO DA SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS COM O PASSAR DOS ANOS?

*NO SEU MODO DE ENTENDER, PORQUE OCORRE A SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS NA MEAC?

*COMO PROFISSIONAL DE SAÚDE, VOCÊ TERIA ALGUMA SOLUÇÃO PARA ESTA SITUAÇÃO?

*EM SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL, COMO VOCÊ SE SENTE QUANDO SE DEPARA COM A QUESTÃO DA SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS?

OBSERVAÇÕES DA ENTREVISTA:

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário da pesquisa: **“QUANDO AS PORTAS SE FECHAM”**: UMA AVALIAÇÃO DO DIREITO DE PARIR NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA COMO ESTRATÉGIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. A pesquisa será realizada através de uma entrevista com gravação de áudio com alguns questionamentos, buscando compreender o fenômeno da superlotação dos leitos na MEAC e suas características, à luz dos direitos sociais. Salienciamos que sua participação é voluntária, não devendo participar contra a sua vontade. A qualquer momento você poderá recusar-se a continuar participando da pesquisa e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Durante a pesquisa, não será proporcionado qualquer forma de pagamento por participação. As informações reveladas durante a participação na pesquisa serão sigilosas, não permitindo a identificação da pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa. Se necessário, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora Fátima Mara do Nascimento Severo, pelo telefone (85) 9 8683-6661. O Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand encontra-se disponível para esclarecimento em relação a sua participação na pesquisa pelo endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, s/n, Rodolfo Teófilo 4º Andar, Fortaleza-Ce, fone: (85) 3366-8569. Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para o arquivo da pesquisadora. Tendo sido informado(a) sobre a pesquisa, **“QUANDO AS PORTAS SE FECHAM”**: UMA AVALIAÇÃO DO DIREITO DE PARIR NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA COMO ESTRATÉGIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. Concordo em participar da mesma, de forma livre e esclarecida.

Nome: _____
Assinatura: _____ Data: _____
Assinatura do Pesquisador: _____