



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

MAX DJANO CORDEIRO RUFINO

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DO NÚCLEO
INTERNO DE REGULAÇÃO COMO MECANISMO DE CONCREÇÃO AO DIREITO
À SAÚDE DA GESTANTE: O CASO DA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND**

FORTALEZA

2020

MAX DJANO CORDEIRO RUFINO

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DO NÚCLEO
INTERNO DE REGULAÇÃO COMO MECANISMO DE CONCREÇÃO AO DIREITO
À SAÚDE DA GESTANTE: O CASO DA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará (UFC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de Concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais

Orientadora: Prof.^a Dra. Rejane Batista Vasconcelos

FORTALEZA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R885a Rufino, Max Djano Cordeiro.

Avaliação das práticas de regulação assistencial do Núcleo Interno de Regulação como mecanismo de concreção ao direito à saúde da gestante : O caso da Maternidade Escola Assis Chateaubriand / Max Djano Cordeiro Rufino. – 2020.

159 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2020.

Orientação: Profa. Dra. Rejane Batista Vasconcelos.

1. Direito à saúde. 2. Regulação em saúde. 3. Núcleo Interno de Regulação. 4. Avaliação.
I. Título.

CDD 320.8

MAX DJANO CORDEIRO RUFINO

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DO NÚCLEO
INTERNO DE REGULAÇÃO COMO MECANISMO DE CONCREÇÃO AO DIREITO
À SAÚDE DA GESTANTE: O CASO DA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará (UFC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de Concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais

Aprovada: 3/12/2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Rejane Batista Vasconcelos (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^o Dr. Fernando José Pires de Sousa
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Membro Interno

Prof.^a Dra. Maria de Fátima Fonseca Mota
Membro Externo

À minha avó materna, Leonor, *in memoriam*,
a quem devo, também, o melhor de mim, o
meu amor, a minha gratidão.

AGRADECIMENTOS

É com sentimento de gratidão que reconheço aqueles que caminharam junto comigo.

A Deus, minha maior fonte de sabedoria, paz, fé e vida.

Aos meus pais, Maria Ruth e José Valdisar, por estarem sempre ao meu lado e por me ensinarem tanto. E, em especial, a você, minha mãe, pelas mãos que rogam por mim a Deus.

Aos meus irmãos, Mayara Denise e Maycon Delano, que deram cor à nossa infância e, hoje, são testemunhas de nossas pequenas e grandes batalhas cotidianas.

Ao meu sobrinho Levi, que, com amor genuíno, guarde as nossas melhores memórias.

Ao Kellisson Gadelha, que, nos momentos de desânimo, alimenta minha vontade de prosseguir. Sua bondade me impressiona; que festejemos juntos as melhores vitórias da vida.

A Keyla Neves e Renato Lucas, que, compartilham comigo angústias e esperanças, e por sempre estarem ao meu lado dando força para que eu caminhe em direção à felicidade.

A minha orientadora, Prof.^a Dra. Rejane, por não medir esforços na construção desta dissertação, por cada momento de aprendizado, paciência, presença, atenção e cuidado, você foi muito importante, muito obrigado.

"Vem por aqui" – dizem-me alguns com os olhos doces
Estendendo-me os braços, e seguros
De que seria bom que eu os ouvisse
Quando me dizem: "vem por aqui!"
Eu olho-os com olhos lassos,
(Há, nos olhos meus, ironias e cansaços)
E cruzo os braços,
E nunca vou por ali...
A minha glória é esta:
Criar desumanidades!
Não acompanhar ninguém.
– Que eu vivo com o mesmo sem-vontade
Com que rasguei o ventre à minha mãe
Não, não vou por aí! Só vou por onde
Me levam meus próprios passos...
Se ao que busco saber nenhum de vós responde
Por que me repetis: "vem por aqui!"?

Prefiro escorregar nos becos lamacentos,
Redemoinhar aos ventos,
Como farrapos, arrastar os pés sangrentos,
A ir por aí...
Se vim ao mundo, foi
Só para desflorar florestas virgens,
E desenhar meus próprios pés na areia inexplorada!
O mais que faço não vale nada.

Como, pois, sereis vós
Que me dareis impulsos, ferramentas e coragem
Para eu derrubar os meus obstáculos?
Corre, nas vossas veias, sangue velho dos avós,
E vós amais o que é fácil!
Eu amo o Longe e a Miragem,
Amo os abismos, as torrentes, os desertos [...]

Eu tenho a minha Loucura!
Levanto-a, como um facho, a arder na noite escura,
E sinto espuma, e sangue, e cânticos nos lábios [...]

Ah, que ninguém me dê piedosas intenções,
Ninguém me peça definições!
Ninguém me diga: "vem por aqui!"
A minha vida é um vendaval que se soltou,
É uma onda que se alevantou,
É um átomo a mais que se animou...
Não sei por onde vou,
Não sei para onde vou
Sei que não vou por aí!

Cântico Negro de José Régio

RESUMO

O estudo avalia se a dinâmica operacional do Núcleo Interno de Regulação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand é capaz de dar concreção ao direito à saúde da gestante que nela ingressa, quer por intercorrências gravídicas, quer por realização do parto. O empreendimento investigativo focaliza o fenômeno da superlotação da maternidade, que redundando no estabelecimento dos regimes de atendimento da unidade de urgência e emergência em: atendimento restrito e sem atendimento. Para o embasamento do processo avaliativo foram apresentados aspectos atinentes a: direito constitucional e fundamental à saúde; política de saúde; regulação em saúde no Sistema Único de Saúde; Política Nacional de Atenção Hospitalar, com delimitação no Núcleo Interno de Regulação. A pesquisa de abordagem qualitativa é do tipo descritiva. Foram realizadas pesquisa documental e de campo. As técnicas de coleta de dados predominantes foram observação e entrevista. Na pesquisa documental, foram analisados documentos produzidos e utilizados pelos profissionais do Núcleo Interno de Regulação. Da pesquisa, participaram, na condição de entrevistados, 7 profissionais do núcleo em estudo. Na etapa de observação de campo, foram realizadas visitas à maternidade em distintas ocasiões de funcionamento: sob as condições de pleno atendimento, atendimento restritivo e sem atendimento. O estudo dá conta de que o Núcleo Interno de Regulação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand não assume o controle de todos os leitos, desta forma não centraliza, nem uniformiza o modo de atendimento à demanda de novas admissões e de transferências internas entre as unidades, que é sua função regular. Embora o tempo espera por um leito na maternidade não seja muito elevado, Sala de Recuperação Pós-Anestésica (21min04s), Centro de Parto Normal (21min13s) e a unidade de urgência e emergência (43min15s), constata-se que os regimes de atendimento restritivo e sem atendimento na unidade de urgência são uma prática rotineira e decorrem, principalmente, da impossibilidade de receber mais recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, em razão de sua superlotação e da indisponibilidade de pontos de gases medicinais. Nesta unidade neonatal, ocorreram, em média, 71 admissões mensais de recém-nascidos, com tempo médio de internamento de 11,91 dias, o que evidencia, de forma incontestável, que os 21 leitos disponíveis de tratamento intensivo são insuficientes. O núcleo de regulação, com o objetivo de diminuir a superlotação da Unidade de Terapia Intensiva e de promover o

acesso da mulher à maternidade, emprega a estratégia de transferir recém-nascidos e bebês para outros hospitais. Além disso, também realiza transferências inter-hospitalares obstétricas. Porém, essas transferências não impediram que a unidade de urgência e emergência operasse em atendimento restritivo e sem atendimento. O fato é que a mulher com intercorrência gravídica ou em processo de parturição não tem garantido incondicionalmente o seu direito à saúde na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, condicionando o seu constitucional direito de acesso ao número de pacientes que ocupam a unidade intensiva neonatal e aos pontos de gases medicinais nela disponíveis, o que viola o direito do cidadão à saúde apregoadado na Constituição Federal de 1988. A investigação leva ao entendimento de o Núcleo Interno de Regulação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand não consegue com suas práticas de regulação garantir o pleno o direito à saúde da gestante, quando a unidade de urgência e emergência opera em atendimento restritivo e sem atendimento.

Palavras-chave: direito à saúde; regulação em saúde; núcleo interno de regulação; avaliação.

ABSTRACT

This work evaluates whether the operational tasks performed by the Internal Regulation Center at the Assis Chateaubriand Maternity School are in accordance with a true approach to the rights of pregnant women who search it, either due to pregnancy complications or due to delivery. The research enterprise focuses on the phenomenon of maternity overcrowding, which ends up by establishing care regimes for the Urgency and Emergency Unit related to restrict and unattended cases. As a basis for the evaluation process, aspects related to constitutional and fundamental rights to health were investigated such as health policies, health as regulated by the Unified Health System, National Hospital Care Policies, all overseen by the Internal Regulation Center. Research of a qualitative approach is descriptive. Field research and analysis of documents were carried out. Techniques for collection of main data were observation and interview. In documentary research, documents produced and used by professionals from the Internal Regulation Center were analyzed. Seven professionals from the study center participated in the survey, as interviewees. In the field observation stage, visits were made to the maternity hospital on different operating occasions: under conditions of full care, restrictive care and no-care. The study reveals that the Internal Regulation Center of the Assis Chateaubriand Maternity School does not take control of all beds, thus it does not centralize or standardize the way of meeting the demand for new admissions and internal transfers between units, which is its regular function. Although the waiting time for a bed in the maternity hospital is not very high, as shown at the Post-Anesthetic Recovery Room (21min04s), the Normal Birth Center (21min13s) and the Urgency and Emergency Unit (43min15s), it appears that care regimes of a restrictive or unattended nature in the emergency unit are a routine practice and result mainly from the impossibility of receiving more newborns in the Neonatal Intensive Care Unit, due to their overcrowding and the unavailability of medical oxygen distributing outlets. At the neonatal unit there were, on average, 71 monthly admissions of newborns, with an average length of stay of 11.91 days, which evidently demonstrates that the 21 available intensive care beds are insufficient. The regulation center, with the objective of reducing the overcrowding at the Intensive Care Unit and facilitating women's access to the maternity, resorts to the strategy of transferring newborns and babies to other hospitals. In addition, it also performs inter-hospital transfers of obstetric cases. However, these transfers did not prevent the

Urgency and Emergency Unit from operating in restrictive and no-care mode. The fact is that women with pregnancy problems or in the process of parturition have not unconditionally guaranteed their right to health at the Assis Chateaubriand Maternity School, conditioning their constitutional rights to the number of patients who occupy the neonatal intensive care unit at a given point and to available oxygen distributing outlets, a practice that violates the citizen's right to health, as proclaimed in the Federal Constitution of 1988. The investigation leads to the understanding that the Internal Regulation Center of the Assis Chateaubriand Maternity School is not complying with regulatory practices to guarantee the full right to health for pregnant women, when the Urgency and Emergency Unit operates in restrictive care or no-care mode.

Keywords: right to health; health regulation; internal regulation center; evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura organizacional do Complexo Regulado.....	62
Figura 2 – Fluxo da regulação da internação hospitalar.....	65
Figura 3 – Mapa de leitos do NIR da MEAC.....	107
Figura 4 – Planilha de Regulação Interna de Leitos do NIR da MEAC.....	109

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 – Maquete da Maternidade Popular de Fortaleza, s/d.....	76
Fotografia 2 – Construção da Maternidade Popular de Fortaleza, s/d.....	76
Fotografia 3 – Vista Panorâmica da MEAC.....	77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de atendimentos na unidade de urgência e emergência da MEAC.....	95
Gráfico 2 – Número de internação mensal do RN na UTIN da MEAC entre agosto de 2016 e dezembro de 2019.....	100
Gráfico 3 – Taxa de ocupação da UTIN da MEAC entre agosto de 2016 e dezembro de 2019.....	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Parâmetros e referenciais normativos para o cálculo de leito obstétrico.....	42
Quadro 2 –	Serviços de atenção à gestante de médio e de alto risco no Ceará.....	44
Quadro 3 –	SUS e sistema privado: principais diferenças.....	57
Quadro 4 –	Aspectos da regulação de sistemas de saúde.....	59
Quadro 5 –	Aspectos da regulação da atenção à saúde.....	60
Quadro 6 –	Aspectos da regulação do acesso à assistência.....	60
Quadro 7 –	Disposição das áreas nos pavimentos da MEAC.....	80
Quadro 8 –	Total de dias em que a unidade de urgência e emergência da MEAC manteve-se em atendimento restritivo e sem atendimento.....	96
Quadro 9 –	Leitos de UTIN do SUS no Ceará	105
Quadro 10 –	Leitos ofertados pelo NIR da MEAC entre outubro de 2019 a janeiro de 2020.....	111
Quadro 11 –	Tempo médio de espera da paciente pelo leito na MEAC.....	112
Quadro 12 –	Transferências inter-hospitalares de RNs realizadas pelo NIR da MEAC entre agosto de 2016 a dezembro de 2019.....	116
Quadro 13 –	Hospitais de destino do recém-nascido internado na UTIN da MEAC entre agosto 2016 e dezembro de 2019.....	117
Quadro 14 –	Transferências obstétricas inter-hospitalares da MEAC entre agosto de 2016 e dezembro de 2019.....	119
Quadro 15 –	Hospitais de destino das gestantes transferidas da MEAC, entre agosto 2016 e dezembro de 2019.....	122

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitário
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANELL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	Agência Nacional de Petróleo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIRFOR	Central Integrada de Regulação de Fortaleza
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPP	Contribuição Previdenciária Patronal
CSSL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF	Distrito Federal
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica
FUNDEF	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério
HDGMM	Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana
HGCC	Hospital Geral Cesar Cals
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HGWA	Hospital Geral Waldemar Alcântara (HGWA)
HMZAN	Hospital e Maternidade Zilda Arns Neumann
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões

IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IR	Índice de Renovação
IRPJ	Imposto de Renda Pessoa Jurídica
ISS	Índice de Intervalo de Substituição
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MARE	Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres
PBVS	Piso Básico de Vigilância Sanitária
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAON	Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal
PNDSR	Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNR	Política Nacional de Regulação
PPI	Programação Pactuada Integrada
PROADESS	Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha

RCPD	Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência
RN	Recém-Nascido
RPDC	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAMEAC	Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFECD	Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
TMP	Tempo Médio de Permanência em leito de internação
TOH	Taxa de Ocupação Hospitalar
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNISUS	Sistema Informatizado de Regulação dos Serviços de Saúde do SUS do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	SAÚDE ENQUANTO DIREITO DO CIDADÃO E POLÍTICA DE SAÚDE COMO DEVER DO ESTADO	26
2.1	Saúde: direito constitucional e direito fundamental.....	26
2.2	Política de Saúde no Brasil.....	31
2.2.1	<i>Rede de atenção à saúde: conceito e estrutura operacional.....</i>	37
2.2.2	<i>Redes assistenciais do SUS: o programa rede cegonha.....</i>	40
2.2.3	<i>Rede cegonha: o acesso ao leito obstétrico no Ceará e em Fortaleza.....</i>	43
3	REGULAÇÃO EM SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	48
3.1	A Regulação e Seus Múltiplos Conceitos.....	48
3.2	Regulação em Saúde: considerações teóricas.....	51
3.2.1	<i>Relação público e privado</i>	52
3.2.2	<i>Regulação em saúde no Brasil.....</i>	58
3.3	A Política Nacional de Regulação.....	59
3.4	A Política Nacional de Atenção Hospitalar.....	65
3.4.1	<i>O Núcleo Interno de Regulação: finalidade e competências.....</i>	66
4	MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND.....	75
4.1	Aspectos Históricos.....	75
4.2	Localização e Circunscrição.....	77
4.3	Aspectos Organizacionais.....	78
4.4	O NIR da MEAC: estrutura e competência.....	83
5	PERCURSOS E PASSOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO SOCIAL.....	87
5.1	Avaliação de Políticas Públicas: os caminhos adotados neste estudo.....	88
5.2	O (Re)Ingresso no Campo: percursos e percalços do pesquisador...91	
5.3	A Direção para a Qual Apontam os Dados: resultados e análises.....93	
5.3.1	<i>O atendimento na unidade de urgência e emergência da MEAC.....</i>	93
5.3.2	<i>A internação do RN na UTIN da MEAC</i>	99

5.3.3	O NIR da MEAC: dinâmica operacional.....	106
5.3.3.1	Gestão de leitos.....	106
5.3.3.2	Transferência inter-hospitalar do RN internado na UTIN da MEAC.....	114
5.3.4	O Direito à saúde da gestante que ingressa na MEAC.....	123
6	CONCLUSÃO.....	128
	REFERÊNCIAS.....	133
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	149
	APÊNDICE B – ROTEIRO PARA PESQUISA DOCUMENTAL.....	150
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	151
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND.....	153
	ANEXO B – FLUXO DE TRANSFERÊNCIA INTERNA DA PACIENTE NA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND.....	157
	ANEXO C – RELATÓRIO DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR DA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND.....	158

1 INTRODUÇÃO

O Conselho Federal de Medicina (CFM), preocupado com a insuficiência de leitos para internação e realização de cirurgias, realizou um estudo junto aos hospitais do país e constatou redução em torno de 15 mil leitos de internação em menos de quatro anos; uma queda de quase dez leitos por dia. Entre as especialidades mais afetadas no período, constam a pediatria (redução de 7.492 leitos), a psiquiatria (redução de 6.968 leitos), a obstetrícia (redução de 3.926 leitos), e a cirurgia geral (redução de 2.359 leitos) (CFM, 2014).

A desabilitação dos leitos pediátricos repercutiu consideravelmente na extinção de 3.305 leitos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) que acolhem, sobretudo, crianças prematuras. Nessas circunstâncias, 18 unidades da Federação ficaram abaixo da média nacional de 2,9 leitos por cada mil nascidos vivos, longe do ideal de 4 leitos por mil nascidos vivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019).

De acordo com Teixeira (2016), nascem no Brasil cerca de 40 prematuros por hora, uma média de 960 por dia. Esse dado diante da inviabilização de leitos intensivos neonatais configura uma fragilidade do sistema de saúde que impacta diretamente na porta de entrada das maternidades (LANSKY *et al*, 2014).

No tocante aos leitos obstétricos, foram registrados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2017, 2.886.559 partos, no cenário brasileiro de 53.478 leitos, sendo 40.632 vinculados ao sistema público de saúde (BRASIL, 2017a). Atualmente, esse mesmo perfil de leito, no Sistema Único de Saúde (SUS), perfaz um total de 39.172, o que traduz um *deficit* de 3,6% em menos de dois anos (BRASIL, 2019a).

O estado do Ceará, apesar da redução de leitos em menor escala, registrou a desativação de 1,5% dos leitos obstétricos públicos, entre janeiro de 2017 e maio de 2019. Particularmente, em Fortaleza, a redução foi equivalente a 55 leitos, nos dez hospitais que prestam assistência às gestantes gratuitamente (BRASIL, 2019a).

O relatório de monitoramento da assistência hospitalar, desenvolvido pelo Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), entre 2009 a 2017, revelou uma redução de leitos clínicos, cirúrgicos, pediátricos e obstétricos de 1,87 por cada mil habitantes para 1,72 por mil habitantes no território nacional (FIOCRUZ, 2019). Esse dado sinaliza o

descumprimento à determinação da Portaria N° 1101, de 12 de junho de 2002, do Ministério da Saúde (MS), vigente até 1º de outubro de 2015, que indicava 2,5 a 3,0 leitos por cada mil habitantes (BRASIL, 2002a).

Diante das estatísticas, fica evidente a sobrecarga nos estabelecimentos que permaneceram ativos e assumiram toda a demanda remanescente, tornando-se comum às mulheres não conseguirem vagas no primeiro serviço que procurem para realização do parto e tratamento de intercorrência gravídica. Essa configuração da falta de leitos repercute na superlotação hospitalar, fenômeno caracterizado pelo Colégio Americano de Médicos de Emergência como situação em que a necessidade identificada de serviços de emergência supera os recursos disponíveis no pronto atendimento (AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2002).

Nessa perspectiva, a mulher no processo de parturição está sujeita a peregrinar por uma vaga na rede pública hospitalar até conseguir o seu atendimento; uma jornada que oferece sofrimento intenso e risco de vida para ela e seu concepto, caso sua assistência não ocorra em tempo hábil. Ressalte-se que a negligência no acesso da gestante aos serviços de saúde configura uma violência obstétrica, caracterizada por DINIZ *et al* (2015), como qualquer violência sofrida pela mulher durante a gravidez, o parto, o pós-parto e o abortamento.

Melhorar a saúde das gestantes entre os anos 2000 e 2015, através da redução da mortalidade materna e da universalização do acesso à saúde, é o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM).¹ Nele, fica denunciada a precarização de serviços de pré-natal, parto e pós-parto em determinadas regiões do Brasil, mesmo com a instituição de políticas públicas, como a Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PAISM), a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON), a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (PNDSR) e, mais recentemente, o Programa Rede Cegonha (RC) (ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015, p. 6).

Todas essas políticas possuem em comum o desenvolvimento de ações que visam à promoção, à proteção e à recuperação da saúde materna, bem como, o

¹ ODM: são compromissos assumidos por líderes mundiais que colocam as pessoas e suas necessidades imediatas como prioridades, na perspectiva de diminuir a pobreza e suas dimensões, bem como garantir os direitos humanos fundamentais. Esses compromissos possuem metas que devem ser alcançadas no período de quinze anos (ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015**. New York: ONU, 2015).

enfrentamento das desigualdades sociais, econômicas e culturais que dificultam o acesso e o direito das parturientes a uma saúde de qualidade e humanizada, e o da criança ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável (ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Nesse contexto, a dificuldade da parturiente no acesso aos serviços de saúde configura, além de um grave problema de saúde pública, a violação de seus direitos no evento do parto e nascimento, inclusive porque se trata de um dever constitucional. Ademais, o exercício de cidadania, conceituado por Carvalho (2006, p. 206) como a condição de acesso aos direitos sociais (educação, saúde, segurança, previdência), políticos e econômicos que permitem ao cidadão participar de forma ativa, organizada e consciente da vida coletiva no Estado, está notoriamente ameaçado pela fragmentação dos serviços públicos de saúde.

Para solucionar a dificuldade do acesso aos serviços de saúde, emergem políticas públicas, entre as quais a de regulação em saúde, com a função imprescindível de garantir maior efetividade às ações desenvolvidas pelos sistemas de saúde, ao intervir e prover assistência aos usuários (VILARINS *et al*, 2012).

A Política Nacional de Regulação (PNR) foi instituída pela Portaria Nº 1.559, do MS, lançada em 1º de agosto de 2008, com a finalidade de promover a regulação do acesso às instituições de saúde por intermédio das centrais de regulação. Essas centrais controlam as ações e serviços de assistência pré-hospitalar, inter-hospitalar, internações e procedimentos do SUS (BRASIL, 2008). Mais recentemente, emerge a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), através da Portaria Nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013, do MS, que estabelece diretrizes para a organização do componente hospitalar, dentre elas, a criação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) (BRASIL, 2013a).

O NIR realiza a interface com as centrais de regulação para delinear o perfil de complexidade assistencial de cada instituição e disponibiliza consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, leitos de internação, bem como, busca vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os seus pacientes internados, quando necessário (BRASIL, 2013a).

Em Fortaleza, contabilizam-se nove hospitais públicos e um privado, conveniado ao SUS, que prestam assistência às gestantes. Destes, somente o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), o Hospital Geral César Cals (HGCC) e a

Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) possuem NIR (FORTALEZA, 2019a).

Escolhida como *locus* desta investigação social, cabe destacar que a MEAC, atualmente, faz parte, junto com o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC). Vinculada ao MS, disponibiliza 175 leitos, a saber: 73 leitos na Clínica Obstétrica, 19 leitos na Obstetria Cirúrgica, 18 leitos na Clínica Ginecológica, 3 leitos na Clínica Mastológica, 2 leitos de isolamento, 4 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Materna, 30 leitos na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, 5 leitos na Unidade Canguru² e 21 leitos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2017).

A MEAC implantou o NIR, há pouco mais de quatro anos, com o propósito de melhorar o atendimento aos usuários através do aumento da ocupação de leitos, da diminuição da média de permanência dos pacientes internados no âmbito hospitalar e da otimização da ocupação da capacidade instalada, isto é, a totalidade de leitos utilizados habitualmente para internações, mesmo que indisponível por um certo período e por qualquer razão (UFC, 2016).

No momento de superlotação, a maternidade, usualmente, fechava sua unidade de urgência e emergência, orientando a população a buscar atendimento em outro hospital. Com a implantação do NIR, esse tipo de situação ainda se faz presente, porém, adota-se uma nova forma de funcionamento para a unidade de urgência e emergência nos dias de superlotação do hospital: o atendimento com restrição. Esse tipo de atendimento estabelece os perfis de pacientes que poderão ingressar na MEAC, tanto por meio da regulação, quanto pela unidade de urgência e emergência. Via de regra, aplica-se essa medida às pacientes com intercorrências ginecológicas e obstétricas de até 20 semanas de gestação, e, com menor frequência, às gestantes acima de 37 semanas.

A unidade neonatal da instituição é um fator de impacto na restrição do atendimento à gestante, em decorrência da impossibilidade de receber mais recém-

² Unidade Canguru é a unidade na qual o recém-nascido prematuro fica mantido sobre o tórax materno, através de uma faixa ou outra contenção segura, que garanta o contato pele a pele entre a mãe e o seu filho, proporcionando, entre outros benefícios, a estabilidade térmica e o desenvolvimento da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

nascidos (RN) nas unidades com ocupação acima da capacidade, principalmente quando se trata da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

As mulheres que não se encaixarem no perfil de atendimento citado poderão encontrar dificuldades para realização de seu parto na MEAC e serão, então, orientadas a buscar outro hospital. Entretanto, as gestantes em situação de risco iminente de morte ou em processo de parturição avançado ficarão internadas. E, na situação de gestantes que, mesmo informadas da superlotação, ainda assim reclamem seu direito ao atendimento, essas deverão ser acolhidas e avaliadas por enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde, e, posteriormente, solicitada sua transferência junto ao NIR.

Nessa perspectiva, o NIR comunica-se com a Central Integrada de Regulação de Fortaleza (CIRFOR) através do Sistema Informatizado de Regulação dos Serviços de Saúde do SUS do Ceará (UNISUS), mediando a busca de vagas nas maternidades com recurso hospitalar que contemple as necessidades da paciente.

O desfecho desse processo pode ser favorável ou não. Quando se consegue a vaga para a gestante em outra unidade hospitalar, os documentos da ação regulatória, juntamente com o relatório de atendimento, são encaminhados com a paciente, por meio de transporte sanitário para a nova instituição de saúde. Já na inexistência dessa oferta de vaga, o núcleo se comunica com a equipe da emergência para notificá-la dessa indisponibilidade naquele momento, cabendo ao médico decidir pela espera ou pelo internamento.

Mesmo diante de estratégias do MS para organizar o componente hospitalar, as gestantes ainda podem encontrar barreiras para efetivar seu atendimento. É exatamente sobre a problemática inscrita neste cenário que esta investigação social irá debruçar-se. Este estudo pretende avaliar se, e de que forma, o NIR da MEAC alcança o propósito para o qual foi instituído, considerando que este núcleo específico condiciona suas ações à capacidade instalada da unidade neonatal.

O propósito que essa avaliação reserva é o de dar conhecer se a dinâmica operacional do NIR da MEAC é capaz de dar concreção ao direito à saúde da gestante que nela ingressa, quer por intercorrências gravídicas, quer por realização do parto.

A relevância desta pesquisa decorre tanto da escassez de estudos nessa temática, quanto da possibilidade de trazer à luz os fatores que facilitam e obstaculam o acesso da gestante às instituições hospitalares, possibilitando, quiçá, a construção de boas práticas no âmbito da unidade hospitalar em questão.

A relação com o tema remonta ao período em que, graduado em enfermagem, optei por trabalhar na Estratégia Saúde da Família, na Secretaria Municipal da Saúde de Tauá. Nesse serviço, toda gestante de alto risco necessitava de assistência na atenção especializada. Preocupava-me saber que nem todas as gestantes conseguiam vaga nesse serviço, favorecendo as complicações maternas, lamentavelmente, muitas delas evitáveis. Quando me tornei funcionário de uma maternidade em Fortaleza, pude vivenciar cotidianamente a escassez de leito obstétrico, outro fator limitante do direito da mulher no contexto da saúde reprodutiva.

O ingresso no Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP) da Universidade Federal do Ceará potencializou meu raciocínio problematizador e me fez refletir sobre o fenômeno que resultou no meu objeto de pesquisa, que são as práticas de regulação assistencial para o acesso da gestante ao leito obstétrico.

O estudo que resultou nesta dissertação avaliou se o Núcleo Interno de Regulação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, com suas práticas de regulação, assegurou às gestantes que demandaram atendimento nesta unidade hospitalar, no período de agosto de 2016 a dezembro de 2019, o pleno acesso ao direito à saúde.

Para alcance de tal propósito, além de analisar a organização e o funcionamento do NIR nas práticas de regulação assistencial na MEAC, procedeu-se à identificação dos fatores intervenientes na atuação deste núcleo na maternidade, e posto em discussão o processo de internação, de movimentação interna e de alta hospitalar da paciente no hospital.

Esta dissertação encontra-se organizada em seis partes. Nesta primeira parte – INTRODUÇÃO –, foi inicialmente descrita, em linhas gerais, a problemática que impacta diretamente a garantia do direito de acesso da gestante à saúde e, por consequência, o também direito da criança: a insuficiência, agravada pela redução, de leitos para internação e realização de cirurgias; a desabilitação de leitos pediátricos, inclusive os de UTINs. Encontram-se, nela, mencionados alguns mecanismos legais com vistas ao asseguramento do direito de acesso da gestante à saúde, bem como estão apresentados procedimentos adotados no âmbito do NIR para concreção de tal propósito. Além disso, esta parte introdutória, traz os objetivos visados neste empreendimento investigativo, e aponta a relevância de uma avaliação acurada nesse campo específico.

Na segunda seção, está contextualizada a saúde enquanto direito constitucional e direito fundamental do cidadão e a política de saúde como dever do Estado, compreendendo o processo de implantação do sistema público de saúde no Brasil e a organização dos serviços em Rede de Atenção à Saúde, nessa interface entre o direito social e o dever de sua garantia imposto ao Estado.

Na terceira seção, está descrita a regulação no campo da saúde e no SUS, englobando além de aspectos conceituais, a relação entre o sistema público de saúde e privado; a Política Nacional de Regulação, fundamentada pelas dimensões: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência; e a Política Nacional de Atenção Hospitalar, delimitada no eixo que institui a implantação do Núcleo Interno de Regulação para organização do componente hospitalar.

Na quarta seção, é descrito o *locus* desta pesquisa, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand, com enfoque no Núcleo Interno de Regulação, mecanismo que se constitui objeto desta investigação social. Do NIR são apresentadas suas finalidades, atribuições, composição de profissionais e competências.

A quinta seção discorre acerca do método, da abordagem e os instrumentos. Traz os resultados e as análises dos dados construídos durante a pesquisa. E, por fim, a sexta seção, contendo as conclusões desta investigação social.

2 SAÚDE ENQUANTO DIREITO DO CIDADÃO E POLÍTICA DE SAÚDE COMO DEVER DO ESTADO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 materializou a ruptura do regime autoritário e ordenou o processo de redemocratização. De fato, com a Carta Magna, inaugura-se a prescrição de políticas sociais e lança-se um esforço de correção das iniquidades. É, a partir desta Constituição, que a seguridade social emerge, no artigo 194, “como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

As três políticas que a integram têm características, alcance, dimensão e caráter próprios específicos. Cabe destacar a saúde, descrita no texto legal da seguinte forma:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

2.1 Saúde: direito constitucional e direito fundamental

Os principais propósitos definidos para o campo da saúde foram a universalidade da cobertura e do atendimento, e a descentralização da administração com a participação dos trabalhadores, empregadores e representantes do governo. Ambos são substanciais para a criação do SUS (BRASIL, 1988).

O SUS está regulamentado pela Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as “condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990a) e pela Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que determina a “participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

providências” (BRASIL, 1990b), ambas sancionadas pelo presidente Fernando Collor de Mello.³

Está constituída pelos princípios basilares da universalidade, da integralidade no atendimento e da equidade. A universalidade visa à garantia do acesso a todos que necessitam dos serviços públicos de saúde ou daqueles contratados pelo poder público, ficando vedadas discriminações decorrentes da condição econômica, social, profissional ou mesmo regional (BRASIL, 1990a).

A integralidade no atendimento reconhece o ser humano como um todo e leva em consideração o seu contexto social, familiar e cultural (BRASIL, 1990a). Além disso, a Carta Magna estabelece o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988).

Com base em Asensi (2013, p. 140), o princípio da integralidade:

[...] se traduz na ideia de que o indivíduo deve ser visto como uma totalidade bio-sociopsíquica, além de ter direito aos serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade de forma humanizada. Ao mesmo tempo, tal princípio preconiza que os problemas de saúde vão além da mera presença ou ausência de doença, pois envolvem condicionantes sociais de múltiplas naturezas. [...] [Buscando], ainda, promover medidas que afastassem a exclusividade da noção de especialidade médica no cuidado em saúde, de modo a constituir uma atenção em saúde mais integral, que considerasse o usuário como um sujeito partícipe do seu processo de prevenção, proteção e recuperação.

E, por fim, a equidade, que assume sua relação direta com os conceitos da igualdade e da justiça, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados (BRASIL, 1990a). Ou seja, uma prática indispensável para se chegar ao ideal de justiça e de cidadania plena, capazes de garantir o gozo de uma situação de igual bem-estar para todos os cidadãos (BARROS; SOUSA, 2016). Tais princípios impõem a atuação do Estado para garantia do direito fundamental do cidadão à saúde.

O direito à saúde, como se encontra definido no artigo 194 da Constituição Federal de 1988 (CF- 88), para que seja efetivado, exige a instituição de políticas públicas voltadas não apenas ao tratamento das doenças, mas também à prevenção

³ Fernando Collor de Melo (1990-1992) foi o primeiro presidente eleito nos termos da Constituição de 1988, pelo Partido da Reconstrução Nacional (PRN), atual Partido Trabalhista Cristão (PTC). Seu mandato encerra-se em 29 de dezembro de 1992, em razão de *impeachment* (JÚNIOR SALLUM, Brasília; CASARÕES, Guilherme Stolle Paixão e. O impeachment do presidente Collor: a literatura e o processo. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 82, p. 163-200, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n82/a08n82.pdf>).

e redução dos riscos, por meio de serviços que promovam, protejam e recuperem a saúde de todos (CORREA, 2017).

Nessa ótica, o direito constitucional à saúde não significa somente o acesso à medicina curativa, mas também o direito à saúde física e mental que começa com a medicina preventiva, com o esclarecimento e educação da população, saneamento básico, lazer, alimentação, condições dignas de moradia, entre outras coisas (MAGALHÃES JÚNIOR, 2006). Ou seja, compreende a saúde indissociável dos determinantes e condicionantes sociais.

Observa-se uma estreita sintonia entre as declarações internacionais e o texto constitucional: a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1948, p. 1); a Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece a saúde como resultado do direito a um nível de vida que resulte em bem-estar (ONU, 1948).

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ONU, 1948, p. 36).

Em suma, o direito à saúde é um dever constitucional do Estado, é também um direito fundamental de todo cidadão que visa à garantia estatal da dignidade humana.

Deve-se distinguir os direitos humanos dos direitos fundamentais. Os direitos humanos são fundamentados como direitos naturais positivados nas declarações e convenções internacionais, assim como as exigências básicas relacionadas a dignidade, liberdade e igualdade, as quais devem ser reconhecidas positivamente pelos ordenamentos jurídicos (LUNO, 2007).

Por outro lado, os direitos fundamentais possuem um sentido mais preciso, já que tão-somente descrevem o conjunto de direitos e liberdades jurídicas, reconhecidos institucionalmente e garantidos pelo direito positivo (LUNO, 2007).

Na acepção de Sarlet (2003), os direitos fundamentais são os direitos positivados na Constituição de um Estado, atribuídos a todos os sujeitos em comum,

com a finalidade de assinalar as condições básicas de sobrevivência a todo ser humano. Souza (2010) complementa que os direitos fundamentais se relacionam com os direitos humanos, em prol da igualdade e da dignidade humana.

A dignidade da pessoa humana é uma qualidade intrínseca, inseparável de todo e qualquer ser humano, é característica que o define como tal. Concepção de que em razão, tão-somente, de sua condição humana e independentemente de qualquer outra particularidade, o ser humano é titular de direitos que devem ser respeitados pelo Estado e por seus semelhantes. É, pois, um predicado tido como inerente a todos os seres humanos e configura-se como um valor próprio que o identifica (SARLET, 2002, p. 22).

O Estado deve promover a dignidade humana com intervenções que garantam o mínimo de condições de vida para o ser humano, como o direito ao acesso à alimentação, educação básica, segurança, moradia, saúde e outras necessidades vitais (SARMENTO, 2000). Nessa perspectiva, a saúde é também um direito fundamental, uma vez que ultrapassa a visão da oferta de ações e serviços de saúde, e associa-se ao direito social, à vida e à dignidade humana (PRADO, 2012).

Os direitos fundamentais englobam tanto as liberdades públicas quanto os direitos econômicos e sociais. Na acepção de Habermas (2008), os direitos sociais são direitos fundamentais de todos os indivíduos, assegurados pelos poderes públicos, inclusive em épocas de crises e de dificuldades, para que se tenha uma vida digna. São condições para que os direitos básicos possibilitem melhores condições de vida, ao mesmo tempo que visa à mais baixa desigualdade social dos hipossuficientes (SARMENTO, 2000).

O artigo 6º da CF elenca os direitos sociais da seguinte forma: educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, e assistência aos desamparados (BRASIL, 1988, p. 18). Como se vê, a saúde é reconhecida como direito social fundamental.

Embora o ordenamento constitucional reconheça que os direitos sociais se estendem a todos os brasileiros, vertentes neoliberais, sobretudo, no governo de Fernando Henrique Cardoso(FHC),⁴ propuseram uma reforma que tinha por objetivo

⁴ Fernando Henrique Cardoso, Presidente da República por dois mandatos consecutivos (1995-2003). Filiado ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), governou apoiado “por uma coalizão de partidos à direita do espectro político[...]” (SORJ, Bernardo. **A construção intelectual do Brasil contemporâneo: da resistência à ditadura ao governo FHC.** Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 115).

diminuir o Estado no campo social e maximizá-lo para o capital (COSTA, 2010).

Na ótica do governo FHC era preciso que o Estado se reestruturasse com uma administração orientada pela eficiência, a ponto de considerar a Constituição de 1988 um retrocesso burocrático (PEREIRA, 1997).

A despeito de não ter sido deflagrada, no governo FHC, a massiva campanha de reforma do Estado, é, sob a presidência dele, que se vai dar forma e vigor a este processo simultâneo de inanição do Estado no campo social e de rendição às regras do mercado. É nesse governo que se institui o Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), a ser comandado por Luiz Carlos Bresser Pereira, responsável pela apresentação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, em setembro 1995.

Com FHC, privatizações ganharam a cena pública, sob vários argumentos: “atrair capitais, reduzindo a dívida externa; reduzir a dívida interna; obter preços mais baixos para os consumidores; melhorar a qualidade dos serviços; e atingir a eficiência econômica das empresas, que estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 152-153).

Por sua vez, o plano diretor, segundo Peci (2015, p. 870), “propunha um conjunto de medidas de cunho administrativo-gerencial, baseado na premissa de que as instituições públicas devem tornar-se mais ‘parecidas’ com o mercado”. Nessa mesma direção, Milan e Maluf (2015, p. 841) advertem que

Sob o mesmo rótulo de “reforma administrativa”, abrigam-se intervenções de distinto alcance e variada concepção, ora mais interessadas em racionalizações de custos [...], ora mais voltadas para a alteração de processos e procedimentos, ora simplesmente dedicadas a promover ajustes reducionistas na estrutura da administração.

Vale destacar que também data do primeiro governo de FHC, a emergência das agências reguladoras voltadas aos setores de infraestrutura. Já as relacionadas à área social são instituídas no segundo mandato. Entre as quais as que tratam de regulação do campo da saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (PECI, 2015).

Havia, entretanto, outras vertentes que variavam de acordo com a filiação ideológica dos grupos, sobretudo, a centro-esquerda social-liberal, que reconheceu as reformas orientadas para o mercado, de fato, necessárias, mas não com o

radicalismo neoliberal. Propôs, desse modo, a reconstrução com intervenções econômicas, mas, também sociais, através de organizações não estatais para conduzir a educação, saúde e cultura do país (PEREIRA, 1997, p. 18).

Social porque continuará a proteger os direitos sociais e a promover o desenvolvimento econômico; liberal, porque o fará usando mais os controles de mercado e menos os controles administrativos, porque realizará os seus serviços sociais e científicos principalmente por meio de organizações públicas não estatais competitivas, porque tornará os mercados de trabalho mais flexíveis, porque promoverá a capacitação de recursos humanos e de suas empresas para a inovação e a competição internacional.

Na realidade, a busca pela estabilidade econômica direcionada para o crescimento sustentado e não inflacionado, implicou um profundo retrocesso social com a falência das políticas sociais universais, dentre estas, a de saúde (CASTILHO; LEMOS; GOMES, 2017).

No campo da saúde, esse processo de reforma culminou na terceirização de grande parte de serviços assistenciais e terapêuticos, na promoção da mercantilização dos cuidados, na precarização dos vínculos de trabalho no setor público e o financiamento restrito e aquém das necessidades, prejudicando o acesso da população aos serviços (CASTILHO; LEMOS; GOMES, 2017). Enfim, assistiu-se o sucateamento de equipamentos, serviços e unidades de saúde.

2.2 Política de Saúde no Brasil

O processo de expansão marítima europeia, iniciado no século XV, desencadeou um significativo fluxo de mercadorias e contatos entre povos de distintos territórios, bem como, a proliferação e a veiculação de doenças. Com a chegada dos portugueses ao Brasil, juntaram-se à malária outras enfermidades, como a peste bubônica, varíola e cólera (OLIVEIRA, 2012).

Foram os índios, os colonizadores e, posteriormente, os negros, os detentores de conhecimentos próprios para lidar com as enfermidades. A partir de suas “cosmovisões”, ofereciam tratamentos para as moléstias da época, por meio de rezas, feitiços, plantas, ervas nativas, aplicação de sanguessugas e outras técnicas (OLIVEIRA, 2012).

Foi em 1543, que os portugueses implantaram a primeira instituição hospitalar do Brasil, a Santa Casa de Misericórdia, na capitania hereditária de São Vicente. O principal objetivo era atender os enfermos dos navios, dos portos e moradores das cidades, embora não adotassem nenhuma prática científica (OLIVEIRA, 2012).

Assim, as pessoas continuavam adoecendo e morrendo em suas casas, em instituições de saúde ou simplesmente ao léu. Com a epidemia de sarampo, no século XVII, ocorreu uma profunda crise demográfica no país, que chamou a atenção dos governantes da época, principalmente, em razão dos prejuízos provocados à política econômica (BAPTISTA, 2007). Fazendo surgirem, assim, as primeiras ações de saúde pública no Brasil, com medidas de proteção, saneamento das cidades e observação das doenças. Mas, somente, posterior à proclamação da República, em 1889, que ocorreu a normatização da medicina e a regulação das práticas de saúde no país (BAPTISTA, 2007).

Segundo Faro *et al* (1993, p. 5-6), a regulação em saúde eclode na previdência social, através das primeiras manifestações de montepios⁵ no século XVI, ao instituir um plano de pensão aos seus empregados, e sucede no período imperial por intermédio da caixa de socorro, originada pelo governo, em 1888, para os trabalhadores das estradas de ferro estatais.

Para Afonso (2003, p. 7), as ações de regulação se intensificaram com a criação da Lei Eloy Chaves, em 1923, que estabelecia as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) aos trabalhadores do setor privado. Esse sistema previdenciário beneficiava os funcionários do setor ferroviário, portuário, servidor público e mineradores com quatro tipos de privilégios: aposentadoria (normal ou por invalidez), assistência médica ao segurado e seus dependentes, medicamentos com preços especiais e pensão aos dependentes em caso de morte.

Logo depois, em 1932, são criados no Estado Novo de Getúlio Vargas, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), substituindo as caixas de pensões. Dessa forma, a filiação passava a se dar por entidades de proteção social organizadas

²Montepios são instituições em que, mediante o pagamento de cotas, cada membro adquire o direito de, por morte, deixar pensão pagável a alguém de sua escolha. O primeiro montepio surgiu em 22 de junho de 1835, o Montepio Geral dos Servidores do Estado (Mongeral), que funcionou através de mutualismo, ou seja, um grupo de pessoas associou-se e contribuiu, a fim de que fosse formado um fundo para a cobertura de determinados infortúnios (EDUARDO, Ítalo Romano; EDUARDO, Jeane Tavares Aragão; TEIXEIRA, Amauri Santos. **Curso de direito previdenciário**: teoria, jurisprudência e mais de 900 questões. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 7).

por categorias profissionais, diferente das CAPs, que se organizavam por empresa. Esse modelo acentuou o componente de assistência médica, em parte, por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado. Na década de 1960, com a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), ocorre a uniformização da legislação previdenciária que abrange um maior número de segurados, como os empregadores e os profissionais liberais, e inclui benefícios como o auxílio-reclusão, o auxílio-funeral e o auxílio natalidade (EDUARDO; EDUARDO; TEIXEIRA, 2006, p. 9).

Em 1964, foi criada uma comissão para reformular o sistema previdenciário, que culminou com a fusão de todos os IAPs no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966. Para atender essa conformação, o INPS consolida, inicialmente, uma rede assistencial espalhada por todo o país, com serviços majoritários pela iniciativa privada. Esse modelo estabeleceu um modo de regulação nos mais variados formatos: regulação comercial, administrativa, financeira e assistencial. A relação comercial definiu estratégias de organização assistencial, com remuneração dos provedores de serviços. A operação administrativa padronizou a execução dos prestadores e definiu o que poderia ou não ser feito. O mecanismo financeiro estabeleceu tabela de valores, restrições orçamentárias e remuneração das empresas. E a regulação assistencial fundamentou-se nos critérios de acesso e de elegibilidade para execução de ações de saúde (SANTOS; MERHY, 2006, p. 27-28).

É importante destacar que, no governo de Ernesto Geisel,⁶ foi instituído, em 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), criando entre outras autarquias, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), com as respectivas funções: assistência médica aos segurados e gestão financeira, exercidas anteriormente pelo INPS (BRASIL, 1977). A assistência à saúde, fornecida pelo INAMPS, beneficiava os trabalhadores da economia formal com carteira de trabalho registrada, em unidades de atendimento ambulatorial e

⁶ General Ernesto Beckmann Geisel, militar que assumiu a Presidência do Brasil em 15 de março de 1974 até 15 de março de 1979. No seu governo, se posicionou contrário às eleições diretas, “afirmando que o Brasil não tinha maturidade nem educação para essa realidade, estando em um nível cultural e econômico muito baixo. Considerou também, que a democracia plena no Brasil seria uma ficção (DUARTE, Bruno Sobroza. Desmontando a ditadura: o governo de Ernesto Geisel, SP. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 26, 2011, São Paulo. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH. São Paulo: USP, 2011. p. 1-8).

hospitalar próprias, como também, em serviços contratados nas grandes cidades que concentravam a maioria de seus beneficiários (SOUZA, 2003).

Outras concepções importantes desenvolvidas no INAMPS foram:

- A noção de controle, que pode ser tomado como o acompanhamento permanente do processo de execução de uma ação, buscando sua conformidade com o que foi prescrito, e se o que está sendo realizado aproxima-se de um parâmetro, de um limite prefixado, ou se estão ocorrendo distorções. O controle pode ser prévio, concomitante ou a *posteriori* do processo em acompanhamento;
- A noção de avaliação como um processo de determinação, sistemática e objetiva, dá relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, na programação e tomada de decisão [...];
- A auditoria é um conjunto de técnicas destinadas a avaliar processos e resultados e a aplicação de recursos financeiros, mediante a confrontação entre uma situação encontrada com determinados critérios técnicos, operacionais ou legais. A finalidade da auditoria é comprovar a legalidade e legitimidade dos atos e fatos e avaliar os resultados alcançados quanto aos aspectos de eficiência, eficácia e efetividade da gerência ou gestão orçamentária, financeira, patrimonial, operacional, contábil e finalística de unidades ou sistemas (SANTOS, MERHY, 2006, p. 30).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 17 a 21 de março de 1986, autoridades de governo dos níveis municipal, estadual e federal, juntamente com representantes de vários segmentos sociais como profissionais de saúde, pacientes, movimentos comunitários e feministas, trabalhadores rurais e urbanos, povos indígenas e outras classes, aprovaram numa assembleia, o projeto político de Reforma Sanitária Brasileira (SOUTO, OLIVEIRA, 2016).

A Reforma Sanitária alinhou na dimensão civilizatória e democrática, a saúde como direito universal para todo cidadão brasileiro, que foi de base para o capítulo da saúde na CF-88 (SOUTO, OLIVEIRA, 2016). Sob a égide do artigo 198, as ações e serviços públicos de saúde integraram-se numa rede regionalizada e hierarquizada, constituída por um sistema único nacional voltado para o atendimento integral, com participação da comunidade e descentralização das esferas de governo (BRASIL, 1988).

Assim, emerge a política de saúde, após a determinação do texto constitucional de criar o SUS. Agregue-se a isso, uma gama de dificuldades para instituir este sistema, a saber:

Múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde [...] (SOUZA, 2003, p. 11).

Profundas mudanças viriam a ocorrer, sobretudo, em meio à crise econômica instaurada no governo Sarney,⁷ e dos que o sucederam. De fato, distanciava-se o otimismo para implantação de um sistema público de saúde, no país com grandes disparidades regionais, somada a tensões da concepção do Estado mínimo, ditado pelo neoliberalismo, de restringir a atuação do Estado na regulação da social (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Foi neste cenário de crise que o SUS foi erguido e regulamentado, em 1990, pelas Leis Orgânicas de Saúde. Na Lei 8.080/1990, foram definidas as ações e competências das esferas de gestão no controle, avaliação, auditoria e regulação de serviços, ainda que de forma genérica. E a Lei 8.142/1990 definiu os Conselhos de Saúde como controladores e avaliadores das políticas, ações e serviços de saúde (BRASIL, 2002a).

Esse regime descentralizador colabora para a construção do SUS, sobretudo, na transferência da gestão dos serviços públicos, do poder decisório e das responsabilidades financeiras aos entes federativos (GIOVANELLA, 2012, p. 381). Sua gênese emerge da confluência de duas grandes agendas, a da reforma sanitária e da reforma do Estado, nem sempre congruentes entre si. Na primeira vertente, defende-se a descentralização em um contexto de redemocratização do país, enquanto estratégia de aproximação dos serviços de saúde às necessidades do cidadão. Na segunda, a descentralização é tomada com conotações diferentes, do tipo de transferência de encargos e restrição de custo, reduzindo o papel do Estado, compartilhando-se responsabilidades com a sociedade e com o mercado (MACHADO, 2007, p. 140).

No contexto desse processo de descentralização, é relativamente consensual a visão de que o modelo foi impulsionado pelo Ministério da Saúde, por meio da edição

⁷ Sarney foi eleito a Vice-Presidente da República, na chapa com Tancredo Neves, em 1985. No mesmo ano, assume oficialmente o cargo de presidente, após o falecimento de Tancredo. Seu governo foi marcado pelo plano cruzado, com destaque no congelamento geral de preços por doze meses e o reajuste automático de salários sempre que a inflação atingisse ou ultrapassasse os 20% (CORTÊS, Octavio Henrique Dias Garcia. **A política externa do governo Sarney**: o início da reformulação de diretrizes para a inserção internacional do Brasil sob o signo da democracia. Brasília: FUNAG, 2010).

de sucessivos instrumentos normativos, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991, 1992, 1993 e 1996, seguidas das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOASs), de 2001 e 2002 e, mais recentemente, pelo Pacto pela Saúde em 2006 (BRASIL, 2011a).

A NOB 91 estabelece a transferência de recursos do INAMPS aos estados e municípios, para custear a produção na atenção hospitalar e ambulatorial, além de definir os critérios de controle, de fiscalização e de avaliação da execução orçamentária. A NOB 92 versa sobre a consolidação da função de gestor de atenção à saúde aos municípios e redefine as responsabilidades dos Estados, DF e União. Em tese, o domínio dos recursos permaneceu centralizado no INAMPS, e a participação dos estados e municípios se restringiu ao repasse de dados quantitativos da produção hospitalar e ambulatorial (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

Com a NOB 93, institui-se a transferência dos recursos fundo a fundo para os municípios habilitados nas modalidades de gestão (incipiente, parcial, semiplena), e consagraram-se as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional) como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação e integração entre gestores. No período de 1993 a 2000, ocorre a extinção do INAMPS e a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), que tinha como competência o controle, avaliação e auditoria da execução orçamentária, dos sistemas, das ações e serviços de saúde em cada esfera de gestão (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

A NOB 96, apesar de ter sido publicada em 1996, somente foi implementada em 1998. Sua edição acelerou a descentralização dos recursos federais aos estados e municípios, consolidou a autonomia de gestão dos entes federados e rompeu o produtivismo propagado pelo INAMPS. Foram criados ainda o Piso da Atenção Básica (PAB), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa de Saúde da Família (PSF), Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS), Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) e Programação Pactuada Integrada (PPI) (BRASIL, 2006a, p. 170-171).

Em síntese, as NOBs editadas regularam as relações entre os gestores do sistema de saúde, entre os municípios, DF, estados e o Governo Federal. Formularam objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos táticos-operacionais que normatizaram o SUS no território nacional (SANTOS; MEHRY, 2006, p. 33).

Em 2001 e 2002, as NOASs focalizaram o processo de regionalização das políticas de saúde, remetendo aos estados a competência de organizar o fluxo da

assistência intermunicipal por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR) (BRASIL, 2007a, p. 111). Esse plano fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde por meio de territórios municipais que compõem uma região de saúde do estado, com a função de organizar de forma regionalizada e hierarquizada a assistência e estabelecer mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência municipais para o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde (GIOVANELLA, 2012, p. 838).

Mas, somente no final de 2010, após acordo tripartite envolvendo MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que nasce a Rede de Atenção à Saúde (RAS) com o objetivo de organizar a provisão dos serviços de saúde, com a perspectiva de provocar mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado pelo SUS (BRASIL, 2014a).

Enfim, um conjunto de ações e medidas visando à consolidação da política de saúde, voltada para garantia de direitos e apontada para a implantação do novo modelo do sistema, o de RAS.

2.2.1 Rede de atenção à saúde: conceito e estrutura operacional

Compete ao Estado a assistência à saúde pública e a defesa da vida, com seu amplo e heterogêneo leque de políticas públicas desenvolvidas no âmbito do SUS, fundamentais para a estruturação das redes de ações e de serviços. Nesse sentido, inclui-se a Rede de Atenção à Saúde com o intuito de superar a precarização do sistema e de organizá-lo corretamente para suprir as necessidades da população.

A RAS foi instituída pela Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do MS, e do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. A portaria estabelece as diretrizes para organização da rede no âmbito do SUS. Já o aludido decreto, sancionada pela presidente Dilma Rousseff,⁸ visava à regulamentação da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, da lavra do governo Collor de Mello.

⁸ Dilma Vana Rousseff, primeira mulher a ser eleita Presidente da República. Filiada ao Partido dos Trabalhadores (PT), teve o seu primeiro mandato de 1 de janeiro de 2011 a 1 de janeiro de 2015, marcado pelos 13 compromissos, dentre eles, o de expandir e fortalecer a democracia; erradicar a pobreza e reduzir as desigualdades; e universalizar a saúde e garantir qualidade no atendimento do SUS. O segundo mandato iniciou no dia 1º de janeiro de 2015 e encerrou-se dia 31 de agosto de 2016, após o processo de *impeachment* penalizá-la pelo crime de responsabilidade fiscal (BASTOS, Pedro Paulo Zahluth. Ascensão e crise do governo Dilma Rousseff e o golpe de 2016: poder estrutural, contradição e ideologia. **Revista e economia contemporânea**, Rio de Janeiro, vol.21, n.2, p. 1-63, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rec/v21n2/1415-9848-rec-21-02-e172129.pdf>).

A RAS é compreendida “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a, p. 88). Esses arranjos organizativos articulam-se em níveis de complexidade crescente, a fim de promover a integração sistêmica, contínua, integral, responsável e humanizada dos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

Quanto à estrutura operacional, a rede apresenta cinco componentes: o centro de comunicação à Atenção Primária à Saúde, os pontos de atenção à saúde secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança da RAS (MENDES, 2011, p. 86).

O centro de comunicação da rede é o primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, através da atenção primária à saúde que desenvolve ações que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Além disso, possui o papel chave de ordenar o cuidado aos serviços da RAS (BRASIL, 2010a, p. 90).

O ponto de atenção secundária à saúde é constituído pelos serviços ambulatoriais e hospitalares, responsáveis pelo apoio diagnóstico e terapêutico das situações de saúde não resolvidas na atenção primária, bem como pela oferta do serviço de urgência e emergência. E, a atenção terciária conta com o nível de assistência mais especializada e específica para diagnósticos e terapias complexas, demandadas pela atenção secundária (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004).

Os sistemas de apoio “são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica [...]”, além dos sistemas de informação em saúde (MENDES, 2011, p. 115). O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de diagnóstico por imagem, como a endoscopia, a ultrassonografia e a tomografia. O sistema de apoio de assistência farmacêutica compreende a complexa organização relativa à seleção, à programação, à aquisição, ao armazenamento e à distribuição dos medicamentos na RAS (MENDES, 2011). Já os sistemas de apoio de informação em saúde constituem o esforço de coletar, processar e usar a informação com vistas à produção de intervenções sobre as necessidades de saúde da população, compreendendo

Os determinantes sociais da saúde e os ambientes contextuais e legais nos quais os sistemas de atenção à saúde operam; os insumos dos sistemas de atenção à saúde e os processos relacionados a eles, incluindo a política e a organização, a infraestrutura sanitária, os recursos humanos e os recursos financeiros; a performance dos sistemas de atenção à saúde; os resultados produzidos em termos de mortalidade, morbidade, carga de doenças, bem-estar e estado de saúde; e a equidade em saúde (MENDES, 2011, p. 131).

Já os sistemas logísticos são tecnologias de informação que garantem uma organização dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RASs, para um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações ao longo dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde (MENDES, 2011).

E, por fim, o sistema de governança que é um arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes RAS, de “forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita” (MENDES, 2011, 156). Tem como objetivo articular políticas institucionais para o cumprimento de metas e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização dos serviços na RAS (BRASIL, 2010a).

Em tese, a rede de atenção visa à qualidade dos serviços de saúde, economia de escala, e o acesso no SUS, na perspectiva de que um ponto de atenção à saúde seja suprido por um outro, potencialmente mais resolutivo, mas sem distinção hierárquica (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2011), a qualidade dos serviços visa ao alcance de determinados requisitos, como: segurança, efetividade, cuidado centralizado na pessoa, eficiência e equidade no cuidado. Já o acesso se refere à ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero aos diferentes pontos de atenção à saúde.

E a economia de escala, caracteriza-se tanto em termos de custo quanto de produção. No ponto de vista do custo,

[...] há economias de escala nas situações em que o custo médio decresce à medida que a produção se eleva. Na ótica da produção, surgiriam economias de escala, caso o produto aumentasse de modo mais que proporcional ao uso dos insumos (CAETANO, 2014, p. 10).

Portanto, observa-se uma integração entre pontos de atenção à saúde, na perspectiva de conduzir as condições de saúde do cidadão, “no lugar certo”, “no tempo certo”, “com o custo certo” e “na qualidade certa”, estruturadas pelas redes assistenciais (MENDES, 2011, p. 77).

2.2.2 Redes assistenciais do SUS: o programa rede cegonha

As redes assistenciais elencadas pelo SUS, em 2011 e 2012, foram: Rede Cegonha (RC); Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD); Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC) (BRASIL, 2014a).

Será destacada a RC por desenvolver um elenco de ações que visam à garantia do atendimento de qualidade, seguro e humanizado do planejamento familiar, da gravidez, do processo de parturição e do puerpério, elementos-chave para o escopo desta pesquisa.

A implantação da RC pelo MS deu-se a partir de problemas cruciais no campo da saúde materna e infantil: altas taxa de mortalidade materna, dificuldades do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento no pré-natal, a peregrinação das mulheres em trabalho de parto na busca de atendimento e a incipiente organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2011c, 2011d).

Logo, em 2011, a RC foi lançada, por meio da Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, do MS, visando, de forma estratégica, delinear uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério; e, às crianças, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis até os dois anos de idade (BRASIL, 2011c).

Quanto às diretrizes, a RC garante o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, a ampliação do acesso e da qualidade do pré-natal, assim como a vinculação da gestante a uma unidade para o atendimento ao parto. De acordo com

as diretrizes, à gestante deverão ser garantidas boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, bem como atendimento das crianças de zero a vinte quatro meses com resolutividade e qualidade (BRASIL, 2011c).

Está organizada a partir de quatro componentes, a saber: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; transporte sanitário e regulação. No que se refere ao componente parto e nascimento, são implantadas ações nas quais se inclui a garantia da suficiência de leitos obstétricos e neonatais de acordo com as necessidades de cada região (BRASIL, 2011c).

Para o MS, o leito de internação obstétrico destina-se a acomodar gestantes e puérperas em atendimento assistencial do tipo clínico e/ou cirúrgico. O leito obstétrico do tipo clínico está indicado para a usuária em tratamento clínico de complicações relacionadas a gestação ou puerpério, como por exemplo (transtornos hipertensivos na gravidez, eclâmpsia, edema e outras situações. Já o leito obstétrico cirúrgico é utilizado para gestante e puérpera que necessitam de tratamento cirúrgico (BRASIL, 2002b).

Nessa perspectiva, o MS definiu, em 2014, os parâmetros para programação de leitos gerais e por especialidades, incluindo nestas os leitos obstétricos, tomando como base a literatura internacional, no que se refere à disponibilidade de leitos em relação à população por região (BRASIL, 2014b). Ao mesmo tempo, reconhece que

A programação dos leitos hospitalares necessários para uma dada população é uma tarefa complexa, pois, envolve analisar não apenas a oferta desses serviços (recursos disponíveis, tecnologia, índices de utilização), mas também sua demanda (necessidade de assistência), e estas são dimensões inter-relacionadas e sujeitas a um conjunto complexo de determinantes (BRASIL, 2017b, p. 51).

No Quadro 1, são apresentadas normatizações para os cálculos de leitos destinados à assistência ao parto, tomando como referência a Nota Técnica Nº 6, de 12 de março de 2014, do MS, que trata dos critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no SUS (BRASIL, 2014b).

Quadro 1 – Parâmetros e referenciais normativos para o cálculo de leito obstétrico

DADOS POPULACIONAIS LEITOS E SERVIÇOS	CÁLCULO	REFERENCIAL NORMATIVO/PARÂMETRO
População da região	Total da população/região	IBGE/SINASC/DATASUS
Nascidos vivos	Total de nascidos vivos/Região	SINASC/DATASUS
Número esperado de nascidos vivos SUS dependentes	Total de nascidos vivos x % de cobertura da pop. SUS dependente	Portaria nº 650 de 5 de outubro de 2011/ Dados de cobertura de Saúde Suplementar – ANS
Número esperado de gestantes	Total de nascidos vivos + 10%	Portaria nº 650 de 5 de outubro de 2011/ Dados de cobertura de Saúde Suplementar – ANS ou 75% da população total
Número esperado de gestantes SUS dependentes. ⁹	Total de nascidos vivos SUS dependentes + 10%	Portaria nº 650 de 5 de outubro de 2011/ SINASC/ANS
Leitos obstétricos (Risco habitual)	85% do nº de gestantes usuárias do SUS x (média de permanência (3) dias/Tx ocupação (0,85) x 365.	Nota técnica de 13/01/2012 e Memorando DAPES/SAS/MS; SINASC.
Leitos para Gestação de Alto Risco	15% do nº de gestantes usuárias do SUS x (média de permanência (5)dias/Tx ocupac�o (0,85) x 365	Nota técnica de 13/01/2012 e Memorando DAP ES/SAS/MS; SINASC/ANS
Leitos de UTI adulto para gestante	6% dos leitos obstétricos de risco habitual	Portaria n� 930 de 10 de maio de 2012
Leitos de UTI neonatal	2 leitos para 1.000 nascidos vivos	Portaria n� 930 de 10 de maio de 2012
Leitos de UCI Neonatal/ Canguru (UCINca)	01 leito para 1.000 nascidos vivos	Portaria n� 930 de 10 de maio de 2012; SINASC
Centro de Parto Normal	1 CPN - 100.000 a 350.000 habitantes; 2 CPN - 350.000 a 1 milh�o habitantes; 3 CPN - 1 a 2 milh�es habitantes; 4 CPN - 2 a 6 milhões de habitantes	Portaria n� 650 de 5 de outubro de 2011; IBGE/ SINASC

Fonte: Elabora o própria com base em dados da Nota Técnica N  6, de 12 de março de 2014.

Tomando como referência o Programa RC, será apresentada a sua implanta o no estado do Ceará e no município de Fortaleza, na perspectiva do acesso   gestante ao leito obstétrico.

⁹ Dependentes do SUS   um termo utilizado pelo MS para referir-se   popula o que depende exclusivamente do sistema público de saúde, representando cerca de 168 milhões de pessoas (80% da popula o brasileira) (MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATEN O   SAÚDE. **Estimativa da popula o SUS dependente.** Brasília: DATASUS, 2019).

2.2.3 Rede cegonha: o acesso ao leito obstétrico no Ceará e em Fortaleza

A Rede Cegonha, no Ceará, consolidou-se em 2012, por ocasião do encontro da Comissão Intergestora Bipartite do Estado do Ceará Nº 18, de 3 de fevereiro de 2012. Desde 2015, ocorre a construção de um novo formato da RC no estado, em virtude da habilitação dos pontos de atenção terciária não realizada anteriormente (CEARÁ, 2016).

Com o Plano Estadual de Saúde do Ceará, com vigência de 2016 a 2019, no qual estava incluído a RC, foi registrado o compromisso do Estado em garantir o acesso da gestante ao pré-natal nos seus 184 municípios, sendo que 163 (88,6%) assumiram a responsabilidade de realizar o parto, e 21 (11,4%) não se comprometeram. Em face dessa problemática, identificou-se a necessidade de implantar uma nova política de atenção hospitalar (CEARÁ, 2016).

A nova Política Estadual de Atenção Hospitalar em Obstetrícia prevê a reinserção dos hospitais na RC, com o objetivo de assegurar a continuidade do cuidado antes e depois da internação, oferecendo retaguarda de leitos obstétricos à gestante de baixo, médio e de alto risco, de forma articulada pela central de regulação (CEARÁ, 2016).

Diante disso, ficou estabelecido para as gestantes de médio e alto risco, o credenciamento nos seguintes serviços no estado (QUADRO 2):

Quadro 2 – Serviços de atenção à gestante de médio e de alto risco no Ceará

UNIDADES HOSPITALARES	NÚMERO DE LEITOS OBSTÉTRICOS DE MÉDIO E DE ALTO RISCO	UTI NEONATAL	UTI ADULTO
Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)	76	21	4
Hospital Geral de Fortaleza (HGF)	27	30	36
Hospital Geral Dr. Cesar Cals (HGCC) (Fortaleza)	109	20	112
Hospital Cura d’Ars (Fortaleza)	46	14	6
Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana (HDGMM) (Fortaleza)	53	10	–
Hospital Geral Waldemar Alcântara (HGWA) (Fortaleza)	–	7	21
Hospital José Martiniano de Alencar (Fortaleza)	19	–	–
Hospital e Maternidade Zilda Arns Neumann (HMZAN) (Fortaleza)	30	10	10
Hospital e Maternidade Jesus Maria José (Quixadá)	31	10	–
Santa Casa de Sobral	35	15	19
Hospital Regional Norte (Sobral)	47	10	20
Hospital e Maternidade São Lucas (Juazeiro do Norte)	41	10	–
Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo (Barbalha)	34	10	8
Hospital Geral de Brejo Santo	14	–	–

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Plano Estadual de Saúde do Ceará (2016).

Em Fortaleza, o HDGMM é uma unidade de atenção secundária, na qual prevalece o serviço de obstetrícia, sem ofertar leito de UTI adulto. Em contrapartida, disponibiliza leitos de UTIN, além de uma unidade de urgência e emergência, que atende a clientela tanto por demanda espontânea, quanto referenciada pela Central de Regulação (FERREIRA, 2008).

O HGWA, localizado no bairro de Messejana, caracteriza-se como hospital de atenção secundária, que assiste, predominantemente, crianças e idosos. Para ingressar neste serviço, é necessário que outro hospital requisite o leito de internamento, inclusive, de UTI adulto e neonatal, por meio da Central de Regulação, isto é, o hospital funciona como uma unidade de retaguarda (MARTINS *et al*, 2009).

Outra unidade de retaguarda é o Hospital José Martiniano de Alencar, que conta com leitos obstétricos, porém não dispõe de leitos para o tratamento intensivo da mãe e seu concepto, atendendo neste caso, gestante de baixo risco.

Na região do sul cearense, o Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo, entidade filantrópica e sem fins lucrativos, situado no município de Barbalha, presta

serviços ao SUS com leitos obstétricos, de UTIN e UTI adulto enquanto que, em Juazeiro do Norte, o Hospital e Maternidade São Lucas, considerado de atenção secundária, não fornece leito de tratamento intensivo adulto.

É sabido que, nem todo hospital, necessariamente, deve ofertar leito obstétrico, de UTIN e UTI adulto, de forma concomitante, como por exemplo, o Hospital de Brejo Santo, porém deve providenciá-lo, quando necessário, em outro serviço de saúde que disponha, via Central de Regulação.

Quanto aos aspectos operacionais da ocupação dos leitos de UTI no Ceará, principalmente, dos municípios que não dispõem deste recurso, acredita-se, que deve existir uma gestão compartilhada das ações e serviços de saúde entre as cidades do estado, à medida que a Lei Nº 8.080/1990 determina a criação de Comissões Intergestores para organizar as redes de ações e serviços de saúde integradas de forma intermunicipal.

Na realidade, não foi localizado nenhum documento veiculado pela *internet*, que descreva os aspectos operacionais da ocupação dos leitos de UTI no Ceará. Diante disto, questiona-se como é garantido o acesso da gestante e do seu conceito ao leito de UTI, sobretudo, em situação de risco de vida, nos municípios que não dispõem deste recurso? Como se dá a transferência da gestante até uma unidade de saúde com leito de UTI? E qual a garantia desse acesso ocorrer em tempo hábil?

Logo, percebe-se que a deficiência de leitos de UTIN e UTI adulto no estado, pode comprometer o principal objetivo do Programa RC, que é de assegurar o planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gestante, à puérpera e o direito da criança ao nascimento seguro.

Segundo o Plano Estadual de Saúde do Ceará, necessita-se “ampliar a rede de atenção quanto à sua estrutura, buscando suprir a insuficiência de leitos neonatais, financiamento de obras e equipamentos, e de apoio ao custeio e a qualificação de novos leitos” (CEARÁ, 2016, p. 18).

De acordo com Rodrigues *et al* (2015), a escassez de leitos neonatais impacta diretamente o acesso da gestante ao leito obstétrico, nas situações de superlotação da unidade neonatal, o que configura uma desigualdade em relação à oferta de leitos obstétricos. Tal limiar culmina na peregrinação da mulher em busca de vaga durante o processo de parturição, o que sobrecarrega os serviços públicos que não recusam as gestantes, caso haja vagas hospitalares.

Entende-se, portanto, que a gestante não pode ser recusada nos serviços e tampouco peregrinar em busca de assistência. Caso a unidade não esteja adequada para o tipo de atendimento necessário, a paciente deverá ser acolhida até que seja garantida a sua transferência para outra unidade, capaz de atender suas necessidades (COUTO, 2012).

No município de Fortaleza, o Plano Municipal de Saúde, com vigência de 2018 a 2021, estabelece metas para a RC, nas quais o componente parto e puerpério ofertará leitos obstétricos e neonatais de forma suficiente, com a ampliação de cinquenta e oito leitos de UTIN (nove na MEAC, dez no HMZAN e trinta e nove no HGCC), e três centros de parto normal (um no HGCC, um no HDGMM e um no HGF) (FORTALEZA, 2017).

O Plano Municipal pretende primeiramente elaborar e implementar um plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto, adotando o modelo de “vaga sempre”,¹⁰ além de implantar o gerenciamento de leitos e NIR nos hospitais municipais (FORTALEZA, 2017, p. 97).

A vinculação da gestante à maternidade é uma das responsabilidades do sistema público. Em Fortaleza, tal vinculação dá-se nos seguintes estabelecimentos: HGCC, HGF, HMZAN, HDGMM, MEAC, Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará, Hospital Distrital Gonzaga Mota do José do Walter, Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Cura d’Ars, Hospital José Martiniano de Alencar e o Hospital Waldemar de Alcântara (BRASIL, 2019b).

Na realidade, a vinculação da gestante à maternidade é um direito garantido pela Lei Nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, sancionada pelo presidente Lula,¹¹ na qual se encontra definido que toda mulher deve saber e conhecer a maternidade em que será realizado seu parto e onde será atendida em caso de intercorrência na gestação (BRASIL, 2007b).

¹⁰ Termo adotado pelo Programa RC, que visa garantir à gestante e ao neonato, a vaga de internamento para todos que necessitarem, por meio da elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto (BRAZIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011).

¹¹ Luiz Inácio Lula da Silva, Presidente da República, com dois mandatos consecutivos (2003 – 2010), filiado ao PT. Encerrou seu mandato com o recorde de aprovação e popularidade superior aos 80%. Suas principais marcas foram: manutenção da estabilidade econômica, crescimento do país, redução da pobreza e da desigualdade social (BARBOSA, Luís Guilherme Camfield. O governo Lula e a política econômica brasileira: continuidade ou ruptura?. **Revista Todavia**, Porto Alegre, v. 3, n. 4, p. 52-64, 2012. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/revistatodavia/Ed.%204%20-%20Artigo%203.pdf>).

Nessa perspectiva, o acesso da gestante ao leito obstétrico deve ser assegurado, até mesmo na situação de superlotação hospitalar, através da Central Regulação de Leitos, que visa à transferência da usuária para outra instituição de forma segura e responsável.

3 REGULAÇÃO EM SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O termo regulação é polissêmico, com distintas finalidades, origens e significados que permeiam, de forma geral, as diversas áreas do conhecimento humano.

3.1 A Regulação e Seus Múltiplos Conceitos

Para Oliveira (2010, p. 35), “A origem dos conceitos de regulação é de difícil sistematização, pois a compreensão da origem da denominação regulação depende de uma conceituação progressiva”. Na acepção de Canguilhem (1968), a consulta aos dicionários do século XIX apontam a expressão regulador precedida de regulação, de modo que regulador foi um termo de relojoaria, economia, política, e de mecânica no século XVIII.

Com o surgimento da ideia de regulação, foram desenvolvidos diferentes definições e abordagens. Destaca-se a sua referência com outros conceitos como: a ideia de poder e dominação (ciências políticas), de controle (ciências exatas), de homeostase (biologia) e de autorregulação (economia) (OLIVEIRA, 2010).

A regulação foi incipientemente assimilada nas ciências sociais na relação do Estado com o mercado e o seu modo de intervenção do primeiro sobre o segundo. A concepção de que o Estado exerce algum nível de controle sobre mercado e sociedade está na origem do conceito de regulação. Perspectivas teóricas como o Neoinstitucionalismo, a Teoria da Escolha Racional e a abordagem Agente Principal enfocam a ligação entre agentes econômicos, sociais e Estado, destacando o poder de regulação do Estado e sua grande capacidade de alocação de recursos (COSTA, 2010, p. 256).

Segundo Gelis Filho (2006, p. 592), os sistemas de controle são “arranjo de componentes físicos conectados ou relacionados de tal forma a comandar, dirigir ou regular a si mesmo ou a um outro sistema”. Possui como espécies o servomecanismo, com a finalidade de transmitir a distância de uma variável de comando, e o mecanismo regulador, que mantém o controle de uma variável no nível predeterminado.

Na biologia, a regulação homeostática engloba os fatores que operam para manutenção uniforme das reações fisiológicas no organismo, em condições que o

corpo favoreça a libertação de limitações externas como a água, o oxigênio, a temperatura e o alimento nutritivo (BRITO; HADDAD, 2017, p. 105-106).

No campo da economia, Malthus (1978) estabeleceu a relação entre a produção de meios de subsistência e a evolução demográfica nos Estados Unidos e na Europa, e concluiu que o crescimento populacional excedia a capacidade de produção de alimentos. Logo, advogou pela regulação econômica com a ideia de sujeição moral de retardar casamentos, reduzir natalidade e elevar o preço das mercadorias. Ademais, antecipou a ideia do aumento da demanda efetiva, expressão que cunhou e mais tarde se constituiu em peça importante da argumentação keynesiana (MALTHUS, 1996, p. 184).

Keynes (1992, p. 63) fundamenta a necessidade de uma forte intervenção econômica do Estado com o objetivo principal de garantir o pleno emprego e manter o controle da inflação. Numa grave crise, o mercado não consegue resolver o problema e os preços dos produtos e serviços caem, bem como, o emprego. Nessa situação, o governo regula a crise expandindo a economia por meio da criação de novas despesas, o que possibilita a criação de empregos. Baldwin e Cave (1999, p. 9-17) complementam que o mercado não controlado falharia na produção de comportamentos ou de resultados correspondentes ao interesse público, sendo o Estado o regulador econômico sobre a atividade e o mercado.

Busquets *et al* (2017, p. 11-15) descrevem os conceitos regulatórios reconhecidos pelo Banco Mundial para o seu desempenho e funcionamento financeiro, expostos a seguir: a regulação de proteção do consumidor que objetiva proteger o consumidor financeiro do desequilíbrio de poder que existe entre consumidores e provedores de serviços financeiros; a regulação de conduta ao estabelecer regras de conduta de mercado com foco na ética empresarial; e a regulação financeira, aplicada às instituições financeiras para garantir estabilidade e eficiência da intermediação de recursos.

Segundo Gelis Filho (2006, p. 592), as funções regulatórias do Estado brasileiro surgiram, na nossa legislação, há muito tempo, atestadas pelos seguintes documentos:

- Regimento de 17 de dezembro de 1548 (Governo-Geral de Tomé de Souza) que traçava normas julgadas necessárias à regulação das relações entre industriais, donos de fábricas e plantadores de cana;

- Alvará de 13 de abril de 1809, para se regular o fabrico e o consumo da pólvora;
- Decreto de 3 de fevereiro de 1863, que aprova as tarifas e instruções que devem regular o transporte de passageiros, bagagens, mercadorias etc. na Estrada de Ferro de D. Pedro II;
- Decreto de 29 de dezembro de 1880, que aprova as cláusulas que devem regular as concessões de Estradas de Ferro Gerais no Império;
- Decreto no 5.378, de 14 de dezembro de 1927, que autoriza a regular o comércio de café entre os portos do Brasil, e os do exterior e dá outras providências.

Na década de 1990, o vocábulo regulação é evidenciado na reforma do Estado, em decorrência da privatização de estatais e da manutenção da ideia de competição entre concessionárias na prestação de serviços públicos, compreendendo a necessidade de regular as atividades da concessão para garantir regularidade na prestação dos serviços (DI PIETRO, 2004).

Tendo em conta que a reforma do Estado, propugnada pelo MARE, tinha por bandeira inaugural a privatização – e é bom que se assinale – de serviços essenciais, tais como indústria siderúrgica, energia elétrica, telefonia, adotou-se o emprego da instituição de agências reguladoras: Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel), Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), Agência Nacional de Petróleo (ANP) (PECI, 2015). Uma lista longa de agências, dadas como de regulação, foi surgindo.

Conforme o dicionário Houaiss (2010, p. 666), regular é sujeitar às “regras, conter, moderar, regar, acertar, encaminhar conforme a lei, estabelecer regras para regulamentar, ajustar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar e comparar”.

Vazquez (2015, p. 872), ao discorrer acerca da regulação no âmbito federal, recorre a Melo (2005), para destacar um dos efeitos que as reformas institucionais, encetadas a partir dos anos de 1995, produziram: “[...] ampliação da capacidade de regulação da União sobre as políticas executadas por estados e municípios”.

O autor elenca um conjunto de estratégias para consecução de tal intento: Emendas Constitucionais (ECs), leis complementares, portarias e normas ministeriais. Somado a isso, vem um conjunto de mecanismos: vinculação de receitas; regras de punição com base em legislação federal (Lei de Responsabilidade Fiscal); fundos multigovernamentais a exemplo do Fundef e Fundeb; transferências condicionadas (VAZQUEZ, 2015).

Em linhas gerais, tais expressões de regulação terminam por “impor o compromisso com o ajuste, prioridades de gasto e um padrão nacional para a oferta descentralizada” (VAZQUEZ, 2015, p. 872).

A palavra inglesa *regulation* abrange desde os processos de autorregulação, regulação por feedback ou retroação negativa até os processos de intervenção normativa ou regulamentadora do Estado. Em português observa-se claramente uma distinção semântica para dois processos: regulação e regulamentação. Esta última pode ser considerada como um instrumento, entre muitos, para a regulação. O uso de regras e a definição do marco regulatório estão no cerne das atividades necessárias ao estabelecimento do tenuous equilíbrio das relações sociais no domínio econômico (FARIAS; GURGEL JUNIOR; COSTA, 2011, p. 401).

Do que se depreende da regulação, é fundamental não pôr em suspenso o olhar atento, a análise acurada de seus mecanismos e instrumentos no processo que envolva a avaliação de políticas públicas.

No campo da saúde, ao longo da década de 1990, houve intensa atuação regulatória por parte do governo federal em substituição à estrutura centralizada herdada do INAMPS. Nos anos 2000, identifica-se a persistência dessa estratégia regulatória, marcada pela redução do papel do Ministério da Saúde nas ações diretas de saúde, por meio da transferência de serviços para estados, municípios e DF (MACHADO, 2005, 2007).

Sua conformação dá-se por meio de políticas e programas que abrangem: alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária; recursos humanos; ciência e tecnologia e saúde do trabalhador (BRASIL, 1990a). Portanto, são definidas responsabilidades para uma melhor organização do sistema, voltado, inclusive, para a regulação da oferta e da demanda.

3.2 Regulação em Saúde: considerações teóricas

Na saúde, o ato regulatório é parte integrante do campo de prestação de serviços, exercido pelas instituições que provêm ou contratam serviços de saúde. O conceito, as práticas e as finalidades da regulação em saúde ainda são objeto de debate, existindo compreensões distintas do tema (SANTOS; MERHY, 2006, p. 25-51).

3.2.1 Relação público e privado

A primeira distinção a ser feita, aqui, refere-se aos termos regulação e regulamentação. Segundo Santos e Merhy (2006, p. 85), a regulação expressa a intencionalidade do ator ao exercer a sua capacidade, o seu poder ou disputa, e a regulamentação possui a finalidade de transformar em regras essa mesma intencionalidade. Portanto, o conceito de regulamentação estará submisso ao conceito principal de regular.

A evolução da função de regulação nos sistemas de saúde não vem de uma progressão retilínea, de um mecanismo de controle para um seguinte, mas de um conjunto de ferramentas regulatórias desenvolvidas ao longo da história (SALTMAN; BUSSE, 2002, p. 8).

A OMS destaca a regulação, no Informativo Anual de 2000, como função de governança dos sistemas de saúde, e atrela ao Estado a missão de ordenar as relações de produção e distribuição de recursos, bens e serviços de saúde (OMS, 2000). Segundo Perrot, Carrin e Evans (2005), a regulação objetiva uma assistência eficiente, equitativa e de excelência para atender às necessidades de saúde da população, e não de acordo com o interesse do indivíduo, a pressão de determinados grupos ou ainda conduzidos exclusivamente pela demanda.

O termo regulação tem sido utilizado no âmbito da saúde com um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados, estando relacionado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral, mesmo nos majoritariamente públicos, não sendo apenas uma função de regulação mais clássica das relações de mercado na saúde, como uma das maneiras de correção das chamadas imperfeições de mercado pela diversidade dos sistemas de saúde e abrangência da função de Estado na saúde (MAGALHÃES JÚNIOR, 2006, p. 40).

No Brasil, utilizando os conceitos da teoria da oferta e da demanda, podemos encontrar falhas de mercado no setor da saúde, como o custo elevado dos planos de saúde da iniciativa privada para os grupos de maior risco (crônicos, idosos), que, provavelmente, não terão condições de pagar e ficarão de fora do plano. Logo, necessita-se da intervenção do Estado na regulamentação e na produção de serviços, em virtude da existência de falhas que indicam que o mercado não consegue promover o equilíbrio entre a oferta e demanda (CASTRO, 2002, p. 131-132).

Em tese, a demanda não interage de maneira convencional por não ser autônoma e, sim, direcionada, enquanto que a oferta, pode ser do tipo pública e privada, com julgamentos da sociedade sobre a importância dos custos e benefícios em determinado tratamento (CASTRO, 2002).

Os consumidores “maximizam sua utilidade”, enquanto que os produtores, isto é, os planos e seguradoras da saúde privada, “maximizam seu lucro” (CASTRO, 2002, p. 123). Ao retrain os custos, possivelmente, impõe-se limites para cobertura assistencial, a ponto dos “planos de saúde não [serem] obrigados, por exemplo, a vacinar os seus beneficiários e nem dar a eles acesso a todos os tipos de transplantes de órgãos e tecidos que a tecnologia médica disponibiliza no Brasil” (MARINHO, 2017, p. 59). E, mesmo quando são obrigados, os planos de saúde podem, ainda, obstacular o acesso aos serviços.

Dessa forma, os subsistemas de saúde possuem intervenção governamental, de modo que regulam os serviços de saúde, com condições distintas do acesso e do direito à saúde (ROEMER, 1991, p. 92). O subsistema público de saúde, chamado de SUS, visa a promoção da justiça social e superação das desigualdades na assistência à saúde da população, com políticas que ampliem os direitos sociais e de cidadania, reconhecendo o acesso universal à saúde (OLIVEIRA, 2012, p. 573).

O acesso universal, inspirado no modelo de proteção social-democrata e Beveridgiano, determina que todos os cidadãos tenham o direito as ações e serviços de saúde, sendo o Estado executor dos serviços, por meio da rede hospitalar e ambulatorial, financiado por recursos públicos (MARQUES, PIOLA, ROA, 2016, p. 23). Além disso, opera de forma descentralizada, sob a responsabilidade das três esferas de governo, que compartilham também o financiamento de sua operação, com direção única em cada esfera de governo (Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal), exercida, respectivamente, pelo Ministério da Saúde (MS), pelas 27 Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal (DF) e por mais de 5.570 Secretarias Municipais de Saúde (SMS) (BRASIL, 2003, p. 17-18).

A definição de responsabilidade em cada nível de governo possui construção gradual. Logo, o nível federal coordena o SUS, estabelece políticas públicas, regula o sistema público, coopera tecnicamente com os subníveis e outras atribuições. O nível estadual, especialmente, responsabiliza-se pelas organizações de redes regionais, cooperação técnica e financeira e provê serviços de média e alta complexidade. E o

nível municipal é principal agente do desenvolvimento das ações e serviços, principalmente de atenção básica (BARRETO JUNIOR, SILVA, 2004, p. 51-52).

A Lei Nº 8.142/1990, reafirma a participação social por meio do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde com atribuição de aprovar as políticas e diretrizes destinadas à assistência, com *quórum* de 25% dos representantes do governo, 25% dos profissionais de saúde, e 50% dos representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS. Suas ações são orientadas por recomendações de Conferência de Saúde, realizada a cada 4 anos pelo Poder Executivo e com ampla participação dos segmentos sociais, que avaliam a situação de saúde no país (BRASIL, 1990b).

No que se refere ao subsistema privado, está representado pelos planos e seguradoras de saúde, que desenvolve suas atividades objetivando o lucro. Esse cenário configura um modelo de proteção social meritocrática e bismarckiano, no qual os beneficiados são estratificados por grupos ou corporações, limitadas ao efeito das forças de mercado na alocação de recurso, e, conforme alegam, com potencial intermediário de promoção de justiça social (MARQUES, PIOLA, ROA, 2016).

Nesse tocante, a saúde privada, ela reúne uma complexa organização com operadoras de planos que fornecem uma rede de serviço credenciada de acordo com perfil contratado (ACIOLE, 2006). Já os seguros de saúde garantem a livre escolha de médicos e hospitais aos seus assegurados e o direito ao reembolso dos custos (PEREIRA FILHO, 1999). Ambos os serviços estão subordinados ao Ministério da Saúde (MS), que os regulamenta e fiscaliza, através ANVISA e ANS (OLIVEIRA, 2010).

Como foi assinalado, estas agências reguladoras fazem parte do rol de medidas instituídas no curso do processo de reforma do Estado, que visavam à garantia de seu encurtamento e a transferência de atividades e serviços rentáveis ao mercado.

A ANVISA atua nos setores da economia relacionada aos produtos e serviços passíveis de afetar a saúde da população, com competência na definição de preços e monitoramento do mercado, que abarca o registro, a fiscalização e o controle de medicamentos, insumos, equipamentos e produtos diversos que afetam diretamente a saúde das pessoas (BRASIL, 2010b). Já a ANS normatiza a relação entre o indivíduo e os planos de saúde privados, fiscaliza aspectos ligados ao custeio e reembolso de despesas, oferta de serviços credenciados, restrições contratuais,

vinculação de cobertura financeira e aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais (BRASIL, 2017b).

Mossialos e Thomson (2006) observam três modalidades de relação público e privado. A primeira, substitutiva, ocorre quando o indivíduo não obtém, inicialmente, o serviço de saúde na iniciativa pública e recorre à cobertura assistencial privada. A segunda, suplementar, acontece à medida que o indivíduo define o seu provedor de saúde, seja este, plano ou seguro de saúde, para usufruir dos serviços. E a terceira, complementar, refere-se a procedimentos que, embora realizados por instituições de saúde privada, são considerados ações do setor de saúde pública, em razão de um contrato ou convênio entre ambas.

A contratação de serviços ao setor privado e o pagamento aos prestadores vinculados ao SUS é responsabilidade dos Estados e Municípios. A legislação que regulamenta o sistema estabelece que na contratação de prestadores privados pelo sistema público deve ser dada prioridade às instituições filantrópicas sem fins lucrativos. O subsistema privado de saúde, em seu segmento denominado supletivo, experimentou grande expansão e forte processo de concentração ao longo dos últimos quinze anos. A década de noventa se encerrou contabilizando 1.969 operadoras médico-hospitalares com registro ativo (das quais 1.380 com beneficiários) e terminou 2015 com 974 operadoras com registro ativo (828 com beneficiários) (MARQUES, PIOLA, ROA, 2016, p. 24-25).

Cabe salientar que as instituições filantrópicas hospitalares são beneficiadas pela isenção tributária sobre o Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ), Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Contribuição Previdenciária Patronal (CPP) e Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL). Em contrapartida, devem ofertar 60% de prestação de serviços ao SUS (MACHADO, 2017).

Estas renúncias fiscais contribuem para o aumento da oferta hospitalar privada, bem como, para a expansão do mercado de planos de saúde, que visam, prioritariamente, à recomposição de lucros desencadeada pela crise do capitalismo. Por outro lado, deixa-se de arrecadar recursos para orçamento da seguridade social.

Na acepção de Mendes e Weiller (2015), a isenção tributária no campo da saúde privada deveria ser eliminada, partindo do pressuposto que estes recursos poderiam ser revertidos em ações e serviços no SUS, uma vez que este sistema público deve suprir todas necessidades de saúde da população.

Outra questão, são as instituições privadas de saúde contratadas pelo SUS, deterem a prerrogativa de definir, mediante suas necessidades e vontades lucrativas, as ações e serviços que serão ofertados aos pacientes do sistema público, a ponto de recusarem executar os procedimentos menos rentáveis, custeados pelos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

De fato, aumenta-se a participação do setor privado no mercado da saúde, bem como, a seletividade da clientela, à medida que se limita o acesso aos serviços, previamente estabelecidos, de forma conveniente, fragmentada e desigual.

Outro ponto importante, é que a cobertura por plano ou seguro de saúde não retira o direito do usuário de ser atendido pelo SUS, beneficiando especialmente os estratos populacionais de maior renda, nos serviços como os de vacinação, atendimento às emergências e transplantes, assim como, procedimentos e ações de oferta insuficiente ou negados pelas operadas (PAIM *et al*, 2009).

Se o contratante não possui o direito a uma assistência integral, conclui-se que o objetivo da relação contratual não é o direito subjetivo à saúde, mas somente o direito assistencial de cobertura mínima, de custo controlado e nos moldes de um contrato.

Nessa perspectiva, a Lei Nº 9.656, de 3 de junho 1998, sancionada por FHC, determina que

Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I¹² e o § 1º¹³ do art. 1º¹⁴ desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1998a).

¹² Plano privado de assistência à saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (BRASIL. Lei Nº 9656, de 3 de junho 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jun. 2007).

¹³ Está subordinada à ANS “qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira” (BRASIL. Lei Nº 9656, de 3 de junho 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jun. 2007).

¹⁴ “Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas” (BRASIL. Lei Nº 9656, de 3 de junho 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jun. 2007).

Neste sentido, deve-se estabelecer o ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde, sempre que o consumidor da saúde suplementar ou seus dependentes, forem atendidos pelo SUS. Porém, o tratamento prestado no serviço público de saúde, que não constar no contrato privado, não será objeto de ressarcimento (REIS, 2005).

O financiamento da saúde pública é oriundo do orçamento da seguridade social para atender universalmente toda a população brasileira estimada, atualmente, em 210 milhões habitantes. Como já foi explanado anteriormente, ocorre, ainda, a renúncia fiscal do serviço filantrópico para ofertar serviços ao sistema público brasileiro, recursos que financiam integralmente o próprio SUS (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2018).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em média, 80% dessa população depende exclusivamente dos serviços ofertados pelo SUS, sendo que os demais usufruem dos serviços na iniciativa privada (IBGE, 2018a).

Já o sistema privado é financiado basicamente por recursos próprios, além de benefícios indiretos como de renúncia fiscal (filantropia), com cobertura limitada ao rol de procedimentos fixados pela ANS e com acesso restrito aos beneficiários (MASCARENHAS, 2007). O Quadro 3 apresenta as principais diferenças entre SUS e o sistema privado.

Quadro 3 – SUS e sistema privado: principais diferenças

	SUS	SISTEMA PRIVADO
Financiamento	Público	Próprio e público, com intersecção da renúncia fiscal
Acesso	Universal	Condicionado à contratação
Cobertura	Integral	Limitado ao rol de procedimentos da ANS
Abrangência	168 milhões de habitantes	41.698.980 milhões de beneficiários

Fonte: Elaboração própria (2019).

É prerrogativa do Estado regular a saúde no campo público e privado, assumindo papéis essenciais, teoricamente em nome do interesse público e do bem comum, numa situação contraditoriamente marcada por uma sociedade submetida às mais gritantes desigualdades sociais.

3.2.2 Regulação em saúde no Brasil

No Sistema Único de Saúde, emerge de modo incipiente a regulação da assistência, aprimorada pela NOAS 2002, com a criação do Sistema de Controle, Regulação e Avaliação (BRASIL, 2001). Esse sistema estabelece responsabilidades prioritárias e diretrizes para o alcance de melhores resultados na saúde da população, fomentadas pelas dimensões: “A - avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão; B - relação com os prestadores de serviços; C - qualidade da assistência e satisfação dos usuários; D - resultados e impacto sobre a saúde da população” (BRASIL, 2001, p. 11). Enquanto que a função de regulação visa à promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde, mediante protocolos técnico-operacionais aplicados pelo médico regulador em recursos assistenciais disponíveis e nas necessidades de saúde (BRASIL, 2006b).

Logo em seguida, foram publicadas a Portaria Nº 423, de 24 de junho de 2002, do MS e a Portaria Nº 729, de 14 de outubro de 2002, ambas do MS. A primeira apresenta as atribuições de cada nível de governo no que concerne ao controle, à regulação e à avaliação da assistência de saúde no SUS; a segunda estabelece os indicadores e requisitos básicos para elaboração, avaliação e implantação dos planos de regulação controle e avaliação dos estados, municípios e DF (BRASIL, 2002c, 2002d).

Intensificando esse processo, as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e do Pacto de Gestão possibilitaram a organização do processo de regulação da atenção à saúde no país, com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a, p. 324).

A regulação da atenção à saúde – tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária (BRASIL, 2006b, p. 96).

A regulação do acesso é uma ferramenta que propicia maior eficiência de investimentos na oferta de serviços, e de maior eficácia por conectar os recursos disponíveis em diversas unidades de saúde (KONDER, 2018, p. 45).

É nessa trajetória de formulações e reformulações dos conceitos, práticas e finalidades do “controle, avaliação, auditoria e regulação”, desde as primeiras práticas de saúde até a constituição do SUS, que finalmente estabelece-se a compreensão e utilização do termo regulação, através da formulação da Política Nacional de Regulação, em 2008, que orienta os gestores federais, estaduais, DF e municipais na condução dos serviços de saúde.

3.3 A Política Nacional de Regulação

O MS institui a Política Nacional de Regulação SUS por meio da Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, com a finalidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no SUS, bem como, garantir a organização das redes e fluxos assistenciais e prover o acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde, no âmbito de uma rede regionalizada e hierarquizada. A política estabelece distinções para os diversos níveis da regulação em saúde, organizadas em três dimensões que possibilitam a atuação dos gestores: regulação de sistemas de saúde (QUADRO 4), regulação da atenção à saúde (QUADRO 5), regulação do acesso à assistência (QUADRO 6) (BRASIL, 2008).

Quadro 4 – Aspectos da regulação de sistemas de saúde

Dimensão da regulação: Sistemas de Saúde
Objetos: sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde
Sujeitos: gestores públicos municipais, estaduais e nacional de saúde
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde; • Regulação da atenção à saúde; • Auditoria sobre sistemas e de gestão.
Ações: <ul style="list-style-type: none"> I - Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão; II - Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde; III - Controle Social e Ouvidoria em Saúde; IV - Vigilância Sanitária e Epidemiológica; V - Regulação da Saúde Suplementar; VI - Auditoria Assistencial ou Clínica; VII - Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Fonte: Elaboração própria com base na Política Nacional de Regulação (2020).

Quadro 5 – Aspectos da regulação da atenção à saúde

Dimensão da regulação: Atenção à Saúde
Objetos: produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, prestadores públicos e privados.
Sujeitos: gestores públicos nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Contratação de serviços de saúde; • Controle e avaliação de serviços e da produção assistencial; • Regulação do acesso à assistência; • Auditoria assistencial.
Ações: <ul style="list-style-type: none"> I - Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no sistema CNES; II - Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde; III - Contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério; IV - Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde; V - Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; VI - Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; VII - Programação Pactuada e Integrada (PPI) VIII - Avaliação analítica da produção; IX - Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários; X - Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; XI - Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; XII - Utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

Fonte: Elaboração própria com base na Política Nacional de Regulação (2020).

Quadro 6 – Aspectos da regulação do acesso à assistência

Dimensão da regulação: Acesso à Assistência
Objetos: prestadores públicos e privados de assistência à saúde
Sujeitos: gestores públicos municipais, estaduais e nacional de saúde, incluindo o complexo regulador aliada a regulação médica, como autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistências no âmbito do SUS.
Ações: <ul style="list-style-type: none"> I - Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; II - Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; III - Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e IV - O estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde do processo de regionalização, do desenho das redes.

Fonte: Elaboração própria com base na Política Nacional de Regulação (2020).

Entre as dimensões aludidas, destaco a regulação do acesso à assistência, em razão de sua estreita correlação com o objeto deste estudo: promover o acesso à oferta assistencial disponível às necessidades do cidadão, em circunstâncias que permitam seu uso apropriado, de forma ordenada, racional e oportuna. Além disso,

visa qualidade nas ações por intermédio do aumento da resolubilidade, de respostas adequadas aos problemas clínicos e da satisfação do usuário (BRASIL, 2016, p. 184).

Para esse mecanismo, devem-se assegurar o local, o profissional e o horário do atendimento, assim como o leito, na medida da gravidade do problema de saúde e da complexidade tecnológica da resposta exigida; e que todos os procedimentos executados sejam monitorados quanto à adequação, à necessidade de procedimentos complementares, à realização, à qualidade e ao justo custeio (BRASIL, 2016, p. 185).

Isso contribui para otimização dos recursos de saúde com a instituição de processos, protocolos e fluxos de melhor produção do cuidado, em consonância com o complexo regulador (BRASIL, 2016, p. 183). Em síntese, oferece mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados (princípio da equidade), de forma a racionalizar o acesso de acordo com os graus de risco e as normas definidas em protocolos, considerando também, as condições de vida e suas diferenciações sociais e de saúde.

O complexo regulador é a unidade responsável por operacionalizar as ações de regulação do acesso à assistência, que se articulam e se integram (FIGURA 1) pela:

- Central de Regulação de Consultas e Exames: reguladora do acesso aos serviços ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;
- Central de Regulação de Internações Hospitalares: responsável pela regulação do acesso dos usuários aos leitos e procedimentos de hospitais públicos e privados sem fins lucrativos, articulado com Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou estruturas similares de gestão de leitos;
- Central de Regulação em Urgências: encarregada de regular o acesso dos usuários que necessitam de atendimento pré-hospitalar de urgência ou emergência, através Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) a uma unidade hospitalar;
- Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, em conjunto com às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares, providencia o acesso à alta complexidade (BRASIL, 2006c).

Figura 1 – Estrutura organizacional do Complexo Regulador



Fonte: Brasil (2016).

Desse modo, as centrais de regulação recebem as solicitações de atendimento, avaliam-nas, classificam-nas pelo risco e providenciam o atendimento adequado de forma ágil e qualificada aos usuários (BRASIL, 2016, p. 2004). Para responder todas as solicitações recebidas, esgota-se a oferta assistencial disponível, respeitando a seguinte ordem de prioridade: a oferta pública, seguida da filantrópica e, no último caso, a oferta privada conveniada/contratada (BRASIL, 2016, p. 209).

As atividades desenvolvidas pelas centrais, no processo de regulação, incluem: conhecer todas as unidades solicitantes e executantes da rede pública, contratada pelo SUS e da iniciativa privada disponíveis no seu território; gerenciar a ocupação de leitos e as agendas das unidades executantes; utilizar o recurso “vaga zero”¹⁵ para internação do paciente na inexistência de leitos vagos; monitorar e controlar os limites físicos e financeiros, remanejando o saldo de dado procedimento não utilizado para outro mais necessário; classificar o risco e vulnerabilidades para priorizar as solicitações; estabelecer canal de comunicação entre o solicitante e executante de forma a qualificar a solicitação e os critérios de agendamento e monitorar os indicadores de acesso (BRASIL, 2016, p. 210-211).

Para essa conformação das centrais no complexo regulador, necessita-se da pactuação dos intergestores, no âmbito estadual, regional e municipal, integrando

¹⁵ Vaga zero: garantia do atendimento do paciente na situação de urgência e emergência, mesmo que inexistam leitos vagos para o seu internamento (BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 2002).

uma rede de informações. Neste cenário, o Complexo Regulador Estadual, sob a gestão e gerência da Secretaria Estadual de Saúde, regula o acesso aos estabelecimentos de saúde dessa instância e intermedia o acesso da população referenciada aos estabelecimentos de saúde de gestão municipal, no âmbito da região, e na referência inter-regional. O Complexo Regulador Regional, com gestão e gerência compartilhada pela Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, regula o acesso da população própria às unidades sob gestão estadual e municipal, no âmbito regional. E o Complexo Regulador Municipal, sob a gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regula o acesso da população própria às unidades de saúde de sua administração, e garante o acesso da população referenciada, conforme pactuação (BRASIL, 2008).

Nessas circunstâncias, as atividades das centrais de regulação situam-se na interface entre a rotina clínica e a gestão dos serviços, coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde ou Estadual de Saúde, no agendamento do serviço ou até mesmo no encaminhamento do paciente para o atendimento na unidade executante, mesmo na ausência desse recurso, em consonância com os fluxos previamente estabelecidos. Ademais, vale ressaltar que nem todos os municípios possuem seus respectivos complexos reguladores, mas, devem organizar a regulação do acesso dentro das diretrizes de pactuação e por região de saúde.

A infovia¹⁶ de interlocução do complexo regulador com a unidade solicitante e de execução dá-se por meio de um sistema de informatização com navegadores instalados em computadores conectados à internet. Segundo o CONASS, a Secretaria de Atenção à Saúde, em parceria com o DATASUS, desenvolveu em 2001 o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), composto por dois módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas e a Central de Internação Hospitalar, para controlar o fluxo e otimizar a utilização dos recursos. Contudo, esse sistema de disponibilização pública e gratuita, não é de utilização obrigatória para os estados e municípios, ficando facultada a utilização de sistemas próprios (BRASIL, 2007a).

A estrutura organizacional do complexo regulador deve ser dirigida por agentes de perfil técnico e qualificado, composta minimamente por: coordenadores, que se dedicam ao funcionamento global do serviço, conduzem as relações de

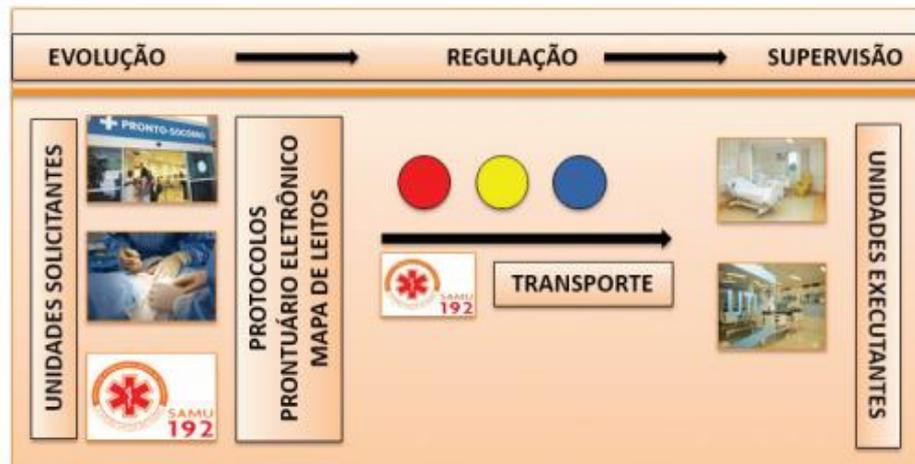
¹⁶ Infovia: “é o conjunto de linhas digitais por onde trafegam os dados das redes eletrônicas, de forma universal, de alta *performance*, num ambiente seguro”. (AURÉLIO, Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5.ed. Rio de Janeiro: positivo, 2018, p. 395).

pactuações entre gestores e rede de serviços, escalas de trabalho e outras funções; o regulador, figura encarregada pela avaliação crítica e técnica das demandas de acesso, intervindo na autorização do agendamento das consultas, exames especializados e internações; além de outros profissionais, como o atendente de regulação e técnico de informática, que colaboram para administração dos processos de trabalho, indispensáveis para sua conformação (BRASIL, 2006c).

Em resumo, o fluxo para internação hospitalar (FIGURA 2) pela central de regulação obedece ao seguinte passo: a unidade solicitante recorre ao NIR para intermediar com a central de internação hospitalar um leito de retaguarda para internação. Esse leito pode ser de enfermaria ou de terapia intensiva. Na regulação, é fundamental a informação sobre a evolução do quadro clínico do paciente, sendo necessário disponibilizar ao médico regulador informações contidas no prontuário do usuário, por meio do SISREG, em seguida:

- 1) O regulador precisa checar a disponibilidade momentânea de leitos na unidade e classificar o risco dos usuários;
- 2) O regulador comunica-se com a unidade executante e submete o registro da solicitação à unidade executante, que avalia e confirma a vaga;
- 3) É necessário que haja provisão de transporte para remoção de pacientes entre unidades de saúde solicitantes e executantes, garantindo essa ação de forma adequada;
- 4) A unidade executante admite o paciente na sua unidade de internação, alimenta o sistema, que deve ser transparente para a central de regulação, e mantém as informações sobre o paciente até a alta, quando, então, o leito deverá ser desinfetado e liberado para uma nova internação;
- 5) No caso de alta por transferência, a central de regulação deverá atuar na disponibilização de um leito que contenha o suporte necessário ao paciente ou para cuidados prolongados (BRASIL, 2017c, p. 219-221).

Figura 2 – Fluxo da regulação da internação hospitalar



Fonte: Brasil (2016).

Portanto, o modo de gerenciar a oferta e a demanda aos serviços de saúde é incumbência do complexo regulador, que incorpora competências de condução política, análise da situação, planejamento e comunicação, na organização e controle dos fluxos de acesso e, mais recentemente, foi inserido o NIR nas unidades hospitalares para articular junto ao complexo regulador os serviços de saúde, conforme disposto na Política Nacional de Atenção Hospitalar.

3.4 A Política Nacional de Atenção Hospitalar

O debate em torno da elaboração do documento que fundamenta a PNHOSP foi desencadeado em 2012 pelo MS e CONASS, quando analisavam a Portaria Nº 4279, de 30 de dezembro de 2010, do MS que trata da RAS e expuseram como principais desafios para o componente hospitalar: lacunas assistenciais importantes; financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; configuração inadequada de modelos de atenção; fragilidade na gestão do trabalho com grave problema de precarização e carência de profissionais; e a pulverização dos serviços nos municípios (CONASS, 2013; BRASIL, 2006c).

Por meio da Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, do MS, foi instituída a PNHOSP, que sistematiza o componente hospitalar com clara ênfase na

formação da RAS integrada entre regiões e entre as esferas federadas, que gere e executa serviços hospitalares, de natureza pública ou privada no âmbito do SUS (BRASIL, 2013a).

Logo em seguida, em 28 de setembro de 2017, o MS edita a Portaria de Consolidação Nº 2 que normatiza as Políticas Nacionais de Saúde, entre as quais, encontra-se a PNHOSP (BRASIL, 2017c).

A PNHOSP está delineada nos seguintes eixos: assistência hospitalar; gestão hospitalar; formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho; financiamento; contratualização; e responsabilidades das esferas de gestão. Merece destaque o eixo da assistência hospitalar, no qual estabelece a implantação do Núcleo Interno de Regulação, como uma ferramenta de garantia da universalidade de acesso, equidade e integralidade, bem como do modelo de atenção centrado no cuidado do usuário (BRASIL, 2013a).

3.4.1 O Núcleo Interno de Regulação: finalidade e competências

O NIR tem por finalidade: delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no SUS; realizar interface com as Centrais de Regulação; e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, leitos de internação, assim como, buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário (BRASIL, 2013a).

A princípio, nenhuma padronização formal de implementação foi estabelecida, e os hospitais que introduziram um NIR, fizeram-no empiricamente, a partir das necessidades particulares de cada um, desde sua determinação em 2013. Logo, em 2017, a Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, em parceria com a Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, publicou o Manual de Implantação e Implementação do NIR, para hospitais gerais e especializados, com o objetivo de orientar os gestores do SUS e os dirigentes de hospitais, para uma melhor condução no processo de instituição do NIR, em conformidade com a legislação em vigor (BRASIL, 2017c).

No seu escopo, o NIR se caracteriza como unidade técnico-administrativa, ligada hierarquicamente à Direção-Geral do hospital, com um papel definido e disseminado na instituição, que incluem:

- Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias;
- Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, a saber: Ambulatório, Internação, Urgência e Emergência, Agenda Cirúrgica;
- Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na Rede de Atenção à Saúde – RAS), que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados;
- Otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela RAS; [...]
- Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar;
- Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais;
- Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar;
- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável (BRASIL, 2017c, p. 9-10).

Essas atribuições promovem uma gestão eficiente da capacidade instalada das unidades hospitalares,¹⁷ na perspectiva de melhorar a utilização e movimentação dos leitos, visando a otimizar as internações e disponibilizar vagas às demandas represadas. Ademais, as práticas de regulação pelo NIR são concebidas como atividades transversais, articuladas com os pontos de atenção da RAS, de modo a definir e organizar o fluxo dos usuários e o acesso as ações e serviços de saúde. Sua articulação com a central de regulação possibilita uma ocupação hospitalar de forma racional e adequada, com maior número pacientes beneficiados e alocados corretamente ao recurso que contemple suas necessidades.

¹⁷ Capacidade hospitalar instalada: “É a capacidade dos leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão” (MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE SISTEMAS E REDES ASSISTENCIAIS. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 23).

Segundo o MS, os “pilares basilares” do NIR são caracterizados em: práticas de regulação, articulação com RAS e monitoramento, ambos visam à otimização do uso da capacidade instalada hospitalar (BRASIL, 2017c, p. 12).

As práticas de regulação consistem em atividades que articulam o NIR e os pontos de atenção na RAS, que organizam, acompanham e definem o fluxo do usuário e o acesso aos serviços de saúde. É extremamente importante estabelecer uma rede de comunicação entre o núcleo e as centrais de regulação (consultas e exames, internações hospitalares e de urgência) para efetivar o acesso do usuário em tempo oportuno e adequado. Nesse sentido, a capacidade instalada do hospital precisa ser utilizada de forma racional, de modo a beneficiar o maior número de usuários em um determinado período. Ressalta-se que, o encaminhamento inadequado, frequentemente causa ineficiência do uso da capacidade instalada, o que pode resultar no adiamento do tratamento do paciente (BRASIL, 2017c, p. 13-14).

No pilar de articulação com a RAS, o NIR desenvolve uma relação direta e frequente com as centrais de regulação na articulação de transferências inter-hospitalares da rede, de modo que repassa as informações clínicas do paciente para a central que deve buscar uma vaga na rede, além de monitorar o andamento de sua solicitação e informar também o seu censo de leitos periodicamente, disponibilizando leitos de internação, sempre que possível, para pacientes de outras instituições da Rede (BRASIL, 2017c, p. 21-23).

No pilar de monitoramento, o NIR mensura o resultado de suas ações por meio de indicadores de desempenho, identificando áreas com oportunidade de melhoria e gerando informação relevante para o processo de gestão e planejamento. Os indicadores podem ser divididos por dois grupos principais: os de processo e os de resultado. Os de processo verificam o tempo do fluxo do paciente pela estrutura e unidades do hospital, desde a sua admissão até a alta hospitalar, como o tempo para efetivação de internação, tempo para efetivação de alta hospitalar e o tempo para higienização do leito. Os indicadores de resultado revelam o efeito real das ações que serão desencadeadas pelo NIR, apontando se essas atividades são, de fato, eficazes no cumprimento dos seus objetivos.

Quando falamos em resultado, podemos ainda subdividir esses indicadores em produção e desempenho. Produção diz respeito ao uso da capacidade instalada e ao número de atendimentos, mostrando se a capacidade instalada está sendo

adequadamente utilizada, indicando desperdício por ociosidade da estrutura, quando estiverem abaixo da sua meta. Entre os indicadores básicos de produção, incluem-se:

- Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH), isto é, relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leito-dia, num determinado período.

$$TOH = \frac{\text{n}^\circ \text{ pacientes-dia num período}}{\text{n}^\circ \text{ de leitos-dia no mesmo período}} \times 100\%$$

- Número de internações, são os pacientes admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas. Nas situações de óbito ocorrido no hospital, deve-se considerar internado, mesmo que a duração tenha sido menor do que 24 horas.
- Número de consultas, compreendido como o número de consultas realizadas por uma categoria profissional num determinado período (BRASIL, 2017c).

Já os indicadores de desempenho mostram se a capacidade instalada está sendo utilizada de forma eficiente (ESPÍRITO SANTO, 2018). Como exemplo, podemos citar:

- Tempo Médio de Permanência em leito de internação (TMP), é relação numérica total paciente-dia, num determinado período e o total de saída no mesmo período, incluindo, nestes, os óbitos somados as altas e transferência externa.

$$TMP = \frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes-dia durante um período}}{\text{n}^\circ \text{ pacientes saídos no mesmo período}}$$

- Índice de Renovação ou giro de leitos (IR), é a relação entre número de pacientes saídos durante determinado período e o número de leitos postos à disposição dos pacientes, num mesmo período.

$$IR = \frac{\text{n}^\circ \text{ de saídas em um período}}{\text{n}^\circ \text{ de leitos no mesmo período}}$$

- Índice de Intervalo de Substituição (ISS), compreendido como o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída e a admissão de outro paciente (ESPÍRITO SANTO, 2018, p. 24-24).

$$\text{ISS} = \frac{\% \text{ de desocupação} \times \text{media permanência em dias}}{\% \text{ de ocupação}}$$

O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP) reúne todos os procedimentos que podem ser realizados no âmbito hospitalar e que compõem a Tabela de Procedimentos do SUS, além disso, trata-se de uma ferramenta de gestão, que permite o acompanhamento sistemático dos valores mínimos definidos pelo MS, para remuneração das ações e serviços prestados aos pacientes (BRASIL, 2011e).

Evidentemente, que o NIR pode contribuir, diretamente ou indiretamente, para uma melhor eficiência dos recursos da saúde, a partir do momento em que gerencia a TOH, o número de internações, o TMP, o IR e o ISS dos leitos hospitalares.

Não existe regra que fixe a composição do quadro de profissionais do NIR, pois depende da complexidade e tamanho da capacidade instalada do hospital. Mas, recomenda-se uma equipe básica, com enfermeiro, assistente social, médico e profissionais administrativos, operando vinte e quatro horas ininterruptas, com as atribuições descritas abaixo:

- Enfermeiro
 - Apoiar a equipe assistencial na avaliação dos pacientes com viabilidade de transferência para enfermarias, leitos de retaguarda, UTI e/ou mesmo de alta para casa ou Serviço de Atenção Domiciliar;
 - Interagir com a equipe multidisciplinar assistencial, para aperfeiçoar o processo de transferência;
 - Realizar interface entre central de regulação e a equipe da emergência e, após avaliação médica, determinar conjuntamente os usuários elegíveis para ocupação de leitos internos e externos;
 - Auxiliar a equipe do NIR na definição, avaliação e priorização dos pacientes na ocupação dos leitos disponíveis internamente e externamente;
 - Realizar busca ativa de leitos disponíveis no sistema informatizado ou em visita aos setores da unidade hospitalar;
 - Adequar os leitos disponíveis por especialidade e gênero (feminino/masculino);
 - Monitorar os leitos atentando para o Tempo Médio de Permanência;

- Identificar e notificar ao NIR os entraves pertinentes ao processo de transferência e atuação do NIR;
 - Alimentar a planilha dos indicadores, conforme levantamento realizado pelo Kanban¹⁸ a fim de proporcionar dados para a tomada de decisão da alta;
 - Ampliar espaços de atuação do enfermeiro em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional;
 - Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR (BRASIL, 2017c).
- Assistente social:
 - Abordar e orientar usuários e familiares para as transferências internas e externas;
 - Orientar, informar e sensibilizar os pacientes com indicação clínica para os leitos de retaguarda, buscando assinatura do paciente ou seu responsável no Termo de Consentimento para posterior transferência;
 - Apoiar e esclarecer toda e qualquer dúvida do usuário e/ou familiar com relação à transferência para os hospitais de retaguarda, explicando sobre o funcionamento e normas do hospital de retaguarda;
 - Realizar investigação social do paciente, nos casos pertinentes;
 - Orientar o paciente da sua responsabilidade quanto aos objetos e documentos pessoais;
 - Apoiar na comunicação interna e na externa por meio com a central de regulação;
 - Construir propostas de trabalho capazes de preservar e efetivar direitos dos usuários, conforme legislação específica;
 - Participar no cuidado da saúde do indivíduo em sua totalidade bio-psico-social-espiritual;
 - Potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso aos direitos sociais (BRASIL, 2017c).

¹⁸ Kanban é um instrumento de sinalização visual do tempo de permanência do paciente no hospital (AGUIAR, Andrea Paula de Oliveira. **Implementação de tecnologia para o gerenciamento de leitos em maternidade de ensino**. Dissertação (Gestão em Saúde-Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2017).

- Médico:
 - Acompanhar a avaliação dos pacientes e identificar com os demais profissionais aqueles que têm potencial para a transferência a outros setores da unidade hospitalar e/ou leitos de retaguarda pactuados na RAS, por meio dos dados do Kanban e/ou outro instrumento utilizado para gerenciamento dos casos;
 - Identificar as pendências (avaliações médicas, exames, marcação de cirurgias) e providenciar junto à equipe assistencial a sua resolução;
 - Identificar pacientes com critérios de alta hospitalar e discutir o caso com a equipe assistente;
 - Manter o paciente com quadro clínico grave no setor hospitalar que disponha de insumos para tratar possíveis intercorrências até o seu encaminhamento ao leito de UTI, conforme protocolo preestabelecido;
 - Selecionar pacientes estáveis e dentro dos critérios de transferência, para os leitos de hospital de retaguarda previamente pactuado;
 - Intermediar a equipe assistencial na busca e disponibilização de leitos de internação para os pacientes que se encontram de alta da UTI;
 - Selecionar pacientes candidatos à transferência para o hospital pactuado de retaguarda;
 - Regular os leitos disponíveis no próprio hospital de acordo com as especialidades;
 - Avaliar os casos de reinternação dos pacientes que retornaram do hospital de retaguarda ou da internação domiciliar identificando os motivos que levaram à reinternação hospitalar, a fim de retroalimentar as equipes em relação ao seguimento ou mesmo para a revisão dos protocolos;
 - Realizar a interface entre as especialidades médicas e os setores da unidade hospitalar, a fim de promover as interconsultas de modo mais eficiente e ágil;
 - Ampliar espaços de atuação do médico em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional (BRASIL, 2017c).

- Assistente administrativo
 - Deverá confirmar no início da jornada de trabalho, o quantitativo de vagas nos hospitais de retaguarda, bem como nos setores do próprio hospital que estão disponíveis para o dia, repassando essa informação para o médico regulador do NIR. Deve ainda alimentar o sistema de informações sobre tais dados, conforme o caso;
 - Entregar para os médicos reguladores/auditores, conforme o caso, cópia do Relatório dos Pacientes internados;
 - Enviar os prontuários dos pacientes ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)¹⁹ transferidos para o hospital de retaguarda do dia anterior devidamente protocolado, envelopado e etiquetado.
 - Registrar na planilha de dados dos pacientes transferidos para o hospital de retaguarda, as seguintes informações: nome do paciente, data de nascimento, nome da mãe do paciente, número do prontuário, especialidade médica, nome do médico assistencial, total de pacientes que foram transferidos diariamente, total de pacientes que voltaram para o hospital de origem diariamente especificando o motivo do retorno;
 - Checar, no mapa cirúrgico, se há algum dos usuários em monitoramento, para procedimentos cirúrgicos, no dia posterior;
 - Separar a documentação e o prontuário do paciente que irá ser transferido naquele dia. A documentação que deve ser enviada para o hospital retaguarda com o paciente deverá conter: relatório médico com o Termo de Consentimento do responsável pelo paciente, cópia dos exames laboratoriais do dia, cópia dos laudos dos exames de imagem e filmes dos exames de imagem mais recentes, cópia da prescrição do dia, cópia da evolução de enfermagem;
 - Contatar o serviço de transporte com agendamento do horário em que o paciente será transferido;
 - Certificar-se de que o paciente será acompanhado, durante o traslado, por um técnico de enfermagem, considerando que o paciente foi

¹⁹ SAME é o setor hospitalar responsável pela armazenagem, organização e fornecimento do prontuário clínico para as atividades diárias de todos os profissionais (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Manual de operação**: Serviço Médico e Estatístico. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2008.

avaliado pelo médico regulador que constatou quadro estável do paciente;

- Manter no quadro de aviso as pendências e os recados para os demais membros da equipe;
- Manter o setor organizado;
- Contribuir com o desenvolvimento do NIR;
- Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR (BRASIL, 2017c).

O gerenciamento de leitos realizado pelo NIR poderá possibilitar uma melhor distribuição das internações, com otimização da utilização dos leitos e consequente redução do tempo médio de permanência hospitalar e redução da superlotação.

Este é um dos fatores que gerou o interesse desta investigação social. Neste estudo, analiso se o Núcleo Interno de Regulação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand tem, com suas práticas de regulação, assegurado às gestantes que demandam atendimento nesta unidade hospitalar o pleno acesso ao direito à saúde. Desse modo, início apresentando o *locus* da minha pesquisa, seguida dos percursos metodológicos, da análise e discussão dos dados.

4 MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND

4.1 Aspectos Históricos

Segundo o Censo Demográfico do IBGE, Fortaleza possuía no início da década de 1950, cerca de 270.169 mil habitantes (IBGE,1951). Naquela época, somente a população inserida no mercado de trabalho formal tinha direito à assistência médica, enquanto que os demais segmentos, ficavam à mercê dos atendimentos nos hospitais de caridade (IBGE, 1955).

Obviamente, naquele período, a gestante fortalezense já enfrentava a escassez e a precariedade dos serviços de saúde, que, de fato, contribuíram para as altas taxas de mortalidade infantil, de aproximadamente 250 mortes no primeiro ano de vida, a cada mil nascidos vivos (IBGE, 1955).

Outras capitais do Nordeste também registraram o mesmo indicador de mortalidade, porém em menores proporções do que a capital cearense. A razão desta diferença é, principalmente, decorrente do número de leitos nas maternidades e pelo número de mulheres em idade fértil, isto é, a faixa etária entre 10 a 49 anos propensa à fertilização (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2017).

As maternidades de Fortaleza possuíam cerca de 129 leitos, para uma população de 77.819 mulheres em idade fértil. Enquanto que Natal contabilizava 158 leitos, com 30.057 mulheres de 10 a 49 anos e João Pessoa, 176 leitos e 34.480 mulheres em idade fértil (MEAC, S/D).

Em face da deficiência na assistência hospitalar materna, o senador João de Medeiros Calmon lançou, no dia 28 de maio de 1955, uma campanha em prol da construção da Maternidade Popular de Fortaleza (FOTOGRAFIA 1 e FOTOGRAFIA 2), num banquete que reuniu representantes das mais diversas classes sociais do estado (MEAC, 2018a).

Fotografia 1 – Maquete da Maternidade Popular de Fortaleza, s/d



Fonte: MEAC (2020).

Fotografia 2 – Construção da Maternidade Popular de Fortaleza, s/d



Fonte: MEAC (2020).

Com apenas 48 horas de campanha, foram arrecadados mais de um milhão de cruzeiros, seguido de mais cinco milhões em menos de uma semana. Os donativos foram oriundos de entidades de classe, artística e social, de indústria e comércio, dos poderes públicos e personalidades do estado e até mesmo do país, como por exemplo, Juscelino Kubistchek (MEAC, S/D).

No mesmo ano, foi criada a Sociedade Pró-Construção da Maternidade Popular de Fortaleza, a fim de coordenar as atividades da campanha. No dia 3 de março de 1956, inicia-se a construção da maternidade, com uma memorável solenidade pública. Neste momento, o presidente dos Diários Associados, Assis Chateaubriand, assumiu o compromisso de doar um Posto de Puericultura destinado aos filhos das mães pobres que nascessem na maternidade (MEAC, S/D).

A construção da maternidade ocorreu no prazo de sete anos, sendo entregue em dezembro de 1963. Somente no dia 15 de janeiro de 1965 o hospital foi inaugurado e nomeado como MEAC, em homenagem ao presidente dos Diários Associados (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2017). Já Sociedade Pró-Construção passou a ser denominada Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand (SAMEAC), empresa de caráter privado, sem fins lucrativos, com a missão, além de outras, de dar assistência à MEAC e cooperar para sua manutenção e funcionamento (CUNHA, 2003).

Em virtude da escassez de recursos financeiros, a SAMEAC celebrou um convênio com a UFC, que garantiu a receita necessária para o seu funcionamento

imediatamente, sob a direção do médico José Galba de Araújo até 1985. Além disso, a maternidade contribuiu como fonte de ensino para algumas disciplinas da universidade como: Ginecologia, Obstetrícia, Puericultura e Pediatria (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2017).

Com o passar dos anos, o hospital buscou esforços para ampliar seus serviços, investindo em novos equipamentos e reformas estruturais, que resultaram até, em certificação internacional, a saber: Banco de Leite (1988), Certificado Hospital Amigo da Criança (1993), Projeto Canguru (1998), Centro de Parto Humanizado (2007), Banco de Leite certificado como Padrão Ouro pela Fiocruz (2014) e outros serviços de saúde (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2017; XENOFONTE, 2010).

Atualmente, a MEAC faz parte, juntamente com o Hospital Universitário Walter Cantídio, do Complexo Hospitalar da UFC, possuindo como seu representado maior a Superintendência. Ambos passaram a ser geridos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), após Contrato de Gestão Especial de Nº 01, de 26 de novembro de 2013 (EBSERH, 2013). Com este contrato, encerrou-se a vinculação do Complexo com a SAMEAC.

4.2 Localização e Circunscrição

A MEAC fica localizada no bairro Rodolfo Teófilo, com o acesso pelas ruas Coronel Nunes de Melo, Papi Junior e pela unidade de urgência que fica por trás do bloco principal (FOTOGRAFIA 3). É um equipamento de saúde inserido no território da Secretaria Executiva Regional III (SER III).

Fotografia 3 – Vista panorâmica da MEAC



Fonte: Google (2020).

A SER III é uma das seis subprefeituras da administração executiva de Fortaleza, com a finalidade de executar políticas públicas, inclusive de saúde. Abrange 17 bairros²⁰ da capital, que juntos somam cerca de 378 mil habitantes, em 27,02 Km², com Índice de Desenvolvimento Humano, em média, de 0,360 (FORTALEZA, 2015).

No tocante à renda, os moradores da Secretaria Executiva Regional III têm uma renda *per capita* de R\$ 658,00 (seiscentos e cinquenta e oito reais), portanto, inferior ao salário mínimo, que, atualmente, é de R\$ 1.045,00 (hum mil e quarenta e cinco reais); a terceira menor no *ranking* das seis regionais administrativas. Quanto aos demais equipamentos públicos de saúde e de assistência social disponíveis para a população encontram-se: Hospital São José, Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará, Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura (Frotinha Antônio Bezerra), 18 Unidades de Atenção Primária (UAPS) à Saúde e Centro de Referência Especializada de Assistência Social (FORTALEZA, 2015).

Cabe salientar que a MEAC é a única unidade de saúde da SER III que presta atendimento de urgência e emergência em obstetrícia e ginecologia, com vocação na assistência à gestante de risco elevado. São acolhidas também, pacientes com afecções mamárias que estão em situação de risco (MEAC, 2018a).

É referência no atendimento da gestante de risco habitual em processo de parturição de 11 UAPS da SER III e 6 da SER IV, bem como para os casos de partos de alto risco de 28 Centros de Saúde (16 da SER III, 2 da SER IV, 10 da SER V). Mesmo não sendo referência para as pacientes das Regionais I, II e VI, muitos partos dessas áreas acabam ocorrendo na maternidade. Bem como registram-se atendimentos relativos a partos de pacientes de outros municípios do estado (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2017).

4.3 Aspectos Organizacionais

A MEAC afirma ter a missão de “realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido”. Visa “ser instituição

²⁰ Os bairros circunscritos pela SER III são: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bonsucesso, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Olavo Oliveira, Padre Andrade, Parque Araxá, Pici, Parquelândia, Presidente Kennedy, Rodolfo Teófilo e Quintino Cunha (GOOGLE MAPS. Fortaleza, 2020. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/@-3.7584896,-38.5376529,15z>).

acreditada, referência regional em pesquisa na área de saúde da mulher e perinatal, com profissionais capacitados e cenários de práticas adequados”. Propugna, por valores fundamentais, o “compromisso com: a vida; o acolhimento das pessoas; a formação para o cuidado em saúde; a realização de pesquisas de excelência e a governança corporativa” (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2017, p. 11).

No âmbito do ensino, pesquisa e extensão, a maternidade está vinculada ao Ministério da Educação. Quanto à assistência, está ligada ao Ministério da Saúde, para desenvolver atividades ambulatoriais de alta complexidade e hospitalar de média complexidade (BRASIL, 2020).

A unidade ambulatorial presta atendimento à mulher desde a fase da adolescência até o climatério, nas especialidades médicas de mastologia, ginecologia, obstetrícia, anesthesiologia, oncologia e clínica médica, além da assistência dos profissionais da psicologia, enfermagem, terapia ocupacional e serviço social. Todas as consultas são de caráter eletivo, marcadas pela central de regulação (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2017).

Já a unidade hospitalar, na qual funcionam os ambulatórios, possui estrutura física constituída por uma área de 10.762,63 m², distribuídos em: pavimento térreo (4.730,52 m²), primeiro pavimento (2.834,03 m²), segundo pavimento (1.360,21m²), terceiro pavimento (1.325,80 m²) e quarto pavimento (512,07m²). Ao todo, são mais de 50 setores, responsáveis pelo funcionamento da maternidade (QUADRO 7) (MEAC, 2018a).

Quadro 7 – Disposição das áreas nos pavimentos da MEAC

PAVIMENTOS	SETORES
Térreo	Administrativo (Gerência, Orçamentos e finanças, Recursos humanos, Regulação, Contabilidade de custos, SGPTI, Cartório, Admissão e Alta etc.)
	Unidade de urgência e emergência
	Ambulatorial
	Nutrição
	Ensino e Pesquisa (área para residentes)
	Farmácia
	Almoxarifado
	Lavanderia terceirizada (rouparia)
	Engenharia Clínica
	Manutenção
	Sala de Costura
	Velório
	Guarda de Resíduos
	Agência Transfusional
	Banco de leite
	Regulação e Avaliação em Saúde
1º ANDAR	Apoio Administrativo (coordenação, arquivo, faturamento e SAME)
	Atendimento Ambulatorial
	Farmácia
	Sala de Ultrassonografia
	UTI Neonatal
	UCINCo
	Ensino e Pesquisa
Almoxarifado	
2º ANDAR	Ensino e Pesquisa
	Internação
	UTI Materna
	Farmácia
3º ANDAR	UCINCa
	Centro cirúrgico
	Parte da Central de Material e Esterilização
	Centro de Parto Normal
	Farmácia
4º ANDAR	Ensino e Pesquisa
	Apoio Administrativo (Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar)
	Apoio Administrativo
	Repouso Médico e de Enfermagem
	Ensino e Pesquisa

Fonte: Adaptado da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2017.

De acordo com o Relatório Institucional Assistencial, a maternidade iniciou suas atividades, em 1965, com 126 leitos. Em 2018, após 53 anos de fundação, a MEAC possuía uma capacidade instalada de 171 leitos (MEAC, 2018a).

Note-se que neste período, o hospital obteve um acréscimo de apenas 45 leitos, enquanto a população em idade fértil cresceu, aproximadamente, 1.100%, isto é, uma estimativa de 870 mil mulheres na faixa etária entre 10 a 49 anos, em 2018 (IBGE, 2018b). Portanto, fica evidente que a abertura destes novos leitos, não é proporcional ao aumento do número de cidadãos propensas à fertilização.

Entre a competência de dezembro de 2018 e de fevereiro de 2020, o CNES apontou a maternidade com 198 leitos cadastrados na sua plataforma (BRASIL, 2018). Mas, atualmente, o Mapa de Leitos do NIR da MEAC contabiliza 175 leitos ativos, distribuídos da seguinte forma:

- Obstetrícia clínica: 73 leitos
- Obstetrícia cirúrgica: 19 leitos
- Clínica ginecológica: 18 leitos
- Clínica mastológica/ cirúrgica: 3 leitos
- Isolamento: 2 leitos
- UCINCo: 30 leitos
- UCINCa: 5 leitos
- UTIN: 21 leitos
- UTI materna: 4 leitos

No tocante às unidades de internação, a obstetrícia clínica fica localizada no 1º andar da maternidade, constituída por 73 leitos, dispostos em 14 enfermarias e 2 apartamentos, sendo 42 do puerpério, 35 da observação e 2 do isolamento²¹; os leitos do puerpério, são destinados aos pacientes de pós-parto vaginal, com ou sem RN, e os leitos da observação são ocupados pelas gestantes. Ressalte-se que ambos os perfis não devem ocupar, simultaneamente, a mesma enfermaria, com a exceção da puérpera que necessitar de cuidados estando no leito de observação.

Um leito de observação se reserva para fins diagnóstico ou terapêutico, por um período inferior a 24 horas, não se enquadrando como leito de internação (BRASIL, 2002b). Porém, a maternidade adotou este termo como forma de dispor o

²¹ Leito de isolamento é um tipo de leito destinado à internação de paciente com suspeita ou portador de doença transmissível, utilizando-se medidas de precaução como as barreiras física, respiratória e outras, que impeçam ou reduzam o risco de contaminação (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b).

setor, diferenciando-o dos demais leitos, por disponibilizar dispositivos como monitor cardíaco e oxigênio canalizado, específicos para o tratamento das seguintes afeções: pré-eclâmpsia, eclâmpsia, cardiopatias, convulsões e outras patologias.

A unidade de internação do 2º andar, dispõe de 40 leitos, dos quais 3 são destinados à clínica mastológica; 18, à clínica ginecológica e 19, à obstetrícia cirúrgica.

A puérpera de pós-parto abdominal com ou sem RN, que não possua patologia assemelhada às tratadas no leito de observação do 1º andar, fica internada na obstetrícia cirúrgica. Os demais leitos são ocupados por pacientes em pré-operatório e pós-operatório de cirurgias mamárias e ginecológicas, bem como em tratamento de intercorrência ginecológica tais como: sangramento transvaginal, doença inflamatória pélvica e outras patologias.

A unidade de internação do 2º andar, diferentemente da do 1º andar, não ocupa, de forma rotineira, os leitos segundo as especialidades clínicas, sendo comum que pacientes da obstetrícia cirúrgica, ginecológica e mastológica ocupem as mesmas enfermarias.

A Unidade de Terapia Intensiva Materna (UTI) dispõe de 4 leitos para pacientes em condições grave, de origem obstétrica, ginecológica e clínica, com necessidades de cuidados intensivos e monitoramento ininterruptos nas 24 horas do dia. Estes leitos são ocupados de acordo com as necessidades interna do hospital e externas, via central de regulação (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2017).

Já a unidade neonatal é constituída por 21 leitos de UTIN, 30 leitos de Unidade de Cuidados Intermediário Convencional (UCINCo) e 5 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa). Em circunstância da quantidade pacientes internados nestas unidades, não são atendidas as demandas da central de regulação (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2017).

A UTIN é um ambiente terapêutico de alta complexidade e indicado ao cuidado integral do RN grave ou potencialmente grave (BRASIL, 2012a). É composta por uma estrutura com vários equipamentos e profissionais de alto nível de conhecimento, ágeis e com atenção rigorosa na assistência do RN (AGUIAR *et al*, 2012).

A UCINCo presta assistência aos bebês considerados de médio risco, que necessitam de atenção contínua, porém de menor complexidade em relação aos

internados na UTIN. A UCINCa é destinada a neonatos que apresentam baixo peso (nascidos com peso inferior a 2500 gramas). Durante o período de sua internação, os bebês são posicionados sobre o tórax da mãe, mantendo com ela contato pele a pele, visando, entre outros benefícios, à estimulação do aleitamento materno e ao ganho de peso (BRASIL, 2012a).

Por fim, a unidade de urgência e emergência da MEAC, que é porta aberta²² do sistema público de saúde; realiza atendimentos às mulheres no ciclo gravídico, puerperal e ginecológico, na circunstância de uma intercorrência em saúde. Sua instalação física de 198,44 m² está dividida em sala de observação com 5 leitos, sala de atendimento ao paciente crítico/sala de estabilização com 4 leitos, 5 salas de atendimento e uma sala de pequena cirurgia. Além disso, possui sala de espera, sala de classificação de risco, 2 salas de estar para os profissionais, sala de armazenamento de insumos, expurgo, posto de enfermagem e 3 banheiros (BRASIL, 2019b; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2017).

Ressalte-se que o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde é responsável pela gestão da oferta assistencial, tanto ambulatorial quanto hospitalar, além da relação do hospital com a RAS, em consonância com PNHOSH. Neste setor, estão implantados: Serviço de Arquivo Médico Estatístico, Marcação de Consultas, Auditoria, Unidade de Processamento de Informação Assistencial, Unidade de Monitoramento e Avaliação e o NIR (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2017).

O NIR se caracteriza como unidade técnico-administrativa, que possibilita o monitoramento do paciente desde a sua chegada ao hospital, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar.

4.4 O NIR da MEAC: estrutura e competência

O NIR da MEAC passa a funcionar na maternidade em fevereiro de 2015, com o objetivo de “garantir a acessibilidade hospitalar através de um acolhimento adequado, assistindo às necessidades de saúde do usuário no momento de sua

²² Porta aberta é compreendido no SUS como a forma de ingresso do paciente aos serviços de saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012).

procura ao serviço de saúde” com resolutividade e responsabilidade (MEAC, 2015, p. 134). Mas, somente em 2016, foi reconhecido, oficialmente, como NIR, após publicação da Portaria Nº 30, de 16 de agosto de 2016, emanada da Gerência de Atenção à Saúde da MEAC (EBSERH, 2016).

A partir desse momento, o NIR passa ter a finalidade de “melhorar o atendimento ao usuário através do aumento da ocupação de leitos e otimização da utilização da capacidade instalada” (EBSERH, 2016, p. 1). Dentre as atribuições, estavam: o gerenciamento contínuo dos leitos, a interface entre o hospital e a central regulação, as transferências inter-hospitalares de pacientes nos casos de superlotação, e o monitoramento do Tempo Médio de Permanência de cada paciente internado na maternidade (EBSERH, 2016, p. 2).

Mais recentemente, foi publicado o Regimento Interno do NIR, no Boletim de Serviço Nº 162, de 26 de março de 2019, da Gerência de Atenção à Saúde da MEAC, que substituiu a Portaria Nº 30, de 16 de agosto de 2016. A partir deste regimento, o NIR passa a ter missão de gerenciar os leitos hospitalares, fazendo a interface entre as unidades de internação e central de regulação, com vistas a fortalecer as práticas de regulação, de modo que sejam proporcionadas a igualdade no acesso e a integralidade da assistência (UFC, 2019).

O NIR está composto pelo chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, coordenador (1),²³ médico (2), enfermeiro (7), assistente administrativo (5) e auxiliar de serviços gerais (1), com as seguintes competências:

- I – [...] [assegurar] suporte científico e operacional necessários para auxiliar a Gerência de Atenção à Saúde – GAS da MEAC nos processos de internações, transferências e altas hospitalares;
- II - Realizar a interação entre a MEAC e as Centrais de Regulação, considerando a RAS, no intuito de assegurar o fluxo contínuo das informações;
- III - Gerenciar de forma contínua a disponibilidade e oferta de leitos de acordo com a necessidade assistencial, mediando a interface entre bloco cirúrgico, unidades de internação (ginecológicas, mastológicas e obstétricas, incluindo Unidade de Terapia Intensiva Materna, Emergência e Centro Obstétrico, e neonatais, incluindo Alojamento Conjunto, as Unidades de Cuidados Intermediários Convencional e Canguru e Unidades de Terapia Intensiva Neonatal) e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera;
- IV - Promover a comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional da MEAC e Centrais de Regulação, na busca por leitos de internação

²³ O coordenador possui graduação em enfermagem. Portanto, a equipe do NIR da MEAC conta com oito enfermeiros, afora os demais profissionais.

e vagas de apoio diagnóstico e terapêutico, quando necessário, para pacientes internados nesta instituição e intervir em situações não previstas;

V - Regular transferências inter-hospitalares nas seguintes situações: (1) quando houver superlotação, (2) pacientes que não atendam ao perfil assistencial da MEAC, (3) pacientes que apresentem condição clínica compatível com a assistência prestada em outra instituição hospitalar, possibilitando ao paciente a continuidade do atendimento e proporcionando o acesso aos usuários com necessidades clínicas restritas ao perfil da MEAC;

VI - Manter atualizados os Sistemas de Informações necessários para realização de internações hospitalares e transferências inter-hospitalares;

VII - Utilizar o Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários – AGHU como ferramenta para gestão dos leitos;

VIII - Elaborar, implantar, capacitar e supervisionar a execução dos fluxos e protocolos de regulação, de internação hospitalar de emergência e eletiva e alta hospitalar responsável;

IX - Subsidiar discussões, tanto internas como externas, que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados, considerando a Rede de Atenção à Saúde – RAS;

X - Otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores da MEAC, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela RAS;

XI - Implementar e monitorar os mecanismos de gestão da clínica tais como Kanban, Gestão da Fila Cirúrgica, e participar do Projeto Terapêutico Singular;

XII - Otimizar a ocupação das Salas Cirúrgicas;

XIII - Monitorar o Tempo de Espera de Cirurgia Eletiva e identificar possíveis inconsistências e suas causas;

XIV - Monitorar os indicadores, previamente selecionados de forma colegiada, que visam demonstrar o desempenho do NIR (UFC, 2019, p. 11-12).

No tocante ao período que antecedeu a implantação do NIR, a maternidade, usualmente, fechava sua unidade de urgência e emergência, em razão da superlotação hospitalar. Registra-se que a principal via de acesso desta unidade, por diversas vezes, chegou a ser bloqueada por correntes e cadeados, com cones de sinalização de trânsito, como forma de dificultar o acesso da paciente e, até mesmo, de ambulâncias, à unidade de urgência e emergência.

Atualmente, a unidade de urgência e emergência, ainda estabelece restrição para o atendimento das pacientes, porém, adota-se uma nova forma de funcionamento nos dias de superlotação do hospital: o atendimento com restrição. Via de regra, aplica-se essa medida nos casos de pacientes com intercorrências ginecológicas e obstétricas de até 20 semanas de gestação, e, com menor frequência,

às gestantes acima de 37 semanas.

As demais mulheres que não se encaixarem no perfil descrito, quando o hospital estiver sob o regime de atendimento com restrição citado poderão encontrar dificuldade para realização de seu parto na MEAC e serão, então, orientadas a buscar outro hospital.

Vale salientar que, atualmente, não verifica-se mais o bloqueio físico da principal via de acesso da unidade de urgência e emergência da MEAC, com correntes, cadeados e cones de sinalização. Apesar do NIR desta unidade ter como propósito a garantia de acessibilidade hospitalar mediante um acolhimento adequado e a melhoria do atendimento aos usuários por meio do aumento da ocupação de leitos, da diminuição da média de permanência dos pacientes internados no âmbito hospitalar e da otimização da ocupação da capacidade instalada, ainda assim não é raro que a unidade de urgência e emergência funcione com atendimento restritivo ou nem assegure o ingresso de novas pacientes, caracterizando o que se pode denominar o regime sem atendimento.

Considerando os propósitos do NIR da MEAC e os obstáculos e deficiências enfrentados por sua equipe profissional, analiso neste estudo, se o Núcleo Interno de Regulação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand tem, com suas práticas de regulação, assegurado às gestantes que demandam atendimento nesta unidade hospitalar o pleno acesso ao direito à saúde.

5 PERCURSOS E PASSOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO SOCIAL

Como afirma Silva e Silva (2001, p. 37), “toda política pública é uma forma de regulação ou intervenção na sociedade. Articula diferentes sujeitos, que apresentam interesses e expectativas diversos [...]”. Salienta, ademais, que “o processo das políticas públicas conjuga um conjunto de momentos não lineares, articulados e interdependentes [...]” (SILVA E SILVA, 2001, p. 38). É, pois, com esse entendimento que a política de saúde é, neste estudo, posta em questão, mais particularmente um ramo desta política – a política de saúde direcionada à mulher –, que faz intersecção com política nacional de atenção hospitalar. Da intercomunicação entre essas duas políticas – política da saúde da mulher e política nacional de atenção hospitalar –, emanadas da política de saúde, o objeto deste estudo emerge, é constituído: o Núcleo Interno de Regulação, como um também mecanismo garantidor de acesso ao direito à saúde.

Este empreendimento acadêmico tem uma natureza própria, particular; inscreve-se no campo da avaliação de política pública. E avaliação, aqui, tomada na acepção de Aguilar e Ander-Egg (1994, p. 31), como

[...] uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa [...], ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com propósito de produzir efeitos e resultados concretos [...].

Dessa forma, torna-se necessário um consórcio entre metodologias e técnicas provindas tanto do campo das ciências sociais quanto do campo da avaliação de políticas públicas. Este empreendimento investigativo abre portas a diálogos entre as várias formas de visão e entendimento, evitando-se que, no processo avaliativo das políticas públicas, tomem-se os resultados e seus processos sob a exclusiva ótica da econometria, ao se pôr em suspenso tudo de que são constituídas as políticas sociais e a realidade social, esta sempre rica e de inacessível a olhares e enfoques limitados, excludentes.

Nesse sentido, cabe bem o que Wright Mills (1980) aconselha a quem se aventure desvendar os enigmas da realidade social:

Sejamos um bom artesão: evitemos qualquer norma de procedimentos rígida. Acima de tudo, busquemos desenvolver e usar a imaginação sociológica. Evitemos o fetichismo do método e da técnica. É imperiosa a reabilitação do artesão intelectual despretenhoso, e devemos tentar ser, nós mesmos, esse artesão.

5.1 Avaliação de Políticas Públicas: os caminhos adotados neste estudo

Embora não se tenha uma exata indicação cronológica da instituição das políticas sociais, alguns eventos ou marcos situam no tempo e lugar o surgimento de delas como uma resposta do Estado à emergência da questão social. Para Behring e Boschetti (2011, p. 47), “[...] elas se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal [...], em torno do final do século XIX”.

Evidentemente, não data desse período a sujeição de políticas públicas a processos de avaliação. Apesar de ser possível afirmar que, ao longo de sua existência, foram submetidas a “avaliações”, tornando-se alvo de predileção de medidas que visavam sanar problemas da esfera econômica, sob argumento de que eram onerosas aos cofres do Estado: esse é um discurso reiterado que embute uma avaliação econométrica.

Por outro lado, a avaliação de políticas públicas longe está de ser tomada como um campo de estudo recente. Nesse âmbito, uma série de práticas ou metodologias de avaliação de políticas públicas foram propostas, executadas, superadas, superpostas. Daí, falar-se em gerações de avaliação de políticas públicas.

Uma proposta metodológica de avaliação de políticas públicas ganhou, sobretudo no âmbito do MAPP da UFC, relevância, centralidade: a avaliação em profundidade. Esta modalidade de avaliação é definida por Rodrigues (2008, p. 11-12) como “um processo multidimensional, interdisciplinar e interpretativo, que visa compreender os processos de elaboração e implementação de uma política ou programa”. Nesse processo de avaliação, consideram-se quatro dimensões essenciais: análise de conteúdo, análise de contexto, trajetória institucional e espectro temporal e espacial em que se desenrola a política (RODRIGUES, 2008).

No que se refere à dimensão da análise de conteúdo da política ou do programa, para realizá-la, o pesquisador precisa focar em três aspectos importantes: a formulação da política com ênfase nos seus objetivos, critérios para implantação, e o seu modo de acompanhamento e avaliação; as bases conceituais englobando as

concepções, valores e conceitos que sustentam e legitimam a política; e a coerência interna no que diz respeito à disponibilidade de todos os mecanismos de efetivação, em consonância com sua proposta teórica e base conceitual (RODRIGUES, 2008).

A segunda dimensão trata do contexto de formulação da política ou do programa com levantamento de dados sobre o momento político, das condições sociais, culturais e econômicas, articuladas entre os territórios formados pelas esferas local, regional, nacional, internacional, e mesmo transnacional, quando for o caso (RODRIGUES, 2008).

A terceira dimensão diz respeito à trajetória institucional da política e/ou programa, compreendendo a formulação e a implementação das ações de uma política gestada nas esferas superiores, o seu trânsito pelas vias institucionais, as mudanças nos sentidos dados aos objetivos da política, ao mesmo tempo, que desce as hierarquias até chegar à base (RODRIGUES, 2011).

A última dimensão contempla o espectro temporal e territorial que se refere aos “deslocamentos de uma política por espaços políticos, econômicos, sociais e culturais distintos” ao longo do tempo de sua implementação, de forma a confrontar os objetivos com as especificidades locais, dos fatores externos e interferências de acordo com os interesses, jogos de poder e forças políticas que podem intervir nos resultados da política. Esta etapa constitui o momento mais avançado da pesquisa; nela, os dados já se encontram sistematizados, permitindo ao pesquisador utilizá-los, a fim de mensurar os objetivos previstos que tenham sido alcançados, considerando as particularidades locais (RODRIGUES, 2011).

Indiscutivelmente, este processo analítico incorpora e movimenta uma gama de elementos, fatores, condições, trajetórias – geográfica, histórica, institucional –, e de sujeitos, redundando no alcance de uma avaliação de densidade, em profundidade, visto que, como afirma Rodrigues (2008, p. 11), o processo é “multidimensional, interdisciplinar e interpretativo”.

A despeito do reconhecimento da fecundidade metodológica deste modelo de avaliação de políticas públicas, esta investigação social não o adotou, por ter esbarrado em um obstáculo intransponível: o tempo. Como a própria autora salienta, sobretudo quando discorre sobre a terceira dimensão, a reconstituição da trajetória requer considerável tempo, recursos, pesquisadores capacitados para a coleta e tratamento de dados qualitativos e quantitativos, realização de entrevistas com distintos agentes e representantes de instituições envolvidas na formulação e

implementação da pesquisa. Isso não impediu, no entanto, que, reservadas as proporções e o alcance dos passos e procedimentos, esta investigação ousasse percorrer – ainda que tropeçadamente – rastros deste modo de operar com a realidade das políticas sociais, presentes na reconstituição das trajetórias e discursos das políticas públicas, nos ordenamentos jurídicos e nas normativas que instituem e fundamentam as práticas da política de saúde, política da saúde da mulher, política nacional de atenção hospitalar. Bem como no tratamento dos dados e nas discussões que os achados permitiram trazer à luz.

Aceito o desafio proposto por Wright Mills (1980), e guiando-se – dentro dos limites já assinalados –, por esse ponto de luz, propiciado pelos passos da metodologia de avaliação em profundidade, esta pesquisa teve uma abordagem qualitativa, do tipo descritivo.

Segundo Gil (2002, p. 42), “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”.

O estudo qualitativo preocupa-se com a compreensão interpretativa da ação social, de forma que atua considerando a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado que lhe atribuem os autores (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2005, p. 71-72). Essa modalidade propicia a construção de abordagem, revisão e criação de novos conceitos durante uma investigação (MINAYO, 2008, p. 57).

Neste processo investigativo, realizei, além de pesquisa bibliográfica, uma pesquisa documental e de campo. A pesquisa documental trilha os mesmos caminhos da pesquisa bibliográfica, porém recorre a fontes mais diversificadas, sem tratamento analítico, como documentos oficiais, relatórios, tabelas estatísticas, entre outros instrumentos (FONSECA, 2002, p. 32). Esta tipologia propõe-se a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenômenos e dar a conhecer o modo como estes têm sido desenvolvidos (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 56).

Já a pesquisa de campo visa à exploração do *locus*, com o propósito de torná-lo mais explícito e familiar para a construção de hipóteses, além de considerar os aspectos importantes que contribuíssem para a explicação da problemática (RICHARDSON, 2012, p.146).

A observação foi a técnica primeiro utilizada na investigação do campo, que, segundo Gil (2002), refere-se à aplicação dos sentidos humanos para obter informações acerca de uma realidade, no sentido mais amplo de ver e de examinar.

Foi utilizada a observação do tipo assistemática, “também denominada espontânea, informal, ordinária, simples, livre, ocasional e acidental, que consiste em recolher e registrar os fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise fazer perguntas diretas” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 192).

5.2 O (Re)Ingresso no Campo: percursos e percalços do pesquisador

Para empreender esta investigação social, foi necessária submetê-la à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da MEAC, como requisito indispensável para a execução da pesquisa no hospital. A aprovação sem condicionalidades foi dada em dezembro de 2019, com o parecer de Nº 3.790.613 (ANEXO A).

Em janeiro de 2020, direcionei-me à Coordenação do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, no qual o NIR está inserido, munido do parecer do CEP autorizando tanto acesso aos documentos produzidos e utilizados pelos profissionais do núcleo em estudo, quanto a realização de entrevistas com os integrantes daquele setor. Da coordenação recebi todo apoio e incentivo para execução do estudo.

O acesso aos documentos do NIR foi possibilitado no mês de janeiro de 2020, por meio de uma pasta compartilhada, que arquiva no computador as planilhas com dados das principais atividades executadas pelos profissionais do setor, a saber: planilha de transferência inter-hospitalar neonatal e obstétrica, planilha dos pacientes da unidade neonatal com longa permanência hospitalar, planilha de regulação interna dos leitos e a planilha de controle das gestantes internadas.

Também foram examinados o mapa de leitos e o livro de ocorrência diária, assim como o censo diário de acolhimento com classificação de risco da unidade de urgência e emergência da MEAC, os relatórios do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitário²⁴ (AGHU) e os relatórios de gestão disponíveis no portal da UFC.

²⁴ O Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários é um sistema de gestão hospitalar, com o objetivo de apoiar na padronização das práticas assistenciais e administrativas dos hospitais, dentre estes: a informatização dos processos clínicos de atendimento ao paciente: prontuário, prescrição, exames; estruturação dos processos internos para gestão, através da análise de relatórios e indicadores; e a descentralização informações (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários**: módulo profissional. Brasília, EBSEH, 2016. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/18564/0/Manual-AGHU-Prescri%C3%A7%C3%A3oMultiprofissional.pdf/ca88f77f-f843-4f3b-9b34-23a2cb166d6d>).

Para atender o objetivo do estudo, foram considerados os documentos do período de implantação do NIR, agosto de 2016, até dezembro de 2019, nas conformidades do APÊNDICE B. Vale salientar que, a despeito de o NIR ser implantado em agosto de 2016, anteriormente a essa data já funcionava um núcleo com finalidade assemelhada à função que o NIR passaria a exercer posteriormente.

As entrevistas semiestruturadas com os profissionais do NIR ocorreram em janeiro de 2020, após escolha baseada nos seguintes critérios: um funcionário de cada categoria profissional com maior tempo de experiência e outro com menor tempo. Considerando que, neste setor trabalham oito enfermeiros, dois médicos, cinco assistentes administrativos e um auxiliar de serviços gerais, e que, na última categoria, há somente um profissional, sendo, portanto, realizadas sete entrevistas seguindo um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE A).

A coleta de dados deu-se a partir de um contato prévio com os entrevistados, nos seus respectivos locais de trabalho, com o intuito de convidá-los a participarem do estudo. À ocasião, também foi esclarecida a finalidade desta pesquisa e agendada a entrevista, atendendo à disponibilidade de cada um dos participantes.

Todos os profissionais contatados dispuseram-se a participar da pesquisa, com exceção de um que demonstrou desinteresse. Na mesma oportunidade, foi convidado um novo membro da mesma categoria, que logo demonstrou disponibilidade.

As entrevistas aconteceram no espaço verde da MEAC, com duração aproximada de 30 minutos cada. Esta etapa foi guiada por um roteiro, contendo dez perguntas abertas, realizadas de forma oral (APÊNDICE A). Antes de iniciada a entrevista, os participantes foram, mais uma vez, esclarecidos acerca do objetivo da pesquisa e de que sua participação era livre, podendo, a qualquer momento, ser encerrada, caso fosse seu desejo. Foi solicitada aos entrevistados autorização para gravação em áudio das entrevistas, cujo uso estava estritamente condicionado ao estudo em questão. As gravações das entrevistadas foram transcritas na íntegra. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

Ressalte-se que a maioria dos pesquisados trouxe em suas falas informações relevantes que não foram solicitadas e que não constavam no roteiro, mas que estão incluídas na análise e discussão dos dados desta pesquisa.

Evidenciou-se que os profissionais mais antigos do setor possuem, de fato, experiência e domínio das atividades de regulação do NIR, porém também foi perceptível que os profissionais menos experientes possuem equivalente compreensão e familiaridade em relação ao serviço.

Com o objetivo de garantir o sigilo e o anonimato dos participantes, as respostas transcritas foram identificadas pelo termo sujeito, seguida de uma letra, que pode ser A, B, C; cada letra representando uma categoria profissional.

Como forma de classificar entre as distintas categorias os sujeitos com mais e com menos experiência, adotou-se o seguinte critério A, B, C para os sujeitos com mais experiência; A', B', C', os sujeitos com menos tempo de experiência no setor. No grupo dos sujeitos da categoria C, foi incluído o participante que não possuía par, então denominado, C''.

Além da técnica de entrevista, foi realizada observação, que buscou informações por meio visitas à MEAC, nas seguintes situações de funcionamento de sua unidade de urgência e emergência: sem atendimento, com atendimento restritivo e em pleno atendimento, na perspectiva de observar o processo de trabalho do NIR nesses cenários.

As três visitas ocorreram no mês de janeiro, e tiveram, em média, uma duração de 3 horas cada. Para as escolhas dos respectivos dias das observações, fui notificado pelos profissionais do NIR, por intermédio de um grupo de *WhatsApp*,²⁵ a situação de funcionamento da unidade de urgência e emergência da maternidade.

Nesta etapa, os dados foram registrados no caderno específico para esta finalidade, com apontamentos das principais atividades desempenhadas pelos médicos, enfermeiros, auxiliares administrativos e de serviços gerais, enquanto a unidade de urgência e emergência operava nas três modalidades de funcionamento.

5.3 A Direção para a Qual Apontam os Dados: resultados e análises

5.3.1 O atendimento na unidade de urgência e emergência da MEAC

A unidade de urgência e emergência da MEAC presta atendimento obstétrico, ginecológico e mastológico, a pacientes que buscam o serviço de forma espontânea,

²⁵ *WhatsApp* é um aplicativo de celular que permite o envio de mensagens, imagens e vídeos, para outros contatos que também disponham deste recurso.

nas condições de saúde agudas,²⁶ crônicas,²⁷ e nas agudizações das condições crônicas,²⁸ além das encaminhadas pela Central de Regulação.

Nesta unidade da maternidade, as usuárias são acolhidas, inicialmente, pelos auxiliares administrativos, responsáveis pela admissão e preenchimento da Ficha de Pronto Socorro no AGHU. Em seguida, a paciente é direcionada ao técnico de enfermagem para aferição dos sinais vitais²⁹ e, depois, à sala de classificação de risco, na qual o enfermeiro avalia a gravidade da paciente, mediante a aplicação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do MS, na perspectiva de priorizar o atendimento, a partir da necessidade clínica de cada indivíduo, além de organizar o processo de trabalho e o fluxo do paciente na unidade (BRASIL, 2013b).

No período de agosto a dezembro de 2016, foram contabilizados 9.725 atendimentos médicos e de enfermagem que resultaram em 2.694 internamentos (27,70%). Em 2017, foram executados 23.260 atendimentos, com 6.920 internamentos, ou seja, aproximadamente 29,7% dos atendimentos. Já em 2018, ocorreram 25.028 atendimentos que resultaram em 7.055 internamentos (28%). Em 2019, para 22.352 atendimentos, ocorreram 6.547 internamentos (29,29%), apontados no Gráfico 1 (MEAC, 2016a, 2017a, 2018a, 2019a).

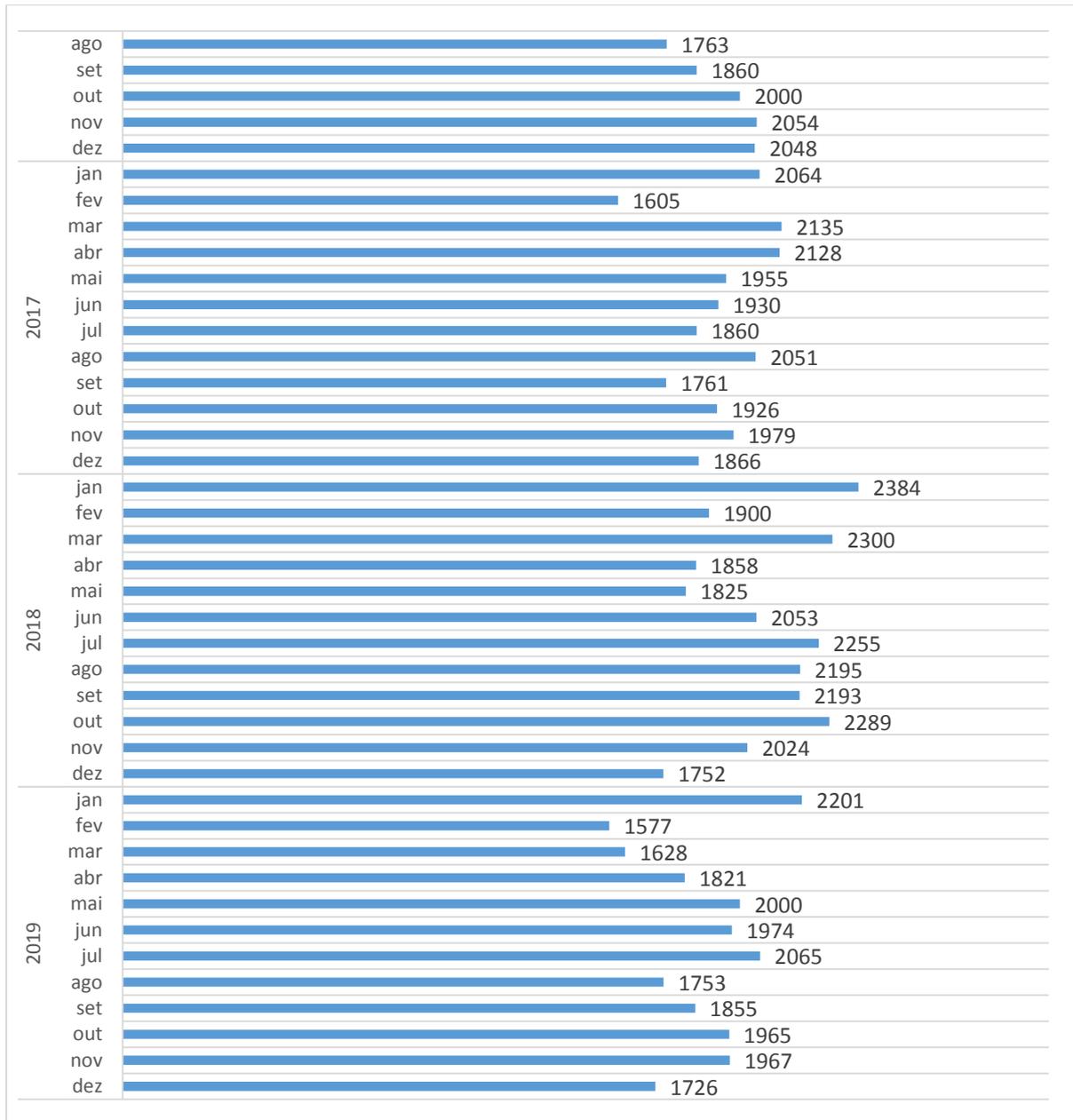
²⁶ As condições agudas são, de modo geral, compreendidas como manifestações patológicas de curso curto, que se iniciam repentinamente e apresentam causa simples e de fácil diagnóstico, além de responder a tratamentos específicos (MENDES, Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 86).

²⁷ As condições crônicas englobam além das doenças crônicas, as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclo de vida, como por exemplo, o pré-natal e a puericultura. Possui como principal característica, o seu ciclo de evolução lento e multifatorial, incluindo-se o próprio estilo de vida e a hereditariedade. Nesta condição, os sintomas são mais persistentes e levam à perda da capacidade funcional (MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012).

²⁸ As agudizações das condições crônicas são consideradas eventos agudos decorrentes de complicações das condições crônicas (MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012).

²⁹ Os sinais vitais “são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatória, respiratória, neural e endócrina do corpo”, verificados por meio da temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e dor do paciente (TEIXEIRA, Cristiane Chagas *et al.* Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto & contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1071-1078, 2015). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01071.pdf.

Gráfico 1 – Número de atendimentos na unidade de urgência e emergência da MEAC entre agosto de 2016 dezembro de 2019



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Relatório Institucional Assistencial da MEAC (2016a, 2017a, 2018a, 2019a).

Apesar dos dados demonstrarem uma quantidade significativa de atendimentos mensais na unidade de urgência e emergência, e que destes, em média, 70% foram atendidos e em seguida obtiveram altas, ainda assim, a unidade alternou constantemente o seu modo de funcionamento em três momentos, a de atendimento pleno, de atendimento restritivo e sem atendimento. Isto é, uma hipossuficiência na garantia do acesso da paciente ao seu direito pleno à saúde.

Com base no censo diário de acolhimento com classificação de risco da emergência da MEAC, foram contabilizados, entre anos de 2016 a 2017, os dias em que a unidade esteve fechada; entre os anos de 2018 a 2019, a quantidade de dias em que se manteve com atendimento restritivo. No entanto, não foram consolidados concomitantemente as duas situações de funcionamento durante este mesmo período (QUADRO 8).

Quadro 8 – Total de dias em que a unidade de urgência e emergência da MEAC manteve-se em atendimento restritivo e sem atendimento

Modo de funcionamento	Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Sem atendimento	2016	-	-	-	-	-	-	-	2	0	1	0	4	7
	2017	7	12	3	2	7	7	20	2	8	11	15	5	99
Atendimento restritivo	2018	7	8	12	17	17	16	0	13	13	4	8	17	132
	2019	5	11	19	12	5	16	17	16	11	13	9	11	145

Fonte: Elaboração própria com base em dados do censo de classificação de risco da emergência da MEAC (2016b, 2017b, 2018b, 2019b).

Com base nos dados, aponta-se que o modo de atendimento restritivo e sem atendimento, adotados pela unidade de urgência e emergência da MEAC, é, de fato, uma prática rotineira, chegando ao ponto de a unidade funcionar na sua plenitude apenas um terço do mês. Ressalte-se que as portas hospitalares de urgência e emergência são serviços que prestam atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de diversas especialidades, inclusive obstétrica (BRASIL, 2013).

Desse modo, não é permitido limitar o acesso do paciente ao serviço de saúde, pois viola, inclusive, o direito constitucional e fundamental do cidadão (BRASIL, 1988). Além disso, o CNS determina na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o seu ingresso nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado (BRASIL, 2012c).

Destaque-se o primeiro princípio, no qual admite que todo “cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde”, visando à garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde, sobretudo, nas situações de urgência e emergência, em que o atendimento se dará de forma incondicional (BRASIL, 2012c, p. 8).

Segundo os sujeitos entrevistados nesta pesquisa, no caso, os mais experientes das categorias B e C, os fatores condicionantes para o pleno funcionamento da unidade de urgência e emergência da MEAC dependem da disponibilidade de leitos na UTIN na maternidade e que estes leitos, também disponham de pontos³⁰ de gases medicinais.

A emergência fica aberta, quando se tem o acesso aos leitos de UTI neonatal, ou seja, aos pontos de oxigênio, que são [critérios] muito importantes, porque caso ocorra algum problema com o recém-nascido, tem que existir esse acesso (SUJEITO B).

Atualmente, existe um fluxo que foi desenhado, que a gente segue. Um padrão desenhado, baseado nas condições da UTI neonatal. Se não tiver excesso na ocupação da NEO e tem pontos de oxigênio, a emergência está em pleno funcionamento (SUJEITO C).

Via de regra, todo hospital que atende gestante de alto risco deve ofertar leito para o tratamento intensivo adulto e neonatal, e, neste caso, é indispensável a existência de, no mínimo, um ponto de gás com oxigênio e outro de ar comprimido em cada leito (BRASIL, 1998b).

A indisponibilidade de tais recursos foi apontada por todos os sujeitos entrevistados como a causa do atendimento restritivo ou o *status* de sem atendimento na unidade de urgência e emergência da MEAC.

No atendimento restritivo, a principal problemática é a UTI neonatal, porque a demanda é muito maior do que realmente a nossa estrutura comporta, sendo os pontos de oxigênio o entrave. E, quando tem 10% de excesso na UTI neonatal, a emergência restringe [...] (SUJEITO A').

Fica sem atendimento por não ter ponto de O₂, e não ter leito de UTI neo, além de não ter a menor condição de receber ninguém na UTI neonatal. Nesse perfil, não atende ninguém (SUJEITO A).

[...] para que não ocorra de um bebê precisar de vaga na UTI neo e não ter nenhum ponto de O₂ [...] mantém a emergência fechada [...] (SUJEITO B').

Se não tem mais pontos de oxigênio na UTI neo, a gente fecha (SUJEITO C).

³⁰ O ponto de gás medicinal é uma válvula de conexão seletiva do gás canalizado (oxigênio, ar comprimido) com a unidade terminal, na perspectiva de proporcionar o tratamento de suporte respiratório ao paciente (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DAS EMPRESAS QUÍMICAS. **Manual hospitalar**: boas práticas de gestão de gases medicinais. Lisboa: Marsil, 2017).

Somente um profissional da categoria C e o menos experiente da categoria B, afirmaram o pleno funcionamento, como um direito constitucional do cidadão.

[O que] leva a [MEAC] ficar aberta [é] por causa das pacientes, né. Que vão procurar outros hospitais e não recebe. E, aqui, elas são bem atendidas (SUJEITO C”).

O fator que condiciona a emergência estar aberta, é devido à necessidade de atendimento a todos os usuários que chegam para esse serviço (SUJEITO B’).

Esses profissionais conseguem reconhecer o direito do cidadão à saúde, que no caso da MEAC, deveria ser garantido por meio do pleno funcionamento da unidade de urgência e emergência, como determina a CF de 1988. Porém, não é infrequente a MEAC manter-se sob o regime de atendimento restritivo ou sem atendimento na sua unidade de urgência e emergência, violando o direito à saúde da gestante que nela ingressa, quer por intercorrências gravídicas, quer por realização do parto.

Prova disso foi quando o complexo hospitalar publicou notas comunicando a dificuldade e, até mesmo, as suas condições para admissão de pacientes na maternidade.

O Complexo Hospitalar da UFC/EBSERH informa que a emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) segue fechada temporariamente, desde a noite da última quarta-feira (13/04/2016), sem poder admitir novas gestantes. Essa decisão é resultante da impossibilidade de receber mais recém-nascidos nas suas duas Unidades de Terapia Intensiva neonatais, que estão com lotação acima da normal, o que poderia vir a comprometer a segurança dos pacientes [...] (EMERGÊNCIA..., 2016, p. 1).

O Complexo Hospitalar da UFC/Ebserh informa que está normalizado o funcionamento da emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), desde a manhã de hoje, após 15 dias de restrição no atendimento. A limitação deu-se devido à superlotação das UTIs neonatais, provocando a impossibilidade de admitir gestantes cujos recém-nascidos viessem a necessitar de internação com cuidados intensivos [...] (EMERGÊNCIA..., 2016b, p. 1).

O Complexo Hospitalar da UFC/EBSERH informa que o atendimento na Emergência da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand foi regularizado na manhã de hoje, 08 de março de 2017. Entretanto, considerando que nesta madrugada, ainda com o atendimento restrito, foram internadas oito gestantes, recomenda que as mulheres que precisarem de assistência obstétrica nesses dias priorizem outras Maternidades, porque a MEAC segue atendendo acima do limite de sua capacidade (ATENDIMENTO..., 2017, p. 1).

Outra situação marcante foi quando uma vereadora de Fortaleza, ingressou com Requerimento de Nº 0668, de 19 de fevereiro de 2019, à Câmara de Vereadores do município, para transcrever nos anais da Casa Legislativa Municipal, a matéria veiculada pelo Jornal O Povo “Com emergência da MEAC fechada, gestantes devem buscar outras unidades” (FORTALEZA, 2019b).

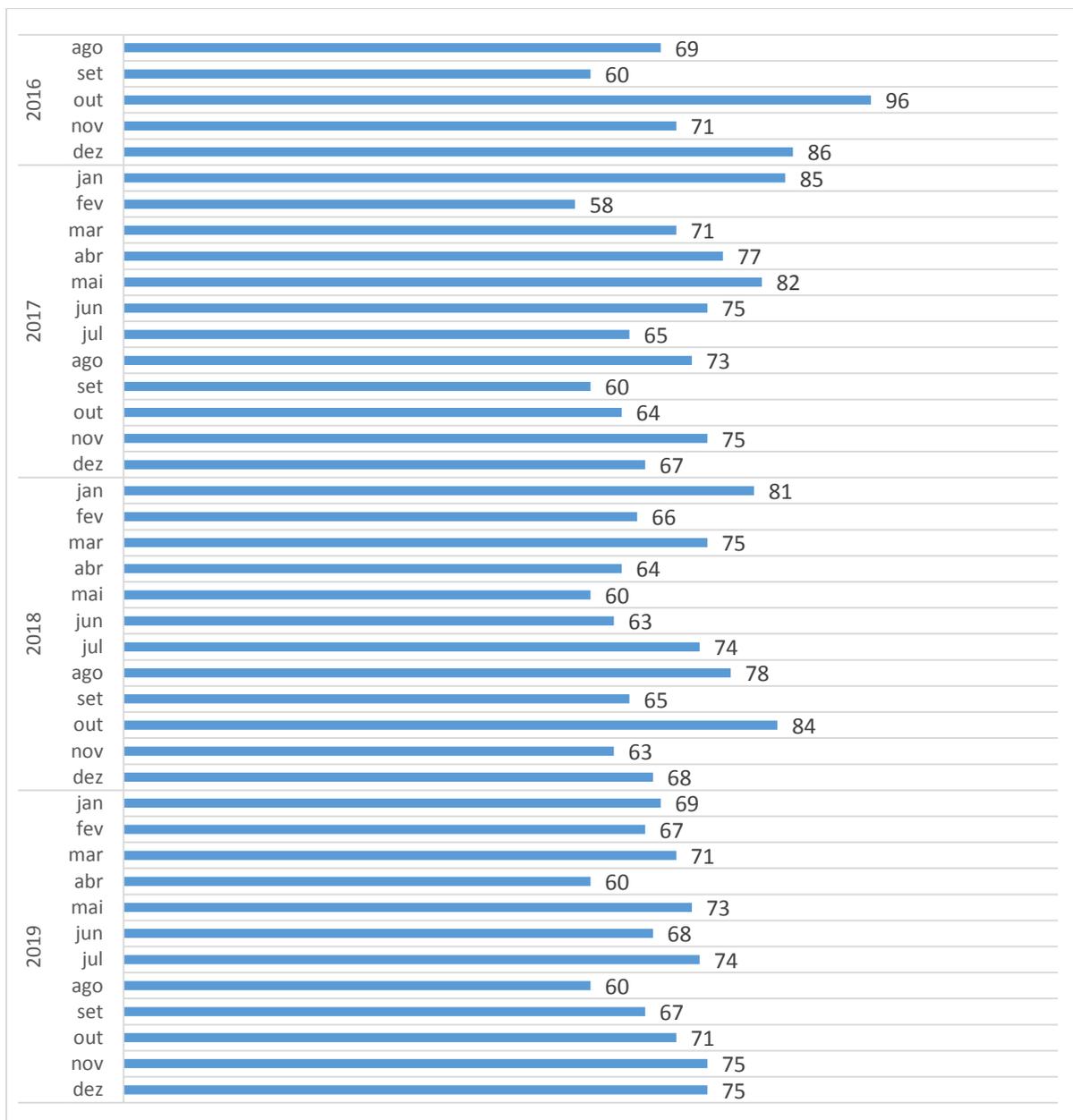
Durante a observação de campo, em janeiro de 2020, foi constatada que a unidade de urgência e emergência, ainda, operava em algumas circunstâncias sem atendimento. Já a pesquisa documental (registros constantes no livro de ocorrência dos profissionais do NIR), deu conta de que, entre agosto de 2016 e dezembro 2019, a MEAC operou nesse mesmo *status* (sem atendimento), embora o censo diário de acolhimento com classificação de risco da emergência da MEAC contabilizasse, de 2018 a 2019, apenas, o dado de atendimento com restrição, (QUADRO 8).

Desse modo, confirma-se que a quantidade de RNs internados e o número de pontos de gases medicinais da UTIN da MEAC definem o modo de funcionamento da unidade de urgência e emergência da maternidade, mesmo que infrinja os direitos humanos e constitucional à saúde.

5.3.2 A internação do RN na UTIN da MEAC

A MEAC possui duas UTINs, uma delas, a unidade 3A, possui 12 leitos, já a unidade 3B dispõe de 9 leitos, totalizando 21 leitos de cuidados intensivos. No período entre agosto de 2016 a dezembro de 2019, ocorreram em ambas unidades 2905 admissões de RNs (GRÁFICO 2), uma média de 71 novas internações mensais.

Gráfico 2 – Número de internação mensal do RN na UTIN da MEAC entre agosto de 2016 e dezembro de 2019



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Relatório Institucional Assistencial da MEAC (2016a, 2017a, 2018a, 2019a).

Os dados apontam uma proporção de 3,4 RNs para cada leito da UTIN ao longo de um mês, ou seja, cada um possui o tempo máximo de permanência de 8,8 dias. Porém, o Relatório Assistencial da MEAC revela que o tempo médio de internação de um neonato na UTI são 11,91 dias; o que evidencia, de forma inconteste, que os 21 leitos de tratamento intensivo não são suficientes para atender a demanda da MEAC.

A superlotação compromete a manutenção das diretrizes do MS de organizar o ambiente de forma integral e humanizada ao RN, por meio do controle de ruído e som, temperatura, posicionamento do bebê e da utilização de tratamento menos estressante (BRASIL, 2012a). Além disso, o funcionário fica mais vulnerável aos riscos físicos, químicos, biológicos e psíquicos (MIRANDA; STANCATO, 2008).

Segundo Pedroza, Campos e Oliveira (2016), um estudo realizado na UTIN de uma maternidade pública federal em Fortaleza, constatou que todos os profissionais entrevistados caracterizaram o estresse como principal incômodo da prática assistencial. Mencionaram que as causas eram originadas da rotina diária e do número de admissões dos recém-nascidos na unidade, bem como a superlotação, as intercorrências clínicas e os recursos humanos insuficientes.

Destaque-se também que o excesso de ocupação na UTIN interfere no controle da infecção hospitalar. Parte dessa situação é atribuída à estrutura física, à condição de trabalho, ao dimensionamento da equipe e ao tempo de internamento do bebê (PINHEIRO *et al*, 2009). Na acepção de Pinhata e Nascimento (2001), um neonato com infecção hospitalar, permanece três vezes mais o número de dias internado, em relação àqueles sem infecção (PINHATA; NASCIMENTO, 2001).

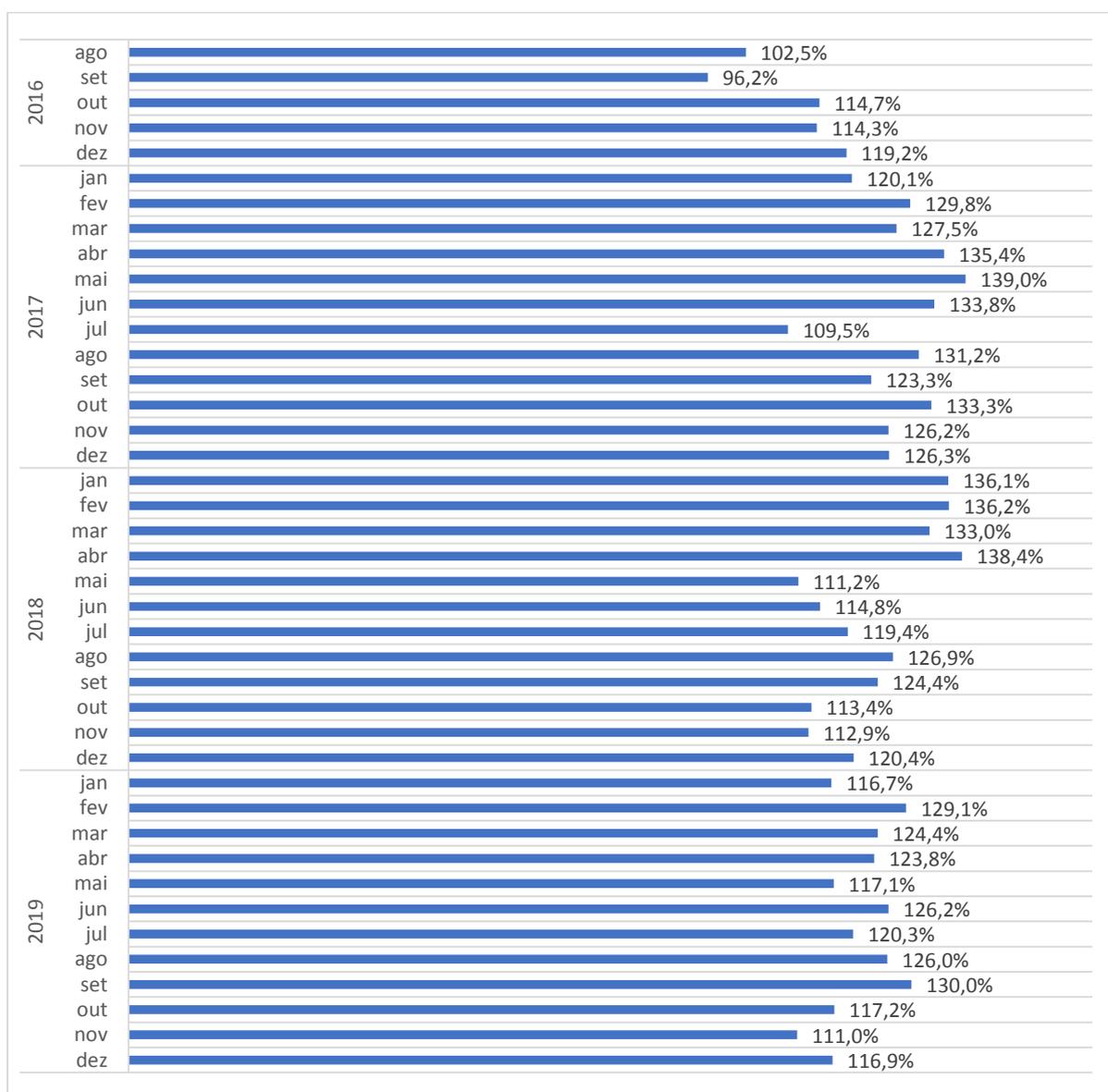
Em 2002, a MEAC registrou cerca de 11 mortes neonatais em pouco mais de uma semana, apenas na UTIN 3B, após um surto de infecção bacteriológica. No início dos casos, havia 15 bebês internadas, numa capacidade instalada de apenas 9 leitos. Na época, o diretor clínico da maternidade apontou a superlotação da unidade neonatal como fator contribuinte para o surgimento da infecção (OITO..., 2002).

O Ministério Público Federal (MPF) no Ceará e o Ministério Público Estadual, moveram uma ação civil em decorrência desses óbitos neonatais. Em 2008, a UFC foi condenada a pagar 300 salários mínimos, por danos morais às famílias de 13 bebês, por não ter conseguido manter ou manteve de forma insuficiente e inadequada, o controle da infecção (FAMÍLIAS..., 2008).

Em 1996, a superlotação [também] foi a principal responsável pela morte de 65 bebês, internados em diversos setores da maternidade-escola, em 30 dias. Na época, chegou a ser instaurado um inquérito para apurar os possíveis culpados, mas ninguém recebeu punição. A única mudança foi o aparelhamento da maternidade-escola, que não tinha, por exemplo, berços aquecidos, monitores de acompanhamento e outros equipamentos de UTI (CHEGAM..., 2002, p. 1).

Segundo o Relatório Assistencial da MEAC, entre agosto de 2016 e dezembro de 2019, ocorreram 594 óbitos neonatais, ou seja, aproximadamente 14,5 mortes por mês. O relatório não apontou, se algum destes casos, deram-se por infecção hospitalar, porém, registrou, no segundo semestre de 2016, uma taxa de ocupação média na UTIN de 109,38%. Em 2017, a taxa aumentou para 127,9%. Contudo, em 2018, apresentou uma redução e ficou em 123,9%. Já em 2019, a taxa alcançou a margem de 121,55%, conforme o Gráfico 3 (EBSERH, 2016a, 2017a, 2018a, 2019a).

Gráfico 3 – Taxa de ocupação da UTIN da MEAC entre agosto de 2016 e dezembro de 2019



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Relatório Institucional Assistencial da MEAC (2016a, 2017a, 2018a, 2019a).

A ANS recomenda que a TOH esteja entre 80% e 85% e que jamais ultrapasse o limite de 100% de ocupação (BRASIL, 2012b). De fato, a taxa de ocupação da UTIN esteve, no período de agosto de 2016 a dezembro de 2019, acima do parâmetro preconizado, tornando clara a insuficiência de leitos na unidade intensiva neonatal na maternidade e o risco de novos eventos relacionados com infecções hospitalares, semelhantes aos de 1996 e 2002.

O fato de recorrer sistematicamente aos leitos extras de internação, que deveriam ser ativados somente em situações emergenciais e transitórias, deixa notória a dificuldade da maternidade em garantir o acesso do RN ao leito intensivo neonatal e, conseqüentemente, o pleno acesso da gestante ao direito à saúde.

Os profissionais mais experientes das categorias A, B e C acreditam que o acesso do RN à UTIN ocorre quando o NIR gerencia a alta hospitalar do paciente na MEAC.

O NIR promove o acesso [do RN à UTIN], através da agilidade nos exames, para dar maior rotatividade [dos leitos] [...] [e] uma alta mais rápida do bebê (SUJEITO A).

[...] o NIR de uma forma geral, atua nesse acesso à medida que a gente consegue regular de forma efetiva os leitos internos, agilizar o fluxo de pacientes... à medida que a gente atua potencializando a alta, para que novos leitos possam ficar disponíveis [...] (SUJEITO C).

Já para os profissionais menos experientes de tais categorias, o acesso do RN à UTIN da MEAC dá-se, à medida que o NIR realiza transferência inter-hospitalar de neonatos internados nas unidades intensivas, para que outros, ao nascerem, possam ocupar as vagas.

O NIR promove o acesso [do RN à UTIN], através de transferências inter-hospitalares [...] (SUJEITO A').

[...] o NIR promove reservando o leito na UTI neo, com as transferências neonatais dos internados para outros hospitais que tenham vaga (SUJEITO B').

Eu acredito que seja só com as transferências mesmo. Porque, outra situação não. A gente transfere um bebê para colocar outro (SUJEITO C').

Na realidade, é competência do NIR da MEAC realizar transferência inter-hospitalar de paciente nas seguintes situações: superlotação; quando o paciente não

atender ao perfil assistencial da maternidade; e nos casos de paciente com perfil clínico, compatível com a assistência prestada em outra instituição hospitalar (UFC, 2019). Nota-se nas falas dos sujeitos entrevistados que as transferências inter-hospitalares mais comuns, ocorrem devido à superlotação da UTIN, na perspectiva de promover a desocupação dessa unidade e, conseqüentemente, viabilizar o acesso para outros neonatos.

Segundo o Relatório Institucional da MEAC (2015), o hospital tem passado por reformas estruturais, decorrentes do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, que,

[...] neste primeiro momento contemplarão a construção de uma nova emergência e de novas unidades de neonatologia, de cuidados intensivos e intermediários [...]. Além disso, haverá incremento do número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) dos atuais 21 para 30 [...] (MEAC, 2015, p. 12).

Porém, a maternidade ainda não concretizou esta ampliação do número de leitos na UTIN, e integra-se à estatística das unidades de saúde que fecham suas portas de atendimento, motivada pela cena mais emblemática do país, a de falta de leitos. Logo, não é capaz de suprir as necessidades da população que demanda atendimento neste hospital.

Destaque-se que a superlotação na unidade intensiva neonatal no SUS não se restringe somente à MEAC. Nos últimos anos, os meios de comunicação social apresentaram matérias acerca do cenário emergencial e caótico de leitos neonatais no município de Fortaleza e no estado do Ceará.

O Sindicato dos Médicos do Ceará denuncia lotação na unidade neonatal do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) desde o início da semana. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo, estava com quase o dobro da capacidade na noite dessa quarta-feira, 5, conforme levantamento da entidade. Essa situação também é registrada na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Meac), conforme o sindicato. A lotação aumenta o risco de infecção hospitalar, com o agravante de que a rotatividade não é imediata no caso dos bebês prematuros, aponta a médica. "Interfere sensivelmente na qualidade da assistência, pois o profissional que iria monitorar 15 não conseguirá ver todos com a mesma qualidade. O intervalo de um metro (de distância entre leitos) tinha que ser respeitado, mas é quase um bebê colado no outro" (UTI..., 2017, p. 1).

A falta de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatais

em municípios do interior do Estado lota as unidades dos hospitais públicos da Grande Fortaleza [...]. A coordenadora da área técnica de saúde em Fortaleza, afirma que a disponibilidade não é suficiente para atender todos os pacientes (ESTADO..., 2018, p. 1).

O Plano Estadual de Saúde do Ceará, com vigência de 2016 a 2019, aponta as unidades hospitalares públicas com leitos UTIN (QUADRO 9), um total de 167 leitos, incluindo-se 21, os da MEAC (CEARÁ, 2016).

Quadro 9 – Leitos de UTIN do SUS no Ceará

CIDADE	UNIDADES HOSPITALARES	UTI NEONATAL
FORTALEZA	Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)	21
FORTALEZA	Hospital Geral de Fortaleza (HGF)	30
FORTALEZA	Hospital Geral Dr. Cesar Cals (HGCC)	20
FORTALEZA	Hospital Cura d’Ars	14
FORTALEZA	Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana (HDGMM)	10
FORTALEZA	Hospital Geral Waldemar Alcântara (HGWA)	07
FORTALEZA	Hospital e Maternidade Zilda Arns Neumann (HMZAN)	10
QUIXADÁ	Hospital e Maternidade Jesus Maria José	10
SOBRAL	Santa Casa de Sobral	15
SOBRAL	Hospital Regional Norte	10
JUAZEIRO DO NORTE	Hospital e Maternidade São Lucas	10
BARBALHA	Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo	10
Total		167

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Plano Estadual de Saúde do Ceará (2016).

Já o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza, com vigência de 2018 a 2021, visa à construção de 70 leitos de UTIN, sendo 9 na MEAC, 10 no HMZAN até 2019, e 39 no HGCC, até 2020 (FORTALEZA, 2017). Mas, até a execução deste estudo, não foram instalados os 9 leitos previstos para a MEAC, apenas, foi noticiado mais um compromisso, agora, do então Secretário de Saúde do Ceará, de criar 32 leitos intensivos neonatais na MEAC, no prazo de um ano (DEFICIT..., 2020).

O Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) entende que é necessário existir uma relação mínima de quatro leitos de UTIN para cada mil nascidos vivos. Em 2009, um estudo realizado pelo mesmo departamento aponta que o Ceará possui um *deficit* de 258 leitos de UTIN,

numa relação de 1,37 leitos públicos por um milhar, ocupando um *ranking* de 4º pior estado. Na situação mais crítica, estão Bahia (menos 458 leitos), seguido do Pará (menos 314 leitos), Maranhão (menos 285 leitos) e Pernambuco (menos 278 leitos) (SBP, 2019).

Nessa perspectiva, acredita-se que, assim como a MEAC, outras maternidades de Fortaleza e do estado vivenciam a insuficiência de leitos neonatais. No caso específico da MEAC, a falta de leitos intensivos neonatais fica diretamente relacionada à modalidade de atendimento restritivo ou sem atendimento na unidade de urgência e emergência, interferindo, sobretudo, no direito da gestante ao acesso à saúde, mesmo com um NIR responsável pela gestão dos leitos.

5.3.3 O NIR da MEAC: dinâmica operacional

5.3.3.1 Gestão de leitos

O NIR da MEAC é o setor responsável pelo gerenciamento dos leitos, com objetivo de promover o acesso equitativo da mulher aos serviços de saúde, além de realizar a interface da maternidade com a Central de Regulação, transferências inter-hospitalares das pacientes que não atendam ao perfil assistencial e na situação de superlotação da maternidade (UFC, 2019).

Os leitos administrados por este núcleo estão divididos pelas especialidades: obstetrícia clínica (73 leitos), obstetrícia cirúrgica (19 leitos), clínica ginecológica (18 leitos), clínica mastológica (3 leitos), isolamento (2 leitos). Já os leitos da UCINCo (30 leitos), UCINCa (5 leitos), UTIN (21 leitos) e UTI materna (4 leitos) não são gerenciados diretamente pelo NIR, e, sim, pelos profissionais das respectivas unidades.

Outro setor de que o núcleo também não gerencia leitos, são as 10 salas de parto do Centro de Parto Normal³¹ (CPN). No entanto, o CPN e a UTI materna demandam leitos ao NIR para todas as pacientes que tiverem indicação médica

³¹ Centro de Parto Normal é uma unidade que realiza parto vaginal humanizado, adotando-se medidas como: evolução natural do trabalho de parto, métodos não farmacológicos para alívio da dor e a presença de acompanhante na sala de parto (BRASIL. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: MS, 2001).

de continuar o tratamento nas unidades de internação do 1º e 2º andares, ao contrário dos bebês da UTIN, UCINCo e UCINCa, que transitam livremente sem a intervenção do NIR.

O principal instrumento utilizado pelo NIR para monitorar os leitos da maternidade é o Mapa de Leitos (FIGURA 3). Este mapa fica sob a responsabilidade do enfermeiro operacional, que o preenche durante as visitas *in loco* nas enfermarias do 1º e 2º andar, no início e no final de sua jornada de trabalho ou sempre que necessário.

Com o censo de leitos atualizado, o enfermeiro atenderá as demandas, em conformidade com as prioridades clínicas de cada paciente e das necessidades internas da unidade que requisita a vaga, além de realizar remanejamentos internos e bloqueio de vagas, com a perspectiva de otimizar a ocupação e promover a rotatividade dos leitos.

Figura 3 – Mapa de leitos do NIR da MEAC


MAPA DE LEITOS - FORMULÁRIO DE BUSCA
 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR
 Contatos NIR: 3366-8535/ 99261-7310
 

ENFERMEIRO NIR: _____; _____ DATA: ____/____/____

1º ANDAR – Ramal 8547					2º ANDAR – Ramal 8548				
UNIDADE ASSISTENCIAL	ENFERMARIA	LEITOS			UNIDADE ASSISTENCIAL	ENFERMARIA	LEITOS		
Puerpério Fisiológico	101	101-1	101-2	101-3	Ginecologia	201	201-1	201-2	201-3
		101-4	101-5	101-6		202	202-1	202-2	202-3
	102	102-1	102-2	102-3		203	203-1	203-2	203-3
		102-4	102-5	102-6		204	204-1	204-2	204-3
	103	103-1	103-2	103-3		205	205-1	205-2	205-3
		103-4	103-5	103-6		206	206-1	206-2	206-3
	104	104-1	104-2	104-3	Mastologia	207	207-1	207-2	207-3
		104-4	104-5	104-6	Ginecologia	208	208-1	208-2	208-3
	105	105-1	105-2	105-3	209	209-1	209-2	209-3	
		105-4	105-5	105-6	210	210-1	210-2	210-3	
	106	106-1	106-2	106-3	Obstetria	211	211-1	211-2	211-3
		106-4	106-5	106-6		212	212-1	212-2	212-3
	107	107-1	107-2	107-3		213	213-1	213-2	213-3
		107-4	107-5	107-6		214	214-1	214-2	214-3
DHEG	108	108-1	108-2	215		215-1	215-2	215-3	
	109	109-1	109-2	216		216-1	216-2	216-3	
Observação	110	110-1	110-2	110-3		217	217-1	217-2	217-3
		110-4	110-5	110-6		218	218-1	218-2	218-3
	111	111-1	111-2	111-3	219	219-1	219-2	219-3	
		111-4	111-5	111-6	220	220-1	220-2	220-3	
	112	112-1	112-2	112-3	221	221-1	221-2	221-3	
		112-4	112-5	112-6	222	222-1	222-2	222-3	
	113	113-1	113-2	113-3	223	223-1	223-2	223-3	
		113-4	113-5	113-6	224	224-1	224-2	224-3	
116	116-1	116-2	116-3	225	225-1	225-2	225-3		
	116-4	116-5	116-6	226	226-1	226-2	226-3		
116-7	116-8	116-9	116-10	227	227-1	227-2	227-3		

OCUPAÇÃO	Hora: ____ : ____		Hora: ____ : ____	
	Quantitativo	Pontos de O ₂	Quantitativo	Pontos de O ₂
UTI 3A (8531)				
UTI 3B (8532)				
MR 1 (8529)				
MR 2 (8530)				

Solicitações de Vagas Unidades	Hora Visita : ____	Hora Visita : ____
Eletiva/HSC (8535)	Perfil do Paciente	Perfil do Paciente
Emergência (8537)		
SR (8513)		
SP (8512)		
UTI Materna (8566)		

Fonte: MEAC (2020).

De acordo com os entrevistados, o NIR da MEAC gerencia e monitora os leitos de internamento, sobretudo, por meio do mapa de leitos e da planilha de regulação interna dos leitos, sendo o enfermeiro, o principal agente desse controle na maternidade.

[...] existe o mapa da enfermagem, que monitora os leitos. Existe também uma planilha de como os leitos tá sendo ocupado [...] existem mecanismos de controle (SUJEITO A').

[O NIR monitora] os leitos, vendo as prioridades, deixando sempre leitos de reserva, sendo a maternidade um hospital de referência para atendimento de alto risco. Usa mapas de leitos e outros instrumentos, não domino muito, porque fica muito a encargo do enfermeiro (SUJEITO B').

Através do mapa de leitos, planilhas de solicitações de leitos onde a gente acompanha o horário do pedido de leito até o horário que fornecido para que se possa avaliar o tempo de espera e até mesmo depois de fornecido o leito até sua chegada ao leito, permutas internas e outras que não me recordo agora (SUJEITO C).

Monitora quando as pacientes têm alta, vai para casa e através da comunicação (SUJEITO C'').

Segundo Brasil (2017c, p. 280), o controle de todos os leitos clínicos e cirúrgicos pelo NIR é uma rotina básica e necessária, pois centraliza “[...] a forma de atender à demanda de novas admissões e de transferências internas entre as unidades”.

Compete, primordialmente, ao enfermeiro operacional do NIR:

[...] a gestão em tempo real dos leitos livres. Ele deve autorizar as novas admissões das reservas solicitadas, as trocas e os bloqueios necessários conforme a demanda e disponibilidades; deve acompanhar diariamente o censo hospitalar e ajustar a disposição dos pacientes na grade de leitos, de forma a promover um uso mais eficiente dos leitos disponíveis (BRASIL, 2017c, p. 280).

Um estudo realizado nos NIRs dos hospitais de Porto Alegre, em 2016, revelou que 90% dos núcleos tinham conhecimento diário e atualizado do censo de leitos, além disso evidenciou um foco maior deste setor na regulação do acesso dos pacientes aos leitos de internação clínica e cirúrgica dos hospitais (SOARES, 2017). Estes resultados se assemelham com a gestão de leitos do NIR da MEAC, ao monitorar o seu censo através do Mapa de Leitos e promover o acesso das

pacientes aos leitos de internação obstétrico, ginecológico e mastológico (1º e 2º andar).

Outro instrumento utilizado para controle da ocupação hospitalar, é a Planilha de Regulação Interna de Leitos, implantada em outubro de 2019 e veiculada numa página do *Excel*. Anteriormente a esta, os dados eram registrados manualmente, num caderno específico e sem perspectiva de fornecer relatórios. Atualmente, monitora-se, de forma *online*, todas as solicitações de leito, compilando-se: número do prontuário, nome e diagnóstico da paciente; setor solicitante; data e hora da solicitação; perfil da vaga solicitada; leito ofertado; data e hora da liberação e o tempo de liberação (FIGURA 4).

Figura 4 – Planilha de Regulação Interna de Leitos do NIR da MEAC

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Prontuário AGHU		Setor Solicitante	Diagnóstico	Data e hora da Solicitação	Perfil vaga solicitada	Leito (XXX-X)	Data e hora da Liberação	TEMPO DE LIBERAÇÃO
2									0:00:00
3									0:00:00
4									0:00:00
5									0:00:00

Fonte: MEAC (2020).

O processo de ocupação dos leitos na maternidade dá-se por intermédio do NIR, da seguinte forma:

O enfermeiro do NIR deve realizar a busca ativa dos leitos vagos, em seguida, identificar a necessidade de transferência da paciente internada na Sala de Recuperação Pós-Anestésica³² (SRPA), CPN, UTI materna, Casa da Gestante, Bebê e Puérpera³³ (CGBP) e unidade de urgência e emergência à

³² Sala de Recuperação Pós-Anestésica é o local destinado a receber paciente após procedimento anestésico-cirúrgico para que recupere a consciência e mantenha sinais vitais estáveis (POSSARI, Joao Francisco. **Centro cirúrgico**: planejamento, organização e gestão. 5. ed. São Paulo: Iátria, 2004).

³³ CGBP é uma residência com responsabilidade técnica e administrativa de um estabelecimento hospitalar, destinada aos cuidados de gestante, bebês e puérperas que demandam vigilância e prioridade dos serviços hospitalares, embora não haja necessidade de internação (BRASIL.

unidade de internamento do 1º e 2º andar. Ressalte-se que as unidades assistenciais podem, a qualquer momento, requisitar leito ao núcleo de regulação, sobretudo, através de contato telefônico;

- 1) O enfermeiro do NIR registra a demanda na Planilha de Regulação Interna dos Leitos, avalia o tipo e a disponibilidade do leito; o tempo de espera e a prioridade clínica da paciente e, antes de ofertar o leito, comunica-se com as unidades de destino, isto é, a unidade de internação do 1º e 2º andar;
- 2) A unidade de destino toma ciência da demanda e, comumente, define o leito de internação do paciente;
- 3) O enfermeiro do NIR oferta o leito à unidade requisitante, a qual também é responsável por repassar todas as informações clínicas da paciente à unidade de destino, antes de encaminhar a paciente, além de transferi-la no AGHU;
- 4) O enfermeiro do NIR conclui a demanda na Planilha de Regulação Interna dos Leitos.

O Sistema de Gestão da Qualidade da MEAC publicou, em 2017, o Fluxo de Transferência Interna da Paciente na maternidade (ANEXO B). Este documento reafirma o gerenciamento dos leitos e o processo de ocupação hospitalar como uma responsabilidade do NIR (MEAC, 2017c).

Segundo os entrevistados das categorias A, B e C, o fluxo de transferência interna da paciente na maternidade ainda apresenta dificuldade, principalmente nas unidades de internação do 1º e 2º, motivada pelos distintos processos de trabalho de tais unidades, já descritos na subseção dos aspectos organizacionais da MEAC.

A Transferência internada ainda é uma coisa que precisa ser trabalhada, por depender de uma equipe assistencial, da lotação, e não somente do NIR. Temos muitos impasses porque, ainda, depende de cada setor, principalmente, do posto do 1º andar e do 2º andar, por exemplo: o número de pacientes que já foram admitidos no plantão pelo posto do 1º andar e do 2º, o dimensionamento da equipe desses

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implanta o e habilita o dos serviços de referência   Aten o   Saúde na Gesta o de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Congonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 maio. 2013).

postos... tem uma certa disputa do 1º andar com o 2º andar. Enfim, o NIR ainda tem muita dificuldade para alinhar isso (SUJEITO A').

Transferência interna...acho que ocorre de maneira rápida, mas, ainda temos impasses entre o 1º andar e o 2º andar, de qual é o perfil [destas] (SUJEITO A).

Sei que existe muita confusão entre o posto do 1º andar e o posto do 2º segundo andar, no sentido de quem admite mais pacientes ou admite menos, quem tem mais gente para trabalhar ou quem tem menos gente. Enfim, não é muito bom (SUJEITO B).

Eu vejo muito a [equipe] do NIR falando da problemática que são os profissionais do 1º andar e do 2º segundo andar, avalio como médio (SUJEITO B').

Fluxo de transferência é média, porque tem muita confusão para aonde a paciente vai no 1º e 2º andar (SUJEITO C'').

Com base nestes dados, é possível afirmar que o NIR lida com dificuldades na transferência interna da paciente, especificamente, no momento da admissão da paciente nas unidades de internação do 1º e 2º andar, em razão das possíveis falhas no dimensionamento dos profissionais e do perfil assistencial dessas unidades, visto que, ingressam na maternidade mulheres para tratamento nas especialidades ginecológica, obstétrica e mastológica.

De acordo com a Planilha de Regulação Interna de Leitos, entre o período de outubro de 2019 e janeiro de 2020, ocorreram 2379 solicitações de leitos, porém, 124, apresentavam inconformidades de registros. Devido a esta situação, foram examinadas, somente, 2255 demandas atendidas pelo NIR, ou seja, cerca de 18 leitos ofertados por dia (QUADRO 10).

Quadro 10 – Leitos ofertados pelo NIR da MEAC entre outubro de 2019 a janeiro de 2020

UNIDADE REQUISITANTE	PERFIL DE LEITO				TOTAL
	Obstetrícia clínica	Obstetrícia cirúrgica	Ginecologia	Mastologia	
SRPA	228	638	62	1	929
CPN	608	16	18	–	642
Urgência e emergência	341	5	72	1	419
UTI materna	46	–	9	2	57
Ambulatórios da MEAC	12	–	122	36	170
Permutas internas	6	–	–	–	6
CGBP	32	–	–	–	32
TOTAL	1273	659	283	40	2255

Fonte: Elaboração própria com base em dados coletados da Planilha de Regulação Interna de Leitos do NIR da MEAC (2020).

Os dados apontam que SRPA foi a unidade que mais requisitou leitos ao NIR da maternidade, aproximadamente 41,2% das demandas, seguida do CPN (28,5%) e da unidade de urgência e emergência (18,6%). Já os setores que menos solicitaram leitos foram os ambulatoriais (7,5%), a UTI materna (2,5%) e a CGBP (1,4%). As necessidades internas de permuta de pacientes nas enfermarias representaram 0,3% do total das demandas.

Cabe destacar que os leitos da obstetrícia clínica estiveram entre os mais requisitados na maternidade, cerca de 56,5% dos casos, e a obstetrícia cirúrgica com 29,2%. Juntas concentraram mais de 85% das demandas, enquanto os leitos da ginecologia e mastologia representaram, respectivamente, 12,5% e 1,8%.

Entre outubro de 2019 e janeiro de 2020, o tempo médio de espera da paciente por um leito de internamento na obstetrícia clínica, obstetrícia cirúrgica, ginecológica e mastológica, após a solicitação ao NIR, foram de 33min03s (QUADRO 11).

Quadro 11 – Tempo médio de espera da paciente pelo leito na MEAC

UNIDADE REQUISITANTE	PERFIL DE LEITO			
	Obstetrícia clínica	Obstetrícia cirúrgica	Ginecologia	Mastologia
SRPA	47,8	18,5	16,3	3
CPN	31,2	20,6	11,6	–
Urgência e emergência	52,4	12,2	48	60
UTI materna	95,1	–	75,8	30
Ambulatórios da MEAC	53,2	–	26,4	20,3
Permutas internas	22	–	–	–
CGBP	19,7	–	–	–

Fonte: Elaboração própria com base em dados coletados da Planilha de Regulação Interna de Leitos do NIR da MEAC (2020).

Nota-se que as demandas da CGBP e as necessidades internas de permutas de pacientes foram atendidas no menor intervalo de tempo em relação às demais, embora sejam também os setores que menos solicitaram leitos ao núcleo de regulação. No caso da CGBP, isso se dá, possivelmente, por tratar-se

de uma residência provisória que cuida de pacientes em situação de risco, e que, não necessariamente, vão necessitar de um leito hospitalar.

Já as unidades que mais requisitaram vagas ao NIR, no caso a SRPA e o CPN (QUADRO 10), obtiveram resposta no tempo médio de 21min04s e 21min13s (QUADRO 11), respectivamente, mesmo os leitos de internamento da obstétrica clínica, serem os de maior tempo de espera, seguido dos da ginecologia, obstetrícia cirúrgica e mastologia.

Na unidade de urgência e emergência, o NIR promoveu o acesso de 419 pacientes (QUADRO 10), no tempo médio de 43min15s (QUADRO 11). Especificamente, foram 331 vagas garantidas às gestantes com intercorrências clínicas e sem indicação de parto aos leitos de obstetrícia clínica do 1º andar. Sabe-se também que a mesma unidade encaminha gestante com intercorrência obstétrica e em processo de parturição ao CPN, sem a intervenção direta do NIR neste fluxo de transferência.

A partir do momento em que a unidade de urgência e emergência oscila entre o pleno atendimento, atendimento restritivo e sem atendimento, fica evidente que o número de atendimento e admissões na maternidade também sofre alterações, inclusive no número de demandas ao núcleo de regulação.

Durante a observação de campo, foi possível perceber que no momento do atendimento restritivo ou no *status* de sem atendimento na unidade de urgência e emergência, auxiliares administrativos, enfermeiros e médicos do núcleo em estudo intensificaram as atividades de transferências inter-hospitalares.

Vale salientar que os profissionais administrativos participaram do processo de transferência, estando dentro da sala que funciona o NIR, em atendimento às demandas burocráticas. Já os demais profissionais tiveram que visitar outras unidades da maternidade, como a unidade neonatal, a unidade de urgência e emergência e o serviço social, para a concreção da transferência.

De acordo com os sujeitos entrevistados, na situação de atendimento restritivo e sem atendimento na unidade de urgência e emergência, o NIR intensifica suas atividades de transferências inter-hospitalares dos RNs e das gestantes, na perspectiva de restabelecer o pleno atendimento.

[...] O NIR começa a fazer alocações ou tenta transferência para fazer com que a maternidade volte a ficar aberta. Além de informar aos

gestores que a maternidade está com dificuldades de leitos de UTI neo [...] (SUJEITO A).

Pelo que eu percebo, a gente vê a possibilidade de colocar na central para que haja uma transferência [...] Mas sempre vendo cada caso [...] na condição de conseguir transferência. Eu vejo os enfermeiros mobilizados, de se movimentar com as vagas internas, transferir bebê... (SUJEITO B').

É praticamente a mesma coisa [fechada e restrita]. Tenta transferir bebês, tirar os excessos das unidades para poder ficar com atendimento normalizado. De modo geral, a rotina de serviço, ela sempre vai variar diariamente, ainda mais quando fica transitando de pleno funcionamento, restritiva e fechada (SUJEITO C').

Portanto, mesmo que o NIR gerencie os leitos de internamento da ginecologia, mastologia, obstetrícia clínica e cirúrgica da MEAC, e ainda atenda, praticamente, todas as demandas para ocupação desses leitos em tempo hábil, não é suficiente para garantir, de forma constante, o pleno funcionamento da unidade de urgência e emergência, e conseqüentemente, o direito ao acesso da gestante ao leito obstétrico. Paralelo a esta situação, o núcleo de regulação intensifica as transferências de gestantes e RNs para outros hospitais, na perspectiva de atender as necessidades dos pacientes e restabelecer o atendimento da unidade de urgência e emergência.

5.3.3.2 Transferência inter-hospitalar do RN internado na UTIN da MEAC

A forma mais segura de se transportar uma criança de risco é no útero materno, conduta capaz de contribuir para redução da mortalidade. No entanto, em algumas situações, o nascimento de um concepto em unidades de saúde secundárias ou mesmo primárias, resulta em transferência para unidade de saúde mais especializada e que disponha de leito de UTIN (BRASIL, 2010c).

Dentre as principais indicações de transferência inter-hospitalar do RN para o leito UTIN, estão: suporte ventilatório,³⁴ prematuridade, anomalias congênitas, intervenção cirúrgica, sepse³⁵ e outras doenças. Contudo, recomenda-se que a

³⁴ Suporte ventilatório consiste em um método de suporte para tratar pacientes com insuficiência respiratória (Fórum de Diretrizes de Ventilação Mecânica 1. **Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica 2013**. São Paulo: AMIB, 2013. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/junho/15/Diretrizes_Brasileiras_de_Ventilacao_Mecanica_2013_AMIB_SBPT_Arquivo_Eletronico_Oficial.pdf).

³⁵ Sepse é uma disfunção sistêmica decorrente da resposta desregulada à infecção (Fórum de Diretrizes de Ventilação Mecânica 1. **Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica 2013**. São Paulo: AMIB, 2013.

transferência ocorra à medida que o RN apresente quadro clínico estável e favorável para remoção (BRASIL, 2010c).

O MS definiu dez passos essenciais para o sucesso no transporte neonatal, que, no caso, será dada ênfase aos cinco primeiros componentes devido a sua relação com a temática deste estudo:

- 1) O médico solicita o leito de UTIN à Central de Regulação de Leitos, munido da história clínica do paciente, dos resultados de exames e da prescrição.
- 2) Os responsáveis pelo RN devem autorizar a transferência e tomar ciência das condições clínicas, dos riscos e do local para onde o neonato será encaminhado. Em caso de risco iminente de vida, o médico está autorizado a transferi-lo sem o consentimento prévio dos responsáveis, apenas os comunica imediatamente.
- 3) O veículo usado para transportar o RN dependerá da distância a ser percorrida, dos equipamentos exigidos, das condições do tempo e do número de equipe necessária, podendo ocorrer numa ambulância, helicóptero ou aeronave.
- 4) A equipe de transporte deve ser composta minimamente por um médico, preferencialmente pediatra ou neonatologista, e por um técnico de enfermagem e/ou enfermeiro.
- 5) O transporte deve conter medicações para estabilizar possíveis intercorrências com o RN, sobretudo as de origem hidroeletrolítica, cardiovascular e neurológica (BRASIL, 2010c).

Na MEAC, o NIR emprega a estratégia de transferir os RNs estáveis da UTIN para outros hospitais que possuam o mesmo perfil de leito, com o objetivo de diminuir a superlotação de sua unidade neonatal e, conseqüentemente, sua taxa de ocupação. Além disso, ocorrem as transferências de neonatos que necessitam de intervenção cirúrgica ou de avaliação de outras especialidades de que não disponha na maternidade, tornando-se essencial a transferência do neonato para outra unidade saúde que delas disponha.

Atualmente, a maior parte das transferências ocorre do seguinte modo:

- 1) O NIR solicita a vaga de UTIN à Central de Regulação do município.
- 2) O NIR comunica a existência da vaga ao médico da UTIN, para que o mesmo selecione um RN estável e passível de transferência.
- 3) O médico da maternidade informa o quadro clínico do RN para o médico do hospital de destino, por meio de contato telefônico, com o objetivo de aprovar a transferência.
- 4) O NIR repassa ao Setor de Serviço Social os dados do RN selecionado, já previamente regulado, para que comunique a necessidade de transferência aos responsáveis, com o fim de obter consentimento.
- 5) Após a autorização dos responsáveis, o NIR compila todos as informações do RN e insere no sistema UNISUS. Em seguida, solicita a ambulância para remoção do RN e verifica com a UTIN a confecção do relatório de transferência e a cópia do prontuário do RN.
- 6) O NIR monitora o processo de transferência até a remoção do RN.

Existem situações em que a transferência não se concretiza e resulta na devolução da vaga à Central de Regulação do município, dentre os motivos, destacam-se: neonato sem perfil clínico de transferência naquele momento; o não consentimento por parte dos pais da transferência e complicações inesperadas do RN.

No período de agosto de 2016 a dezembro de 2019, ocorreram 424 transferências inter-hospitalares de RNs internados na UTIN da MEAC (QUADRO 12), uma média de 10 por mês.

Quadro 12 – Transferências inter-hospitalares de RNs realizadas pelo NIR da MEAC entre agosto de 2016 a dezembro de 2019

Consolidado	2016	2017	2018	2019	Total
Transferidos	58	142	105	119	424
Média de transferência mensal	11,5	12	9	10	10

Fonte: Elaboração própria com base em dados coletados da Planilha de Transferência Inter-Hospitalar Neonatal do NIR da MEAC (2020).

O número de RNs transferidos em de 2017 foi o maior em relação aos demais, isto é, uma média mensal 20% superior à média da série histórica. Várias hipóteses podem ter contribuído para este destaque, como por exemplo, a superlotação das UTINs; a anuência dos pais em relação à transferência; o esforço do NIR e outros

fatores a ser desvelados num próximo estudo, em razão de não haver informações que possibilitem essas análises no momento.

Quanto às unidades de saúde para as quais os RNs foram transferidos (QUADRO 13), todas são mantidas pelo sistema público, com exceção do Hospital Cura d’Ars, unidade conveniada ao SUS. O Hospital Waldemar de Alcântara foi o estabelecimento que mais recebeu transferência neonatal da MEAC, num total 185 bebês (43,5%); a unidade de saúde que menos ofertou vagas foi o Hospital Gonzaguinha de Messejana, num total de apenas 3 bebês encaminhados (1%).

Quadro 13 – Hospitais de destino do recém-nascido internado na UTIN da MEAC, entre agosto de 2016 e dezembro de 2019

Hospitais de destino	2016	2017	2018	2019	Total
Hospital Waldemar de Alcântara	27	53	50	55	185
Hospital e Maternidade Zilda Arns Neumann	19	60	29	35	143
Hospital Infantil Albert Sabin	0	2	2	4	8
Hospital Cura d’Ars	6	4	13	4	27
Hospital de Messejana	4	23	10	21	58
Hospital Gonzaguinha de Messejana	2	0	1	0	3
Total	58	142	105	119	424

Fonte: Elaboração própria com base em dados coletados da Planilha de Transferência Inter-Hospitalar Neonatal do NIR da MEAC (2020).

Este estudo não é suficiente para conhecer os fatores que levaram às escolhas dos hospitais para as transferências neonatais da MEAC, visto que é uma atribuição da Central de Regulação de Fortaleza. No entanto, acredita-se que pelo fato do Hospital Waldemar de Alcântara e a Maternidade Zilda Arns Neumann não disporem de unidade de urgência e emergência, tenha contribuído para o maior número de transferências. Já os demais hospitais possuem porta aberta para atendimento, e, neste caso, a ocupação dos leitos decorrem, principalmente, das demandas internas e em menor proporção às demandas da central de leitos.

Diante dos dados, conclui-se que a estratégia de transferência neonatal inter-hospitalar adotada pelo NIR da MEAC, ao mesmo tempo que aponta uma desocupação hospitalar e, conseqüentemente, uma maior rotatividade dos leitos

neonatais, também evidencia uma mera atenuação da superlotação da UTIN, pois a taxa de ocupação desta unidade se manteve elevada (GRÁFICO 3) e não impediu que a unidade de urgência e emergência operasse nas modalidades de atendimento restritivo e sem atendimento (QUADRO 8).

Na perspectiva de restabelecer o atendimento da unidade de urgência e de promover o acesso das pacientes a outras unidades hospitalares, principalmente, na situação de superlotação da MEAC, o NIR articula a transferência inter-hospitalar da gestante.

5.3.3.3 Transferência inter-hospitalar da gestante da unidade de urgência e emergência da MEAC

Dentre a variedade de razões pelas quais os pacientes podem precisar de transferências inter-hospitalares, algumas se devem à escassez de cuidados especializados, já que nem todas as unidades de saúde reúnem, na sua totalidade, os mais diversos tipos de serviços. Outras ocorrem devido à indisponibilidade de leitos, sobretudo, nas situações em que a demanda é superior à oferta.

No caso das gestantes, a RC estabelece, no Componente do Sistema Logístico, o acesso regulado das pacientes às unidades de saúde, na perspectiva de garantir o atendimento, mesmo na situação de superlotação hospitalar, por meio do modelo de “vaga sempre”. Já o Componente de Parto e Nascimento, que trata da garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, estabelece o acolhimento com classificação de risco e a suficiência de leitos obstétricos e neonatais, de acordo com as necessidades regionais (BRASIL, 2011c).

A RC está implantada em Fortaleza e fundamentada no Manual de Diretrizes Clínicas de Atenção à Gestantes e integrada na série de Organização das Redes de Atenção à Saúde do município. Segundo o manual, as unidades hospitalares devem:

Acolher e atender a gestante nas intercorrências da gestação e por ocasião do parto; em caso de lotação da unidade hospitalar ou de intercorrências que inviabilizem o atendimento/internação, a maternidade deve iniciar a assistência e acionar a Central de Internação. A Maternidade de origem deve garantir a continuidade da assistência até a transferência definitiva da gestante (FORTALEZA, 2016, p. 22).

Cabe à CIRFOR o papel de:

- Realizar a regulação das solicitações de vaga para obstetria e neonatal;
- Favorecer o acolhimento da gestante na unidade de destino [...];
- Reavaliar busca ativa de vagas quando a maternidade da vinculação não tem capacidade para atender e providenciar o devido deslocamento da gestante/RN, de forma responsável [...]. A transferência de gestante, puérpera e RN deve obedecer ao protocolo de Regulação Obstétrica da CIRFOR (FORTALEZA, 2012, p. 3).

Diante disso, fica claro que toda gestante possui o direito ao acesso à saúde, de forma plena e integral, porque configura um direito fundamental à saúde da mulher e da criança. Ainda que não disponha de leitos obstétricos suficientes, esta unidade de saúde deverá garantir o acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidades, para depois solicitar a vaga da paciente na RAS (BRASIL, 2011c).

Na MEAC, o NIR fica responsável por providenciar vagas inter-hospitalares, através da Central de Regulação de Leitos da capital, para que atendam às necessidades das pacientes e garantam a continuidade da assistência em outro nosocômio, principalmente, no momento de superlotação hospitalar. Porém, as solicitações de transferências obstétricas partem, de modo singular e subjetiva, dos médicos da unidade de urgência e emergência, motivada, também, pela ausência de fluxo que padronize os perfis de gestantes passíveis de transferência.

Entre agosto de 2016 e dezembro de 2019, foram solicitadas 4106 transferências inter-hospitalares obstétricas, que resultaram em: 2385 (58,1%) gestantes transferidas, 95 (2,3%) altas médicas, 249 (6,1%) desistências e 1377 (33,5%) internamentos, descritos no Quadro 14.

Quadro 14 – Transferências obstétricas inter-hospitalares da MEAC entre agosto de 2016 e dezembro de 2019

Consolidado	2016	2017	2018	2019	Total
Solicitações	521	1538	1316	731	4106
Transferências	372	858	740	415	2385
Alta médica	4	58	22	11	95
Desistências	22	73	107	47	249
Internações	123	549	447	258	1377
Taxa de transferências (%)	71,4%	55,8%	56,2%	56,8%	58,1%

Fonte: Elaboração própria com base em dados coletados da Planilha de Transferência Inter-Hospitalar Obstétrica do NIR da MEAC (2020).

Os dados apontam que mais da metade das solicitações de transferências obstétricas inter-hospitalares foram autorizadas pela CIRFOR. No entanto, as outras demandas não foram atendidas, contradizendo o modelo de “vagas sempre” e a garantia da continuidade da assistência em outra unidade hospitalar, determinados tanto pela RC quanto pelas Diretrizes Clínicas de Atenção à Gestante do município.

Visto que uma parte das gestantes não obteve a transferência, indaga-se até que ponto a CIRFOR garante o acesso da gestante ao leito obstétrico de forma apropriada, ordenada, racional e oportuna?

O estudo que descreve o perfil das mulheres, em Fortaleza, com dificuldades de acesso ao leito obstétrico no momento do parto, aponta que a busca de vaga pela central de regulação não atende, suficientemente, às necessidades das mulheres com problemas de acesso à assistência hospitalar durante o processo de parturição (MELO, 2014).

Na acepção do profissional menos experiente da categoria A, os da categoria B e o C”, o principal mecanismo adotado pelo NIR para garantir o acesso da gestante ao seu direito à saúde, na condição de superlotação da MEAC, é a transferência inter-hospitalar.

Quando está superlotado, acho que o NIR se esforça para transferir a gestante, onde tenta-se um leito em outro hospital para que ela não fique nessa busca sozinha, o que deve ser muito angustiante para ela. Quando não é possível, o NIR tenta fazer uma rotatividade de leitos, de um jeito que a gente consiga receber essa gestante (SUJEITO A’)

O NIR promove [o acesso da gestante, no momento de superlotação da MEAC] a partir da inserção na central de leitos, para que não saia da maternidade sem nenhum direcionamento, que possa sair daqui transferido... Gente, oferta até o transporte para levar ela (SUJEITO B).

Tenta, a partir do momento que a paciente chega, a maternidade está lotada [...] a transferência para que seja atendida. Quando não consegue esse leito externo, temos a casa da gestante, ou fica na observação [...]. Tenta dar condições para a paciente (SUJEITO B’).

O NIR fica muito aperreado, ligando para todo canto pedindo que ajude (SUJEITO C’).

Para estes entrevistados, fica evidente o compromisso do NIR de buscar vagas obstétricas em outros hospitais do município, através da CIRFOR, evitando que a paciente saia à procura de um leito para o seu internamento. E, na hipótese da

solicitação não ser atendida, o núcleo de regulação assume a responsabilidade de prover leito na MEAC.

Os demais profissionais da categoria A e C apontaram os relatórios de ocupação da maternidade, produzidos diariamente pelo NIR, como principal mecanismo de garantia para o acesso da gestante ao seu direito à saúde, na situação de superlotação hospitalar.

Uma das coisas que o NIR faz é comunicar aos gestores a situação e comunica a central de regulação de como está nossa situação diante do estado. Por isso que o NIR manda relatórios para central a cada mudança de plantão (SUJEITO A).

A gente vive, na verdade, a superlotação da MEAC. Os relatórios de gestão mostram que a gente tem excesso de ocupação, para que a gente tivesse leito de reserva, para garantir que em situações extremas pudesse garantir o serviço das gestantes [...] (SUJEITO C).

Acredita-se que estes relatórios sinalizem para a CIRFOR a ocupação dos leitos na MEAC, naquele momento, e que demonstrem a verdadeira necessidade de transferir as gestantes da unidade de urgência e emergência para outro hospital. Dos gestores da maternidade, espera-se que tomem conhecimento da insuficiência de leitos, sobretudo, os da UTIN, na perspectiva de que busquem medidas que garantam à mulher grávida o seu direito à saúde.

Quanto aos hospitais que deram continuidade à assistência às gestantes transferidas, a maioria fica localizada no município de Fortaleza e pertence ao sistema público de saúde, com exceção do Hospital Cura d'Ars, que é uma unidade privada com leitos obstétricos conveniados ao SUS.

O Hospital e Maternidade Zilda Arns Neumann foi a unidade de saúde que mais recebeu pacientes transferidas da MEAC, representando cerca de 44% do total, seguido do Hospital da José Martiniano de Alencar, que foi de aproximadamente 26%. Ressalte-se que estas instituições de saúde não possuem porta aberta³⁶ de urgência e emergência no SUS e atuam como hospitais de retaguarda, atendendo apenas pacientes encaminhados pela CIRFOR.

³⁶ Porta aberta pode ser compreendida no SUS, como o “local de acolhimento do usuário no momento da expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade” (JESUS, WASHINGTON, Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 162, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>).

Os demais hospitais que realizaram as admissões foram: Hospital Nossa Senhora da Conceição (9%), Hospital Gonzaguinha da Barra do Ceará (8%), Hospital Gonzaguinha do José Walter (4,8%), Hospital Gonzaguinha de Messejana (3,8%), Hospital Nossa Senhora das Graças (2,5%), Hospital Geral de Fortaleza (1%), Hospital Cura d’Ars (0,5%), Hospital Cesar Cals (0,2%), Hospital de Maracanaú (0,2%) (QUADRO 15). Estes possuem em comum, unidade de urgência e emergência com atendimento ao público, seja por demanda espontânea ou encaminhadas pela central de regulação do município.

Quadro 15 – Hospitais de destino das gestantes transferidas da MEAC, entre agosto de 2016 e dezembro de 2016

Hospitais de destino	2016	2017	2018	2019	Total
Hospital e Maternidade Zilda Arns Neumann	220	392	302	144	1058
Hospital Gonzaguinha do José Walter	24	38	33	19	114
Hospital Cura d’Ars	3	3	5	0	11
Hospital Gonzaguinha da Barra do Ceará	29	57	72	29	187
Hospital Gonzaguinha de Messejana	17	30	30	14	91
Hospital Nossa Senhora da Conceição	19	62	68	64	213
Hospital Nossa Senhora das Graças	56	8	0	0	64
Hospital Geral de Fortaleza	3	15	0	5	23
Hospital José Martiniano de Alencar	1	246	227	140	614
Hospital César Cals	0	4	1	0	5
Hospital de Maracanaú	0	3	2	0	5
Total	372	858	740	415	2385

Fonte: Elaboração própria com base em dados coletados da Planilha de Transferência Inter-Hospitalar Obstétrica do NIR da MEAC (2020).

O NIR da MEAC conseguiu, das 4106 demandas de transferência, encaminhar 2385 gestantes da unidade de urgência e emergência para outros hospitais e garantiu leitos de internamento para 1377 pacientes com solicitações não atendidas pela CIRFOR. Cabe salientar que 249 desistiram de aguardar a

transferência e buscaram outra unidade hospitalar. Junto a estas, somam-se as demais gestantes que, possivelmente, encontraram a unidade de urgência e emergência em atendimento restritivo ou sem atendimento e tiveram negado seu pleno direito à saúde.

5.3.4 O Direito à saúde da gestante que ingressa na MEAC

O direito humano à saúde, é pautado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, como “direito inalienável” e essencial à dignidade humana (ONU, 1948, p. 39). Destaque-se, que a violação de um direito humano, frequentemente, afetará outros direitos interdependentes, havendo casos em que a inobservância de um levará à falência de outro (ONU, 2000).

Embora não exista documento legal que obrigue os Estados a cumprirem tais direitos e que os submetam a sanções caso os desrespeitem, países signatários da ONU, inclusive o Brasil, assinaram e concordaram com os direitos desta declaração e de sua aplicação prática (FERREIRA FILHO, 2010).

No Brasil, a saúde e outros direitos humanos foram incluídos na CF de 1988, convertendo-se em direitos fundamentais. Daí, então, a saúde passou a ser considerada uma proteção obrigatória do Estado e um direito de todos.

Na MEAC, o acesso da gestante ao seu direito à saúde, na situação de pleno atendimento da unidade de urgência e emergência, foi apontado pelos profissionais desta pesquisa, de forma unânime, como excelente.

Pela minha experiência, acredito que a emergência aberta possui um bom atendimento, um bom acolhimento, um bom serviço prestado [...] que estão sempre preocupados com a questão do atendimento a paciente [...] acho que é excelente, algo que o ser humano necessita (SUJEITO B).

[...] o que elas procuram é o melhor atendimento, é isso que elas vão encontrar aqui [...] quando tá aberta, elas são atendidas, e o acesso é excelente. Já tive amigas que falaram muito bem, quando foram atendidas na MEAC (SUJEITO B’).

[...] em pleno atendimento, todas têm direito ao acesso... (SUJEITO C).

Quando a MEAC está funcionando no que se convencionou chamar de pleno atendimento, condição pouco comum, fica evidente o acesso da gestante ao leito

obstétrico, ao acolhimento humanizado, às boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, bem como a prevenção e redução da morbimortalidade materna e perinatal. De fato, trata-se da missão da MEAC “realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido” e o seu compromisso com a vida (EBSERH, 2017, p. 11).

Qualquer cidadão, principalmente, a gestante, tem o direito fundamental de usufruir dos serviços ofertados pelo SUS, para sua proteção e recuperação do bem-estar. É um direito à sobrevivência, à vida, consagrado, no *caput* do artigo 5º do texto constitucional, como direito irrenunciável e absoluto, no qual a vida e a saúde são, intimamente, valores irrefutáveis à existência humana (BRASIL, 2003).

Logo, a garantia de acesso dessas pacientes está imposto no regramento constitucional, e a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, organizadas para suprir as necessidades da população; não se trata, pois, de compromisso da MEAC tão-somente a prestação de tal assistência.

Quando a MEAC está funcionando na modalidade de atendimento restritivo, o acesso da gestante foi apontado como insatisfatório, ficando condicionado às medidas adotadas pelos profissionais da unidade de urgência e emergência, que naquele momento, podem ofertar assistência hospitalar às pacientes com intercorrências ginecológicas e obstétricas de até 20 semanas de gestação, e, com menor frequência, às gestantes acima de 37 semanas.

É, eu acho que já complica um pouco, dificulta, mas não impede completamente. Isso dependendo da equipe, da situação de cada gestante naquele momento [...]. Assim, uma mãe, já em pleno trabalho de parto, se chegar aqui, mesmo em restrição, às vezes a gente ainda consegue aceitar, né, alocar essa mãe aqui, mesmo em restrição... (SUJEITO A).

Direito [ao acesso à saúde] é ruim, por que eles, às vezes, examinam e outras vezes não (SUJEITO C”).

Quando o atendimento está restrito, a gestante não vai ter esse acesso. Então, aí, complica: o fato de que a própria equipe da emergência não gosta de negar o atendimento, de mandar ela voltar. O que acontece, muitas vezes, é que é atendida e explicado que não vai ter como ficar na casa devido à superlotação e, em outras situações, caso fiquem, o NIR solicita transferência na central de leitos e faz a busca de vagas em outro hospital (SUJEITO B).

Os profissionais da unidade de urgência e emergência devem observar a orientação do atendimento restritivo e selecionar as pacientes que serão admitidas na maternidade naquele momento. Sendo-lhes garantida autonomia para determinar o internamento de pacientes nos casos que julguem necessário.

Nessa ocasião, percebe-se que a mulher em processo de parturição, às vezes, consegue uma vaga de leito obstétrico na MEAC. Evidentemente que as demais, na mesma situação, e outras que requeiram tratamento de intercorrências gestacionais, possivelmente, não tenham a garantia do seu direito à saúde.

A situação se torna mais dramática, quando a unidade de urgência e emergência fica sem atendimento, por razões semelhantes ao do atendimento restrito, somada à composição incompleta da equipe médica, sobretudo, no Centro Obstétrico e unidade de urgência e emergência, identificada na etapa de observação de campo.

O fato é que a mulher não obtém o acesso à MEAC, e conseqüentemente, não tem assegurado o seu direito à saúde, que na aceção dos profissionais entrevistados, só traz prejuízos à paciente.

Aí, é negado, é negado um direito a ela... ela fica, digamos assim, impotente, porque é [o] sistema que causa uma barreira, para que ela possa ser atendida... A paciente fica frustrada, desprotegida, e não sente segurança, pois o atendimento está bloqueado... aí, ela não tem o acesso (SUJEITO B').

Péssimo. Apesar de saber que a neonatologia não tem condições [...] Na verdade, a gente tem que garantir para essa gestante, o atendimento tanto para gestante quanto para o recém-nascido [...] A gente sabe é que a maternidade é uma referência para todo o estado do Ceará, onde as mulheres que vêm do interior acabam ficando com o acesso muito limitado, porque, quando a maternidade fecha, acaba canalizando o atendimento para o HGF e César Cals; acaba superlotando essas emergências e o atendimento vai ficando mais comprometido [...] Então, eu acredito que esse fechamento só traz prejuízos (SUJEITO C).

É mais complicado de se promover o acesso dessa forma... Mas a ordem da direção é negar atendimento, negando até nos casos regulados através da central de regulação do município. Enfim, plenamente sem acesso (SUJEITO A').

Direto [ao acesso à saúde] é péssimo...é direito dela, que desse a oportunidade do médico examinar ela, se tiver condições internava, se não, procurasse outro hospital para ela (SUJEITO C'').

Nesse sentido, fica claro que MEAC nega o direito ao acesso da gestante, a partir do momento que a unidade de urgência e emergência opera com restrição de atendimento e sem atendimento, configurando-se conduta anticonstitucional, amoral e contra a vida da mãe e do seu concepto. Ademais, é flagrante a contradição inevitável, nessas circunstâncias, no discurso oficial da MEAC de ter a missão de “realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido” e o “compromisso com: a vida; o acolhimento das pessoas; a formação para o cuidado em saúde [...]” (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2017, p. 11).

Durante a etapa de observação de campo, verifica-se que a decisão das modalidades de funcionamento da unidade de urgência e emergência parte de gestores da maternidade, principalmente, após o NIR publicar o Relatório de Ocupação Hospitalar (ANEXO C), e sempre que acharem necessário.

Essa decisão é comunicada, rotineiramente, por meio de mensagem de texto, via *whatsapp*, ao NIR. Os integrantes deste núcleo, sobretudo, os enfermeiros, assumem a responsabilidade de transmitir a informação aos profissionais das unidades assistenciais, inclusive, os da unidade de urgência e emergência, ainda que de forma verbal, sem emitir qualquer documento formal.

O NIR, ao participar do processo que resulta na restrição de atendimento e no *status* sem atendimento na unidade de urgência e emergência, mesmo que, apenas como porta voz da informação, fende o pilar basilar de promoção do acesso do paciente à assistência hospitalar.

Essas modalidades de atendimento definidas pelos gestores da MEAC impactam negativamente as práticas de regulação do NIR, apontadas no próprio Regimento Interno, como fundamentais para a igualdade no acesso e integralidade da assistência (UFC, 2019).

Para restabelecer o pleno direito ao acesso da gestante à saúde na MEAC, o NIR deve, diariamente, promover a saída rápida de recém-nascidos e bebês da UTIN com o máximo de transferências inter-hospitalares possíveis, caso contrário, a superlotação limita o acesso das gestantes e as práticas de regulação do núcleo em estudo.

Portanto, resta admitir que, na MEAC, o acesso da gestante à saúde é um direito condicionado tanto ao número de vagas para sua própria internação, quanto ao número de pacientes que ocupam a UTIN e dos seus respectivos pontos de gases

medicinais disponíveis, muito distante, portanto, do que apregoa a Constituição Federal de 1988 e da lei que regulamenta todos os direitos relativos à saúde, especificamente neste caso, os da gestante e de seu recém-nascido (Leis Nº 8.080/90 e Lei Nº 8.069 de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente).

O direito à saúde, fundamental, essencial à dignidade humana transforma-se em direito condicionado. Com isso, afirma-se, por consequência, que o NIR da maternidade não consegue com suas práticas de regulação garantir o pleno o direito à saúde da gestante, quando a unidade de urgência e emergência opera em atendimento restritivo e sem atendimento.

6 CONCLUSÃO

Este momento do estudo consolida o esforço investigativo na direção de avaliar se a dinâmica operacional do Núcleo Interno de Regulação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand é capaz de dar concreção ao direito à saúde da gestante que nela ingressa, quer por intercorrências gravídicas, quer por realização do parto.

Com base nos resultados das pesquisas documental, de campo (observação, entrevista) e bibliográfica e nas discussões desenvolvidas ao longo do texto, serão, aqui, sintetizadas reflexões acerca das práticas de regulação do NIR, e de como opera este mecanismo de acesso ao direito constitucional à saúde da mulher e da criança nas condições específicas de saúde (gestação, parto, nascimento e suas intercorrências).

Cabe iniciar as reflexões destacando que o NIR da MEAC gerencia os 115 leitos de internamento da obstetrícia clínica, obstetrícia cirúrgica, ginecológica e mastológica. Já os 60 leitos da UTI materna, UTIN, UCINCo, UCINCa não são administrados pelo núcleo, e, sim, pelos profissionais das respectivas unidades, o que impacta negativamente as práticas de regulação na maternidade, principalmente, quando os leitos da UTIN limitam o acesso da gestante neste serviço de saúde e, conseqüentemente, a sua ocupação nos leitos gerenciados pelo núcleo de regulação.

Desse modo, o NIR não assume o controle de todos os leitos da MEAC, e, portanto, não centraliza, nem uniformiza o modo de atendimento à demanda de novas admissões e de transferências internas entre as unidades, que é sua função regular.

Dentre as unidades que mais requisitaram leitos ao núcleo de regulação estão a Sala de Recuperação Pós-Anestésica, aproximadamente 41,2% das demandas, seguida do Centro de Parto Normal (28,5%) e a unidade de urgência e emergência (18,6%). Os leitos mais solicitados foram da obstetrícia clínica, cerca de 56,5% dos casos, e da obstetrícia cirúrgica com 29,2%, enquanto os leitos da ginecologia e mastologia representaram, respectivamente, 12,5% e 1,8%.

Quanto ao tempo médio de espera pelo leito, a Sala de Recuperação Pós-Anestésica obteve a resposta do NIR em cerca de 21min04s, o Centro de Parto Normal, 21min13s, e a unidade de urgência e emergência, 43min15s. As duas primeiras unidades concentraram suas demandas nos leitos da obstetrícia cirúrgica e obstetrícia clínica, respectivamente. Já a unidade de urgência e emergência, com o dobro do tempo de espera em relação às demais, focou

também nos leitos da obstetrícia clínica, especificamente, nos que ficam internadas as gestantes, diferentemente do Centro de Parto Normal, que ocupou mais os leitos do puerpério.

Embora o tempo de espera pelo leito não seja muito elevado, a unidade de urgência e emergência da MEAC adota o atendimento restritivo, que se aplica às pacientes com intercorrências ginecológicas e obstétricas de até 20 semanas de gestação, e, com menor frequência, às gestantes acima de 37 semanas. Outra situação ainda mais dramática verifica-se quando a unidade de urgência e emergência fica sem atendimento. Nessas circunstâncias, nenhuma paciente deve ingressar na maternidade, com exceção da mulher e do seu concepto em risco iminente de vida.

O próprio censo diário de acolhimento com classificação de risco da emergência da MEAC revelou que, entre agosto de 2016 e setembro de 2019, os modos de atendimento restritivo e sem atendimento, adotados pela unidade de urgência e emergência da MEAC, são, de fato, uma prática rotineira, existindo mês em que a unidade funcionou na sua plenitude por apenas 10 dias.

O livro de ocorrência dos profissionais do NIR mostrou que, naquele mesmo período, a unidade de urgência e emergência operou com o *status* sem atendimento, porém o censo diário de acolhimento com classificação de risco da emergência da MEAC não registrou esse *status* e contabilizou, de 2018 a 2019, apenas, o dado de atendimento com restrição. Portanto, esse sub-registro oculta dados dos últimos dois anos da unidade de urgência e emergência, quando esta operou na modalidade sem atendimento.

Como foi amplamente discutido ao longo deste trabalho, essas modalidades de atendimento decorrem, principalmente, da impossibilidade de receber mais recém-nascidos na UTIN da MEAC, em razão de sua superlotação e indisponibilidade de pontos de gases medicinais. Logo, as mulheres que não se encaixarem no perfil de atendimento daquele momento, possuem dificuldades de realizar o seu parto na maternidade e são, então, orientadas a buscar outro hospital, violando, pelo menos parcialmente, o direito do cidadão à saúde apregoado na Constituição Federal de 1988.

É sabido que o sistema público de saúde está sucateado e essas modalidades de atendimento, definidas pelos gestores da MEAC, aumentam o sofrimento da gestante que necessita de vaga de internamento hospitalar em Fortaleza e

sobrecarregam os outros estabelecimentos de saúde que permanecem ativos e assumem toda a demanda remanescente.

Por outro lado, o excesso de ocupação na UTIN interfere no controle da infecção hospitalar, compromete a manutenção das diretrizes do MS de organizar o ambiente de forma integral e humanizada ao RN, por meio do controle de ruído e som, temperatura, posicionamento do bebê e da utilização de tratamento menos estressante (BRASIL, 2012a). Além disso, o funcionário fica mais vulnerável aos riscos físicos, químicos, biológicos e psíquicos (MIRANDA; STANCATO, 2008).

O NIR, com o objetivo de diminuir a superlotação da UTIN e promover o acesso da mulher à maternidade, empregou a estratégia de transferir RNs e bebês para outros hospitais que possuíam o mesmo perfil de leito, contabilizando, entre agosto de 2016 e dezembro de 2019, 424 transferências. Os principais hospitais de destino foram o Hospital Waldemar de Alcântara e o Hospital e Maternidade Zilda Arns Neumann, ambos localizados em Fortaleza.

Na avaliação dos profissionais menos experientes da categoria A, B, C, essas transferências inter-hospitalares de neonatos e bebês ocorreram para que outros recém-nascidos pudessem, quando necessário, ocupar as vagas. Para os mais experientes, a desocupação ocorreu em virtude do NIR gerenciar a alta hospitalar do paciente na maternidade.

De fato, os profissionais menos experientes da categoria A, B, C, são coerentes, quando afirmam que a transferência inter-hospitalar de neonato e bebê, adotada pelo NIR, desde 2016, provoca uma desocupação hospitalar e uma rotatividade dos leitos de UTIN, visto que a taxa de ocupação desta unidade se manteve acima de 100%, até dezembro de 2019, com exceção do mês de setembro, em 2016, que foi de 98,4. Além disso, de 2016 a 2019, ocorreram em média 71 admissões mensais de RNs na unidade intensiva neonatal, que tiveram tempo médio de internamento de 11,91 dias, na qual comporta apenas 21 bebês.

Daí, conclui-se que o recurso da transferência neonatal e de bebê não é suficiente para permitir que a MEAC garanta à gestante o pleno direito ao acesso à saúde, extensivo ao seu filho, sujeito igualmente detentor de tal direito. A transferência neonatal e de bebê não dá fim, embora até possa minimizar, as restrições (atendimento obstétrico sob critérios, seletividade) ou as negativas (sem atendimento) de acesso ao direito à saúde para as mulheres que recorrem à MEAC.

Da mesma forma, ocorreram as transferências inter-hospitalares obstétricas, prescritas de forma discricionária, pelos médicos da unidade de urgência e emergência da MEAC, motivada, também, pela ausência de fluxo que padronize os perfis de gestantes passíveis de transferência. Entre agosto de 2016 e dezembro de 2019, foram solicitadas 4106 transferências obstétricas, que resultaram em: 2385 (58,1%) gestantes transferidas, 95 (2,3%) altas médicas, 249 (6,1%) desistências e 1377 (33,5%) internamentos.

Cerca de 1377 pacientes com solicitações de transferências obstétricas não foram atendidas pela CIRFOR, o que coaduna com o estudo de Melo (2014), que descreve o perfil das mulheres, em Fortaleza, com dificuldades de acesso ao leito obstétrico no momento do parto, que dá conta de que a busca de vaga pela central de regulação não atendeu, suficientemente, às necessidades das mulheres com problemas de acesso à assistência hospitalar durante o processo de parturição. Foi o núcleo de regulação que assumiu a responsabilidade de prover leito na MEAC para as 1377 pacientes.

Na realidade, as 33,5% das solicitações de transferências inter-hospitalares obstétricas não atendidas pela CIRFOR, contrariam o modelo de “vagas sempre” e a garantia da continuidade da assistência em outro hospital, determinados tanto pela RC quanto pelas Diretrizes Clínicas de Atenção à Gestante do município. Além disso, cerca de 249 pacientes desistiram de aguardar a transferência e buscaram outra unidade hospitalar, e junto a estas, somam-se as demais gestantes que, possivelmente, não conseguiram ingressar na maternidade.

Constata-se, portanto, que a transferência inter-hospitalar obstétrica também não impediu o atendimento restritivo e o *status* sem atendimento da unidade de urgência e emergência, em razão, inclusive, da CIRFOR não haver atendido todas as demandas de transferências requisitadas pelo NIR, culminando, conseqüentemente, na decisão – inevitável: é necessário reconhecer – dos gestores de definir a condição de atendimento e negar o pleno direito à saúde das gestantes.

O fato é que a mulher com intercorrência gravídica ou em processo de parturição não tem garantido incondicionalmente o seu direito à saúde na MEAC, mesmo que a Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos e, mais recentemente, o Programa Rede Cegonha defendam o bem-estar da mulher e seu inalienável direito à saúde, previstos no texto constitucional – este

acima de todas as leis e políticas públicas. E, não esqueçamos o Estatuto da Criança e do Adolescente, que, ao tratar dos direitos fundamentais, traz no “Capítulo I – Do Direito à Vida e à Saúde”, de forma explícita, como um também direito da criança que seja assegurado a sua mãe, no curso de sua gestação, por meio do SUS, o atendimento pré e perinatal.

Flagra-se também contradição inevitável no discurso oficial da MEAC de ter a missão de realizar assistência com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido e o compromisso com a vida, à medida que as gestantes, comumente, encontram barreiras de acesso que a impedem de efetivar o seu direito pleno ao atendimento.

Logo, os profissionais da unidade de urgência e emergência da MEAC, ao observarem a orientação do atendimento restritivo e sem atendimento, selecionam as pacientes que serão admitidas na maternidade naquele momento. Desta forma, a maternidade não promove excelência no cuidado à saúde da gestante e do seu recém-nascido, à medida que, conforme salienta Mendes (2011), o cuidado centralizado na pessoa, a segurança do paciente, a eficiência e a equidade no cuidado são requisitos básicos para um serviço de qualidade (MENDES, 2011).

Uma assistência com excelência inicia-se com a promoção do acesso à saúde, garantida na CF de 1988 como direito de todos e um dever do Estado; é também um direito fundamental de todo cidadão que visa à garantia estatal da dignidade humana.

Resta admitir que o acesso da gestante à saúde na maternidade é um direito condicionado ao número de pacientes que ocupam a UTIN e dos respectivos pontos de gases medicinais disponíveis na unidade. E, embora o NIR desempenhe suas práticas de regulação, com o gerenciamento dos leitos, transferências internas e externas de gestantes e crianças, não garante o pleno funcionamento da unidade de urgência e emergência, e, portanto, também não garante o direito pleno à saúde da gestante que nela ingressa ou que a ela direciona sua demanda por atendimento.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovanni Gurgel. **A saúde no Brasil**: cartografia do público e do privado. Campinas: Hucitec, 2006.

AFONSO, Luís Eduardo. **Um estudo dos aspectos distributivo da previdência social no Brasil**. 2003. Tese (Doutorado em Economia) – Departamento de Economia, Universidade de São Paulo, 2003.

AGUIAR, Adriana Sousa Carvalho de *et al.* Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enf.**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 428-435, 2012.

AGUILAR, Maria José; ANDER-EGG, Ezequiel. **Avaliação de serviços e programas sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 31.

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. **Responding to emergency department crowding**: A guidebook for chapters. A report of the crowding resources task force, 2002. Disponível em: <http://www.acep.org/library/pdf/edCrowdingReport.pdf>. Acesso em: 20 ago.2020.

ASENSI, Felipe Dutra. **Direito à saúde**. Práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação. Curitiba: Juruá, 2013. p. 140.

ATENDIMENTO na emergência da MEAC foi regularizado. **NOTA MEAC**, Fortaleza, 8 mar. 2017. p. 1. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/noticias/-/asset_publisher/JYdUOrTtibKl/content/id/1887405/2017-03-atendimento-na-emergencia-da-meac-foi-regularizado. Acesso em: 19 set. 2020.

BALDWIN, Robert; CAVE, Martin. **Understanding regulation**: theory, strategy and practice. New York: Oxford university, 1999. p. 9-17.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias. **História das políticas de saúde no Brasil**: a trajetória do direito à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

BARRETO JÚNIOR, Irineu Francisco; SILVA, Zilda Pereira da. Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 47-56, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24778.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00009.pdf>_Acesso em: 10 mar. 2020.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 47. (Biblioteca básica de serviço social, v. 2).

BRASIL. Lei Nº 6439, de 1 de setembro de 1977. Institui o sistema nacional de previdência e assistência social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 set. 1977. Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.

BRASIL. Lei Nº 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 União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei Nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Lei Nº 9656, de 3 de junho 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jun. 1998a.

BRASIL. Lei Nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 ago. 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma operacional da assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1101, de 12 de junho de 2002. Parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jan. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2.ed. Brasília, DF: MS, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria Nº 423, de 09 de julho de 2002. Das atribuições gerais do secretário de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria Nº 729, de 14 de outubro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2002d.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, DF: MS, 2006a, p. 170-17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 fev. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2006c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2007a.

BRASIL. Lei Nº 11634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1559, de 01 de agosto de 2008. Política nacional de regulação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010a, p. 88.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão 2005-2010**: principais realizações. Brasília, DF: Anvisa, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de orientações sobre o transporte neonatal. Brasília, DF: MS, 2010c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_transporte_neonatal.pdf. Acesso em: 1 fev. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2011a.

BRASIL. Decreto Nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do sistema único de saúde, a rede cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília, DF: MS, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual técnico operacional do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e órteses, próteses e materiais especiais do SUS**. Brasília, DF: MS, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidade neonatal no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 maio 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Taxa de ocupação operacional geral**. Brasil: MS, 2012b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-01.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3390, de 30 de dezembro de 2013. Política nacional de atenção hospitalar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no sistema único de saúde**. Brasília, DF: MS, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da RAS**. Brasília: MS, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Consulta pública SAS Nº 6, de 12 de março de 2014**. Nota técnica seção A – Atenção hospitalar (leitos e internações), parâmetros assistenciais do SUS. Brasília, DF: MS, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação do sistema único de saúde**. Brasília, DF: MS, 2016. p. 7-227.

BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço de Vigilância em Saúde. **Sistema de informação de nascidos vivos**. Brasília, DF: DATASUS, 2017a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 2 ago. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Nota técnica de impacto regulatório**. Brasília, DF: ANS, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 set. 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde. **Consulta por estabelecimento**. Brasília, DF: DATASUS, 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde**. Brasília: DATASUS, 2019a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>_ Acesso em: 1 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde. **Consulta por estabelecimento**. Brasília: DATASUS, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde. **Consulta por estabelecimento**. Brasília, DF: DATASUS, 2020.

BRITO, Ivana, HADDAD JUNIOR, Hamilton. A formulação do conceito de homeostase por Walter Cannon. **Filosofia e história da biologia**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 99-113, 2017.

BUSQUETS; Adriana Consoni *et al.* **Estudos sobre regulação financeira**. Brasília, DF: Banco Central do Brasil, 2017. p. 11-15.

CAETANO, Marcelo Abi-Ramia. **Economias de escala e escopo na previdência complementar fechada brasileira**. São Paulo: IPEA, 2014. p. 10.

CANGUILHEM, Georges. **Régulation épistémologie**. Paris: Encyclopaedia universalis France, 1968. Disponível em: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/regulation-epistemologie/>. Acesso em: 9 out. 2020.

CARVALHO, Jose Murilo. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora civilização brasileira, 2006. p. 206.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luíza de Souza; GOMES, Vera Lúcia Batista. Crise do capital e desmonte da seguridade social: desafios (im)postos ao serviço social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 130, p. 447-466, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n130/0101-6628-sssoc-130-0447.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2020.

CASTRO, Janice Dornelles de. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 122-135, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a05n7.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2020.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Plano estadual de saúde do Ceará 2016 – 2019**. Fortaleza: SESA, 2016.

CFM. Em quatro anos, sistema único de saúde perde 14,7 mil leitos de internação. **Revista de Medicina**, Brasília, DF, n. 238, p. 1-12, 2014. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25153:emq_uatro_anos-sus-perde-147-mil-leitos-de-internacao&catid=3. Acesso em: 9 abr. 2019.

CHEGAM a treze as mortes de bebês em maternidade escola no Ceará. **Folha de São Paulo**, São Paulo, p. 1, 12 jun. 2002. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1206200235.htm>. Acesso em: 9 abr. 2019.

CONASS. **Nota Técnica Nº 24, de 24 de setembro de 2013**. Política nacional de atenção hospitalar. Brasília, DF: CONASS, 2013.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Mudanças no financiamento da saúde**. Brasília: CNM, 2018.

CORREA, Karina Ambrozio. **Direito à saúde: a responsabilidade do estado e a judicialização da saúde**. 2017. Monografia (Graduação em Direito) – Departamento de Direito, Faculdade do Norte Novo de Apucarana, Apucarana, 2017. Disponível em: <https://facnopar.com.br/conteudo-arquivos/arquivo-2017-06-14-14974729091845.pdf>. Acesso em: 9 maio. 2020.

COSTA, Frederico Lustosa. **Reforma do estado e contexto brasileiro: crítica do paradigma gerencialista**. Rio de Janeiro: FGV, 2010. p. 256.

COUTO, Rossini Alves. **Roteiro para atuação ministerial: atenção perinatal**. Paraná: Ministério Público do Paraná, 2012. Disponível em http://www.mpba.mp.br/atuacao/saude/acoesinterativas/roteiro_de_atuacao_atencao_perinatal_2012.pdf. Acesso em: 9 dez. 2019.

CUNHA, Fernando Lopes de Souza da. A aplicação da aliança logística: estudo de caso em hospitais da Universidade Federal do Ceará. **Revista Ciências Administrativas**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 132-151, 2003.

DEFICIT recua, mas Ceará ainda precisa de 200 leitos de UTI. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 18 jan. 2020. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/deficit-recua-mas-ceara-ainda-precisa-de-200-leitos-de-uti-1.2199971>. Acesso em: 15 dez. 2019.

DINIZ, Simone Grilo *et al.* **Violência obstétrica como questão de saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção**. Journal of human growth and development, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em: 15 dez. 2019.

DI PIETRO; Maria Silvia Zanella. **Direito regulatório: temas polêmicos**. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2004.

EBSERH. Contrato Nº 1, 26 de novembro de 2013. Contrato de gestão especial entre a Universidade Federal do Ceará e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 dez. 2013, p. 68.

EBSERH. **Plano diretor estratégico 2018-2020**: Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza: EBSERH, 2017.

EBSERH. Gerência de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 30, de 16 de agosto de 2016**. Fortaleza: EBSERH, 19 ago. 2016. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/214604/895359/Boletim+de+servi%C3%A7o_n%C2%BA+29_19+de+agosto+de+2016.pdf/83ff9659-d545-41f3-8e3f-121baae7f1b3_. Acesso em: 15 nov. 2019.

EDUARDO, Ítalo Romano; EDUARDO, Jeane Tavares Aragão; TEIXEIRA, Amauri Santos. **Curso de direito previdenciário**: teoria, jurisprudência e mais de 900 questões. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 9.

EMERGÊNCIA da MEAC está fechada. **Nota da MEAC**, Fortaleza, p. 1, 13 abr. 2016. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/noticias/-/asset_publisher/JYdUOrTtibKl/content/id/1085272/2016-04-emergencia-da-meac-esta-fechada-temporariamente. Acesso em: 1 jul. 2019.

EMERGÊNCIA da MEAC volta a funcionar normalmente. **Nota da MEAC**, Fortaleza, p. 1, 28 abr. 2016. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/noticias/-/asset_publisher/JYdUOrTtibKl/content/id/1109763/2016-04-emergencia-da-meac-volta-a-funcionar-normalmente. Acesso em: 1 jul. 2019.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria da Saúde do Estado do Espírito Santo. **Diretrizes para padronização de nomenclatura e indicadores do monitoramento assistencial dos contratos de gestão com organizações sociais de saúde**. Vitória, ES: SESA, 2018.

ESTADO do Ceará tem deficit de 258 leitos de UTI neonatal. **Jornal Tribuna do Ceara**, Fortaleza, p. 1, 13 set. 2018. Disponível em: <https://tribunadoceara.com.br/noticias/eleicoes-2018/ceara-precisa-de-258-leitos-de-utis-neonatais-a-mais-para-atender-demanda-de-todo-o-estado/>. Acesso em: 1 jul. 2020.

FAMÍLIAS de bebês mortos em maternidade no Ceará vão receber indenização. **Notícia MPF do CEARÁ**, Fortaleza, 2008. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/ce/sala-de-imprensa/noticias-ce/ufc-condenada-a-indenizar-familias-de-bebes-mortos-em-maternidade>. Acesso em: 20 fev. 2020.

FARIAS, Sidney Feitosa; GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas; COSTA, André Monteiro. Qualificação dos gestores do SUS. *In*: GRABOIS, Victor; MENDES JUNIOR, Walter Vieira; GONDIM, Roberta. **A regulação no setor público de saúde**: um processo em construção. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 399-413.

FARO, Clovis de *et al.* **Previdência social no Brasil: diagnósticos e sugestões de reforma.** Rio de Janeiro: FGV, 1993.

FERREIRA, Alzenir Morais. **Sistema de custos para os hospitais públicos municipais:** estudo no Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana. 2008. Dissertação (Mestrado Profissional em Controladoria) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008. Disponível em: http://www.ppac.ufc.br/images/Corpo_Discente_-_Mestrado_Profissional/alzenir_morais_ferreira_2008.pdf. Acesso em: 19 abr. 2020.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Direitos humanos fundamentais.** 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

FIOCRUZ. Ministério da Saúde. **Projeto avaliação do desempenho do sistema de saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019.

FONSECA, João José Saraiva. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UECE, 2002.

FORTALEZA. Câmara Legislativa Municipal de Fortaleza. **Requerimento Nº 0668, de 19 de fevereiro de 2019.** Transcrição para anais da Câmara Legislativa Municipal de Fortaleza, da matéria O Povo, de 18 de fevereiro de 2019. Fortaleza: Câmara Legislativa Municipal de Fortaleza, 2019b. Disponível em: <https://sapl.fortaleza.ce.leg.br/media/sapl/public/materialegislativa/2019/47268/re06682019.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2019.

FORTALEZA. Célula de Sistemas de Informação e Análise em saúde. **Relatório de nascidos vivos 2019 em Fortaleza.** Fortaleza: SMS, 2019a. Disponível em: <http://tabnet.sms.fortaleza.ce.gov.br/scripts/tabcgi.exe?nascido.def>. Acesso em: 29 mar. 2019

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Instituto de Planejamento de Serviço. Fortaleza 2040. **Revista IPLANFOR**, Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 1-183, 2015. Disponível em: https://fortaleza2040.fortaleza.ce.gov.br/site/assets/files/publications/fortaleza2040_iniciando_o_dialogo_17-08-2015.pdf. Acesso em: 15 jun. 2019

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes clínicas da atenção a gestante:** assistência pré-natal. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2016.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza 2018 – 2021.** Fortaleza, 2017. p. 17.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria Nº 261, de 18 de setembro de 2012. Implanta a vinculação da gestante dos centros de saúde para as maternidades de Fortaleza. **Diário Oficial Municipal**, Fortaleza, 19 out. 2012.

GELIS FILHO, Antônio. Análise comparativa do desenho normativo de instituições reguladoras do presente e do passado. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 589-613, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 42.

GIOVANELLA, Ligia. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

HABERMAS, Faktizität und Geltung. **Direito à saúde**: compêndio. Belo Horizonte: Fórum, 2008, p. 22.

HOUAISS, Antônio. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010. p. 666.

IBGE. **Características da população de Fortaleza**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>. Acesso em: 14 fev. 2019

IBGE. **Estudo de estatística teórica e aplicada**. Rio de Janeiro: IBGE, 1955.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018a.

IBGE. **VI Recenseamento geral do Brasil**: censo demográfico. Rio de Janeiro: 1951.

KEYNES, John Maynard. **A teoria geral do emprego, do juro e da moeda**. São Paulo: Atlas, 1992, p. 63.

KONDER, Mariana Teixeira. **Regulação assistencial e atenção hospitalar na rede de atenção às urgências e emergências**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

LANSKY, Sonia *et al.* Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 192-207, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

LUNO, Antonio Enrique Perez. **Los derechos fundamentaes**. 9. ed. Madri: Tecnos, 2007. p. 46.

MACHADO, Cristiani Vieira. **Direito universal e política nacional**: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

MACHADO, Cristiane Vieira. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900019. Acesso em: 10 mar. 2020.

MACHADO, Felipe Galvão. **Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no estado brasileiro**: forma política-jurídica no capitalismo contemporâneo. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-23102017-181735/publico/FelipeGalvaoMachadoORIGINAL.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes**: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2006.

MALTHUS, Thomas Robert. **Princípios de economia política**: e considerações sobre sua aplicação prática. Tradução de Regis de Castro Andrade; Dinah de Abreu Azevedo; Antônio Alves Cury. São Paulo: Nova Cultural, 1996. p. 184.

MALTHUS, Thomas Robert. **Teoria populacional malthusiana**. França: Encyclopaedia universalis, 1978.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003. p. 192.

MARINHO, Alexandre. **A crise do mercado de planos de saúde: devemos apostar nos planos populares ou no SUS?** Brasília, DF: Ipea, 2017. p. 55-84.

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo. **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABRES; MS; OPAS, 2016.

MARTINS, Maria do Perpétuo Socorro Parente *et al.* Implantação do novo modelo de gestão hospitalar pública através da organização social. *In*: CONGRESSO DE GESTÃO PÚBLICA, 2., 2009, Brasília. **Anais [...]**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração, 2009. Disponível em: <https://consad.org.br/wp-content/uploads/2013/02/IMPLANTA%C3%87%C3%83O-DO-NOVO-MODELO-DE-GEST%C3%83O-HOSPITALAR-P%C3%9ABLICA-ATRAV%C3%89S-DA-ORGANIZA%C3%87%C3%83O-SOCIAL1.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MASCARENHAS, Neil Patrick. **Análise de um processo em construção**: regulação da saúde suplementar no Brasil. 2007. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MEAC. **Censo diário de acolhimento com classificação de risco**: emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza: MEAC, 2016b.

MEAC. **Censo diário de acolhimento com classificação de risco:** emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza: MEAC, 2017b.

MEAC. **Censo diário de acolhimento com classificação de risco:** emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza: MEAC, 2018b.

MEAC. **Censo diário de acolhimento com classificação de risco:** emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza: MEAC, 2019b.

MEAC. **Nossa história.** Fortaleza: MEAC, [2020]. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/nossa-historia>. Acesso em: 20 set. 2020.

MEAC. **Relatório institucional assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand 2015.** Fortaleza: MEAC, 2015. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/0/Relat%C3%B3rio+MEAC+2015+final.pdf/389f7aa6-2c8a-42cd-8550-59ba2297733f>. Acesso em: 14 jul. 2019.

MEAC. **Relatório institucional assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand 2016.** Fortaleza: MEAC, 2016a. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1758796/Relat%C3%B3rio+Institucional+Assistencial+GAS-MEAC+2016++-NOVA+CAPA.pdf/4cfd2d3a-94a4-432b-8035-32cc8bf94305>. Acesso em: 14 jul. 2019.

MEAC. **Relatório institucional assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand 2017.** Fortaleza: MEAC, 2017a. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/2794244/Relat%C3%B3rio+Institucional+Assistencial+Todo+200318.pdf/bbbd5e29-2b3b-40ef-9002-0939540994ef>. Acesso em: 14 jul. 2019.

MEAC. **Relatório institucional assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand 2018.** Fortaleza: MEAC, 2018a. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/2794244/Relat%C3%B3rio+Institucional+Assistencial+06.05.19.pdf/889d7af0-4346-46dc-a4ba-476b92b25680>. Acesso em: 14 jul. 2019.

MEAC. **Relatório institucional assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand 2019.** Fortaleza: MEAC, 2019a. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/4831604/PRODU%C3%87%C3%83O+ASSISTENCIAL+ANUAL16012020.pdf/1975c280-3238-484f-980c-1216fd95c994>. Acesso em: 10 jun. 2020.

MEAC. Sistema de gestão da qualidade. **Fluxo de transferência interna do paciente.** Fortaleza: MEAC, 2017c.

MELO, Adriana Lopes. **Perfil de mulheres com dificuldade de acesso hospitalar no momento do parto em Fortaleza-CE, no contexto da rede cegonha.** 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, 2015.

MENDES, Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 86.

MENDONÇA, Claunara Schilling; REIS, Afonso Teixeira; MORAES, José Carlos de. **A política de regulação do Brasil**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

MILAN, Luís Fernando; MALUF, Mônica Maia Bonel. Reforma administrativa. In: GIOVANNI, Geraldo; NOGUEIRAS, Marco Aurélio. **Dicionário de políticas públicas**. 2. ed. São Paulo: Unesp; Fundap, 2015. p. 838-842.

MILLS, Charles Wright. **A imaginação sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método, criatividade**. 28. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2005. p. 71-72.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, Érique José Peixoto de; STANCATO, Kátia. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: proposta de abordagem integral da saúde. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 68-76, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n1/a11v20n1.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2019.

MOSSIALOS, Elias; THOMSON, Sarah. **Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy**. London: LSE health, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/45348106_Regulating_Private_Health_Insurance_in_the_European_Union_The_Implications_of_Single_Market_Legislation_and_Competition_Policy. Acesso em: 29 nov. 2019.

OITO bebês morrem por infecção hospitalar no Ceará. **Estadão**, São Paulo, 11 junho 2002. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,oito-bebes-morrem-por-infeccao-hospitalar-no-ce,20020605p53093>. Acesso em: 14 out. 2019.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros teológicos**, Santa Catarina, v. 27, n. 61, p. 31-42, 2012. Disponível em: <https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189>. Acesso em: 10 jan. 2020.

OLIVEIRA, Evangelina X. G.; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Claudia. Territórios do sistema único de saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.

OLIVEIRA, Robson Rocha de. **Os conceitos de regulação em saúde no Brasil**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. p. 35. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02062010-153811/publico/RobsonRochadeOliveira.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2019.

OMS. **Constitution of the World Health Organization**. New York: OMS, 1948. p. 1. Disponível em <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2019.

OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2000**: melhorar o desempenho dos sistemas de saúde. Genebra: OMS, 2000.

ONU. **Declaração universal dos direitos do homem**. New York: ONU, 1948. p. 36. Disponível em: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf. Acesso em: 14 dez. 2019.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio 2015**. New York: ONU, 2015. p. 6.

PAIM, Jairnilson *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The lancet**, Amsterdam, p. 11-31, 2009. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do sistema único de saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. Cien. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014.

PECI, Alketa. Regulação/agências reguladoras. In: GIOVANNI, Geraldo; NOGUEIRAS, Marco Aurélio. **Dicionário de políticas públicas**. 2. ed. São Paulo: Unesp; Fundap, 2015. p. 867-871.

PEDROZA, Maria Alvani Dias; CAMPOS, Antônia do Carmo Soares; OLIVEIRA, Márcia Maria Coelho. Dano ocupacional na unidade de terapia intensiva neonatal: a percepção da enfermeira. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 17-24, 2006. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/13505/1/2006_art_madpedroza.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019.

PEREIRA FILHO, Luiz Tavares. Iniciativa privada e saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 35, n. 13, p. 109-116, 1999. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/eav/issue/view/715>. Acesso em: 12 maio 2019.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **A Reforma do estado dos anos 90**: lógica e mecanismos de controle. Brasília: Cadernos MARE da reforma do estado, 1997. p.18.

PERROT, Jean; CARRIN, Guy; EVANS, David. **Application of contracting in health systems**: key messages. Genova: World Health Organization, 2005.

PINHATA, Marisa Márcia Mussi; NASCIMENTO, Suely Dornellas do. Infecções neonatais hospitalares. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. 81-85, 2001. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001209244>. Acesso em: 19 jun. 2019.

PINHEIRO, Mônica de Souza *et al.* Infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva neonatal: há influência do local de nascimento? **Revista de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 6-14, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n1/02.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2020.

PRADO, Ana Paula Barroso de Salles Paiva. **Direito fundamental à saúde: direito social tratado como direito individual no Brasil**. 2012. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito do Sul e de Minas, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://www.fdsu.edu.br/mestrado/arquivos/dissertacoes/2012/01.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REIS, Otávia Míriam Lima Santiago. **O ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde: uma abordagem acerca do fundamento jurídico da cobrança**. Monografia (Graduação em Direito) – Departamento de direito, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2005. Disponível em: http://ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/monografia_ressarcimento_ao_sus.pdf. Acesso em: 22 out. 2019.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

RODRIGUES, Diego Pereira *et al.* A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 614-620, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 7-15, 2008.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Análises de conteúdo e trajetórias institucionais na avaliação de políticas públicas sociais: perspectivas, limites e desafios. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Juiz de Fora, v. 1, n. 16, p. 55-73, 2011. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/32454/1/2011_art_lcrodrigues.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

ROEMER, Milton Irwin. **National health systems of the world**. Nova York: Oxford University Press, 1991.

SALTMAN, Richard B; BUSSE, Reinhard. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector. *In*: SALTMAN, Richard B; BUSSE, Reinhard, Elias Mossialos. **European observatory on health care systems: regulating entrepreneurial behavior in european health care systems**. Philadelphia: Open University Press, 2002. p. 3-52.

SANTOS, Fausto Pereira; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no estado brasileiro: uma revisão. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SANTOS, Luciano Marques dos. **Análise da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2003.

SARLET, Wolfgang Ingo. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição da República de 1988**. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2002. p. 22.

SARMENTO, Daniel. **A ponderação de interesses na constituição**. Rio de Janeiro: Lúmen júris, 2000.

SILVA E SILVA, Maria Ozanira da. **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras Editora, 2001. p. 37-38.

SOARES, Vinícius Sabedot. Análise dos núcleos internos de regulação hospitalares de uma capital. **Einstein**, São Paulo, v. 15, n. 3, 339-343, 2017. Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-15-03-0339/1679-4508-eins-15-03-0339-pt.x74978.pdf. Acesso em: 22 maio 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. 15,9 mil leitos de internação pediátrica foram fechados no Brasil, nos últimos nove anos. **Revista da Sociedade Brasileira de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.10, p. 29, 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/159-mil-leitos-de-internacao-pediaticaforam-fechados-no-brasil-nos-ultimos-nove-anos/#>. Acesso em: 12 jun. 2020.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. Movimento da reforma sanitária brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/MovimentoReformaSanitaria.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2020.

SOUZA, Fernanda Oliveira de. A intervenção judicial como garantia da efetivação do direito à saúde: possibilidades e limites no caso dos medicamentos. **Direito & justiça**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 13-28, 2010. Disponível em:

http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2010_1/fernanda_souza.pdf. Acesso em: 27 set. 2019.

SOUZA, Renilson Rehem. O sistema público de saúde brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL – TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, 2002, São Paulo. **Anais eletrônicos** [...]. Brasília, DF: MS, 2003. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0149_M.pdf. Acesso em: 19 mar. 2020.

TEIXEIRA, Gracimary Alves. **Perfil de mães e o desfecho do nascimento prematuro ou a termo**. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

UFC. Gerência de Atenção à Saúde. Portaria Nº 30, de 16 de agosto de 2016.

Intranet, Fortaleza, CE, 19 ago. 2016. Disponível em:

http://www.ebserh.gov.br/documents/214604/895359/Boletim+de+servi%C3%A7o_n%C2%BA+2919+de+agosto+de+2016.pdf/83ff9659-d545-41f3-8e3f121baae7f1b3.

Acesso em: 21 nov. 2019.

UFC. Gerência de Atenção à Saúde. Regimento interno núcleo interno de regulação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. **Intranet**, Fortaleza, 2019. Disponível em:

http://www2.ebserh.gov.br/documents/214604/3820156/Boletim+de+Servi%C3%A7o_n%C2%BA+162_26+de+mar%C3%A7o+de+2019.pdf/76d0be58-79f6-40c2-a8f4-6c4a2c720e3b. Acesso em: 10 abr. 2020.

UTI neonatal do HGF tem quase o dobro da capacidade de pacientes. **OPovo**, Fortaleza, p. 1, 6 jul. 2017. Disponível em:

<https://www.opovo.com.br/noticias/fortaleza/2017/07/uti-neonatal-do-hgf-tem-quase-o-dobro-da-capacidade-de-pacientes.html>. Acesso em: 12 fev. 2019.

VAZQUEZ, Daniel Arias. Regulação federal. In: GIOVANNI, Geraldo; NOGUEIRAS, Marco Aurélio. **Dicionário de políticas públicas**. 2. ed. São Paulo: Unesp; Fundap, 2015. p. 872-875.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto *et al.* A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a16v36n95.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2020.

XENOFONTE, Maria Isomar da Silva. **Políticas públicas da educação e da saúde na Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará: percepção dos atuais gestores**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Que fatores condicionam o funcionamento da unidade de urgência e emergência da MEAC, redundando na classificação de: pleno atendimento, atendimento restritivo, e sem atendimento.
- 2) Como você avalia o acesso da gestante ao direito à saúde nas condições de:
 - 2.1 Pleno atendimento _____
 - 2.2 Atendimento restritivo _____
 - 2.3 Sem atendimento _____
- 3) Quais as atividades desenvolvidas pelo NIR diante de cada situação de funcionamento da unidade de urgência emergência, a saber:
 - 3.1 Pleno atendimento _____
 - 3.2 Atendimento restritivo _____
 - 3.3 Sem atendimento _____
- 4) Que fatores ou elementos influenciam direta ou indiretamente nas atividades do NIR da MEAC? Escalone esses fatores de acordo com o grau de interferência.

Positivamente	Negativamente

- 5) Como o NIR da MEAC promove o acesso do recém-nascido à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?
- 6) De que modo o NIR da MEAC promove o acesso à gestante ao leito obstétrico?
- 7) Como o NIR gerencia e monitora os leitos da MEAC?
- 8) Na condição de superlotação da MEAC, de que mecanismos o NIR faz uso para garantir o acesso da gestante ao seu direito à saúde?
- 9) Como você avalia o fluxo de internação, transferência interna e alta hospitalar da paciente no âmbito da MEAC?
- 10) Na sua perspectiva, o NIR da MEAC alcança o objetivo para o qual foi instituído?

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA PESQUISA DOCUMENTAL

- 1) Qual a taxa mensal de ocupação hospitalar da MEAC no período de agosto de 2016 a 2019?
- 2) Qual a média de atendimento realizado pela unidade de urgência e emergência da MEAC no período de agosto de 2016 a 2019?
- 3) Quais os perfis clínicos das gestantes atendidas na unidade de urgência e emergência da MEAC que demandam solicitações de transferências inter-hospitalares?
- 4) Qual a taxa de transferência inter-hospitalar da gestante da unidade de urgência e emergência da MEAC no período de agosto de 2016 a 2019? Identificar as unidades hospitalares para as quais as pacientes foram encaminhadas.
- 5) Qual a taxa de transferência inter-hospitalar dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no período de agosto de 2016 a 2019? Identificar as unidades hospitalares para as quais os pacientes foram encaminhados.
- 6) Qual o número de internação mensal realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no período de agosto de 2016 a 2019?
- 7) Qual a média de permanência do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no período de agosto de 2016 a 2019?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) por mim, Max Djano Cordeiro Rufino, enfermeiro e funcionário da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), mestrando do curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob orientação da Professora Doutora Rejane Batista Vasconcelos, a participar, voluntariamente, da Pesquisa intitulada: Avaliação do Núcleo Interno de Regulação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand: práticas de regulação assistencial para o acesso ao leito obstétrico.

O estudo tem como objetivo avaliar se o Núcleo Interno de Regulação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand tem, com suas práticas de regulação, assegurado às gestantes que demandam atendimento nesta unidade hospitalar o pleno acesso ao direito à saúde.

A pesquisa será realizada através de uma entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro, que busca compreender a concepção dos colaboradores vinculados ao Núcleo Interno de Regulação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) quanto ao acesso da gestante ao leito obstétrico.

Este estudo, por realizar entrevista junto aos participantes da pesquisa, apresenta riscos envolvendo possíveis constrangimentos ou cansaço em função da aplicação do instrumento de coleta de dados. No que se refere aos benefícios, espera-se contribuir para as boas práticas no âmbito da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

Todos os dados fornecidos serão tratados com a máxima confidencialidade pelos pesquisadores. Os mesmos se comprometem a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa. Em nenhum momento, seu nome será divulgado, pois apenas serão compiladas as respostas da entrevista.

Salientamos que sua participação é voluntária, não havendo nenhuma remuneração prevista. Fique ciente de que você é totalmente livre para requisitar sua exclusão da pesquisa, mesmo depois de ter preenchido esse termo. Para tanto, basta encaminhar um e-mail e/ou ligar para o pesquisador expressando sua decisão, isso não acarretará nenhum prejuízo para você. Uma vez concluída a pesquisa, os dados poderão ser divulgados em revista científica, porém sem características pessoais que levem à identificação pessoal do participante, de acordo com o sigilo previsto pela ética profissional.

Somente depois de devidamente esclarecida e ter entendido o que foi explicado deverá assinar este documento, caracterizando a sua autorização para participar da pesquisa. Este termo de consentimento está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para a participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador

Se você tiver dúvidas durante sua participação na pesquisa, ou mesmo depois dela ser finalizada, poderá entrar em contato para esclarecê-las com o mestrando Max Djano Cordeiro Rufino, pelo e-mail: maxdjano@hotmail.com e pelo telefone (85) 33668535. O Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola encontra-se disponível para reclamações pertinentes a pesquisa pelo telefone 33668569 ou no endereço Rua coronel Nunes de Melo S/N Rodolfo Teófilo - CEP 60430-270.

Eu, _____,
portador de documento de identidade (RG) de número _____, declaro ter sido devidamente esclarecida verbalmente e por escrito, sobre a pesquisa “**Avaliação das práticas de regulação assistencial do Núcleo Interno de Regulação como mecanismo de concreção ao direito à saúde da gestante: o caso da Maternidade Escola Assis Chateaubriand**”, que está sendo realizada pelo Max Djano Cordeiro Rufino, e dou o meu livre consentimento para o referido estudo.

Fortaleza, _____ de _____ de 2020

Assinatura do Entrevistado (a)

Assinatura do Pesquisador

**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND**

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Núcleo Interno de Regulação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand: práticas de regulação assistencial para o acesso ao leito obstétrico.

Pesquisador: MAX DJANO CORDEIRO RUFINO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27170819.8.0000.5050.

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio.

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.790.613

Apresentação do Projeto:

O projeto propõe avaliar como está o funcionamento do Núcleo Interno de Regulação-NIR da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Em Fortaleza, contabilizam-se nove hospitais públicos e um privado, conveniado ao SUS, que prestam assistência às gestantes. Destes, somente o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), o Hospital Geral César Cals (HGCC) e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) possuem NIR. A MEAC implantou o NIR há pouco mais de três anos, com o propósito de melhorar o atendimento aos usuários através do aumento da ocupação de leitos, da diminuição da média de permanência dos pacientes internados no âmbito hospitalar e da otimização da ocupação da capacidade instalada. No momento de superlotação, a maternidade, usualmente, fechava sua unidade de urgência e emergência, orientando a população a buscar atendimento em outro hospital. Com a implantação do NIR, esse tipo de situação ainda se faz presente, porém, adota-se

uma nova forma de funcionamento para a unidade de urgência e emergência nos dias de superlotação do hospital, o de atendimento com restrição. Esse tipo de atendimento estabelece os perfis de pacientes que poderão ingressar na MEAC, tanto por meio da regulação, quanto pela unidade de urgência e emergência. Será realizada uma pesquisa documental e de campo, seguida de entrevistas semiestruturadas com os profissionais desse setor, obedecendo um roteiro previamente elaborado. Para a coleta dos dados da pesquisa documental, serão examinados relatórios, registros de ocorrências, mapa de leitos, controle de solicitações de vagas internas, externas e qualquer outro documento que seja pertinente ao estudo, usados como instrumento de trabalho pelos profissionais do NIR da MEAC, desde a sua implantação em 2016 aos dias atuais, bem como, outras unidades internas dessa instituição que se fizerem necessários para realização da pesquisa. Para coletar os dados da pesquisa de campo, será realizada visita à MEAC, nas seguintes situações de funcionamento da sua unidade de urgência e emergência: sem atendimento, com atendimento restritivo e em pleno atendimento, na perspectiva de observar o processo de trabalho do NIR nesses respectivos cenários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Avaliar como o Núcleo Interno de Regulação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand tem, suas práticas de regulação, assegurado às gestantes que demandam atendimento nesta unidade hospitalar o pleno acesso ao direito à saúde.

Objetivos Específicos: Analisar a organização e o funcionamento do NIR nas práticas de regulação; Identificar os fatores intervenientes da atuação do NIR na MEAC; - Discutir o processo de internação, de movimentação interna e de alta hospitalar da paciente na MEAC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: a relevância desta pesquisa deve-se à escassez de estudos nessa temática, além da possibilidade de dar a conhecer os fatores que facilitam ou prejudicam o acesso da gestante às instituições hospitalares, possibilitando ainda a construção de boas práticas no âmbito da unidade hospitalar em questão.

Riscos: os riscos são referentes a algum tipo de constrangimento no momento das entrevistas e de possíveis vazamento de dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que beneficiará as gestantes, mediante o conhecimento dos fatores que comprometem seu atendimento no período da gravidez e parto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado concorda com o relator e recomenda a execução da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1434891.PDF	18/12/2019 16:43:21	MAX DJANO CORDEIRO RUFINO	Aceito
Projeto Detalhado/ Brochura Investigador	PROJETOCEP.PDF	18/12/2019 16:41:10	MAX DJANO CORDEIRO RUFINO	Aceito
Outros	TERMODEFIELDEPOSITARIO.PDF	18/12/2019 16:20:38	MAX DJANO CORDEIRO RUFINO	Aceito
Outros	TERMODECIENCIA.PDF	18/12/2019 16:19:55	MAX DJANO CORDEIRO RUFINO	Aceito
Outros	TERMODEANUENCIA.PDF	18/12/2019 16:19:29	MAX DJANO CORDEIRO RUFINO	Aceito
Outros	TERMOCOMPROMISSOPRONTUARIO.PDF	18/12/2019 16:18:15	MAX DJANO CORDEIRO RUFINO	Aceito
Outros	DECLARACAODECONCORDANCIA.PDF	18/12/2019 16:15:58	MAX DJANO CORDEIRO RUFINO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHODEROSTO.PDF	18/12/2019 16:14:40	MAX DJANO CORDEIRO RUFINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.PDF	12/11/2019 09:38:22	MAX DJANO CORDEIRO RUFINO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.PDF	12/11/2019 00:41:10	MAX DJANO CORDEIRO RUFINO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

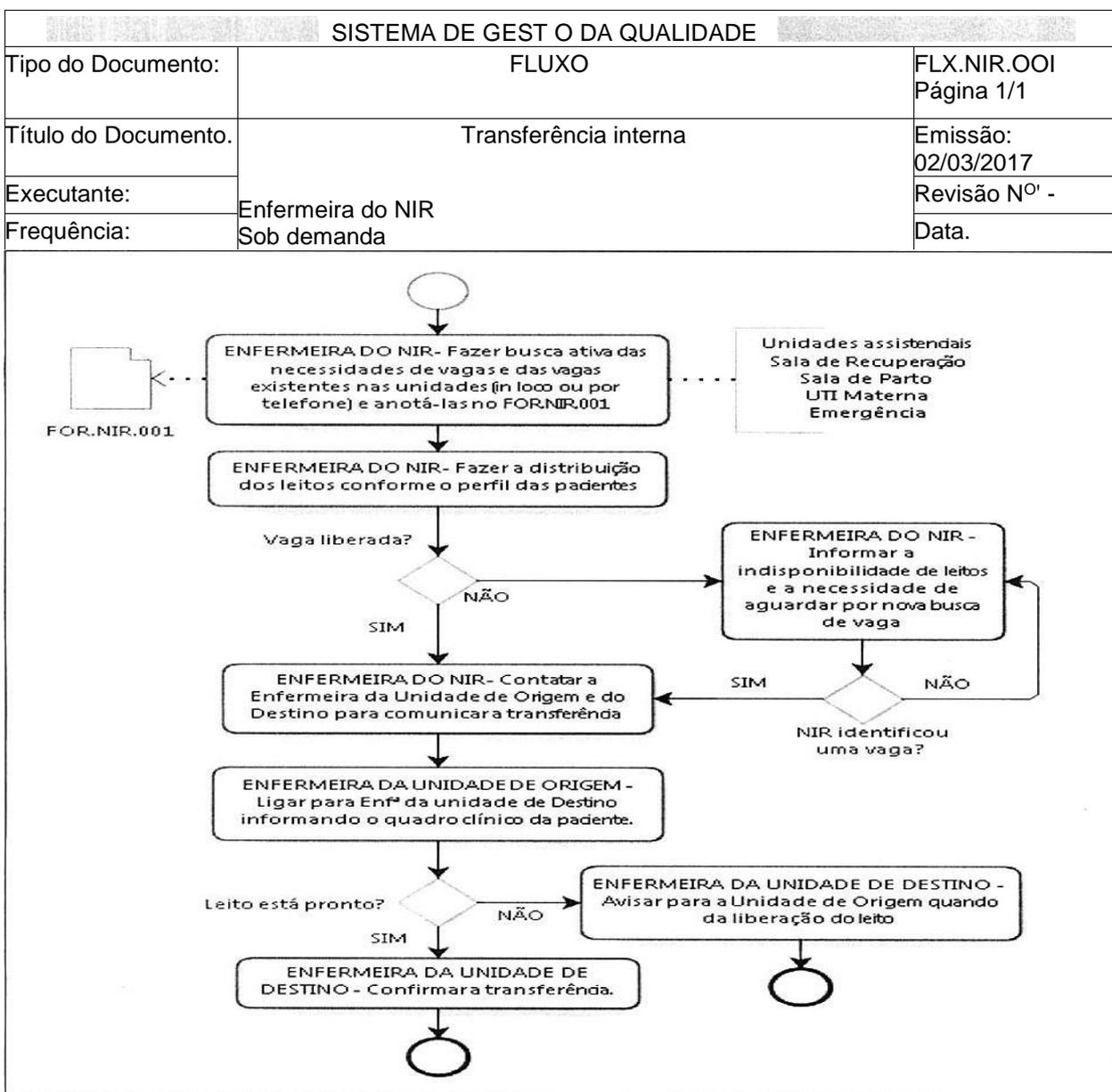
Não

FORTALEZA, 26 de Dezembro de 2019

Assinado por:

(Coordenadora)

ANEXO B – FLUXO DE TRANSFERÊNCIA INTERNA DA PACIENTE NA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND



Aprovação		
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Núcleo Interno de Regulação	Serviço de Qualidade	Gerência de Atenção à Saúde
Data: <i>02,03,2017</i>	Data: <i>02,03,2017</i>	Data: <i>02,03,2017</i>

**ANEXO C – RELATÓRIO DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR DA MATERNIDADE
ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND**

Fortaleza __/__/__

Aos: Gestores MEAC

ASSUNTO: Ocupação Diária Maternidade Escola Assis Chateaubriand

Unidade	Leitos Disponíveis	Internados	Extras	RNs Crônicos	Pontos de O2	Responsável Informação	Hora Informação
UTIN 3ª	12						
UTIN 3B	09						
UCINCo I	15				N/A		
UCINCo II	15				N/A		
UCINCa	05			N/A	N/A		
SALA DE PARTO	09			N/A	N/A		
UTI ADULTO	05		N/A	N/A	N/A		
SRPA	05			N/A	N/A		

N/A – Não se Aplica

EMERGÊNCIA		
LEITO	DIAGNÓSTICO	ENCAMINHAMENTO
01		
02		
03		
04		
Polit. 01		
Polit. 02		
Polit. 03		
Polit. 04		

CENTRO OBSTÉTRICO		
LEITO	DIAGNÓSTICO	IDADE GESTACIONAL
300		
301		
302		
303		
304		
305		
306		
307		
308		
309		

