

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
**Mestrado Profissional em Saúde Pública**

**FLORA RAQUEL DE FREITAS ARAUJO**

**A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E AS IMPLICAÇÕES MORAIS NO ACESSO  
DESIGUAL AO PARTO: O CASO DE UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA NO  
AGRESTE DE PERNAMBUCO**

**RECIFE**  
**2012**

Flora Raquel de Freitas Araujo

A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E AS IMPLICAÇÕES MORAIS NO ACESSO DESIGUAL  
AO PARTO: O CASO DE UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA NO AGRESTE DE  
PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional em Saúde Pública do  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães -  
Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do  
grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadores: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Prof. Dr. Carlos Antônio Alves Pontes

RECIFE  
2012

---

*Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães*

---

A663b Araujo, Flora Raquel de Freitas.

A bioética da proteção e as implicações morais no acesso desigual ao parto: o caso de uma maternidade de referência no agreste de Pernambuco/ Flora Raquel de Freitas Araujo. — Recife: F. R. F. Araújo, 2012.

127 p.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadores: Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Carlos Antônio Alves Pontes.

1. Bioética. 2. Equidade no Acesso. 3. Parto. 4. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Pontes, Carlos Antônio Alves. III. Título.

---

CDU 614.253

---

FLORA RAQUEL DE FREITAS ARAUJO

A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E AS IMPLICAÇÕES MORAIS NO ACESSO DESIGUAL  
AO PARTO: O CASO DE UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA NO AGRESTE DE  
PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado  
Profissional em Saúde Pública do Centro de  
Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo  
Cruz para a obtenção do grau de Mestre em  
Saúde Pública.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Garibaldi Gurgel Dantas Filho  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Fermin Roland Schramm  
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

À Cecília, minha filha, por sua presença iluminada.

Ao meu irmão Cristiano, pela amizade que nos une.

À minha irmã Cida, pela irmandade construída ao longo dos anos.

Aos meus pais José e Judith (*in memoriam*) que me ensinaram a amar, a sorrir e a colocar um pé à frente do outro. Mas, ao me ensinarem a lutar pelos meus sonhos me fizeram acreditar que eu também possuía asas.

À Neném (*in memoriam*), por todas as vezes em que me amou como mãe.

## AGRADECIMENTOS

*“ Gracias a la vida que me ha dado tanto...”*

Concluir este Mestrado é motivo de muita honra para mim. Por isso, inicio meus agradecimentos cantarolando, no estilo Mercedes Sosa, a gratidão à VIDA que me tem proporcionado tantas coisas: oportunidades, caminhos, presenças.

À querida Profa. Paulette, minha orientadora, por me permitir ousar um caminho desconhecido, mas fascinante, acreditando no tecido que surgiria da tessitura de tantos fios distintos. Ao Prof. Carlos Pontes que também me orientou nesta pesquisa, pela disponibilidade e contribuições essenciais ao desenvolvimento do trabalho.

Aos que fazem o Aggeu Magalhães, especialmente, à Profa. Tereza Lyra, Coordenadora do Mestrado Profissional; aos demais professores; à Secretaria Acadêmica e todas as pessoas que nos apoiaram durante o curso.

Às Professoras Maria José Guimarães e Ana Lúcia Vasconcelos, pelas preciosas contribuições na Banca de Qualificação desta pesquisa.

Ao Prof. Abel Menezes pelas valiosas sugestões.

Ao Prof. Garibaldi Gurgel e ao Prof. Fermin Roland pelas críticas e sugestões ao presente trabalho como membros da Banca Examinadora.

Aos que fazem a Secretaria Estadual de Saúde, instituição à qual estou vinculada, pela liberação para o Mestrado, especialmente aos que partilham comigo o Hospital Jesus Nazareno e que o puseram no colo durante o período em que estive ausente: Sybelle, Fabíola, Nadja, Edilza, Nádia, Eliane, Antônio, Fred, Chris, Dilene, Marta, Veruschka, Rozângela, Eli, Rosário, Sylvia, Edla, Edvania, Sandi, além de todos os que possam, injustamente, não estar sendo citados.

A Barbosa por me ajudar com a elaboração dos mapas. A Rozângela e a Eli pela colaboração no levantamento dos dados. A Lucinha pela revisão do texto.

A Dr. Vieira pelas sugestões valiosas, pela paciência com a revisão do texto e, sobretudo, pela honra de partilhar sua presença ética no mundo.

Aos colegas do mestrado pelas maravilhosas trocas com as quais nos brindamos nesses dois anos de convivência. À memória de Arichelle, por sua doce presença e pelo seu sorriso.

Minha gratidão à imensa rede que teceu uma teia forte para que eu pudesse caminhar sobre ela, sustentando-me nos momentos delicados pelos quais passei nesse período: Tia Landa, Tia Nise, Henrique, Edmário, Cecília, Cida, Paulo, Dila, Lela, Edilza, Nadja, Rosa, Terezinha, Cristiano, Verinha, Dra. Auxiliadora, Vânia e Rita.

A todas as “Marias” que tiveram suas histórias de vida contadas neste trabalho, minha gratidão e meu respeito.

“Somos responsáveis não só pelo que fazemos, mas também pelo que poderíamos ter impedido e deveríamos pensar nas consequências daquilo que fazemos e igualmente nas consequências daquilo que decidimos não fazer”.

Peter Singer

ARAÚJO, Flora Raquel de Freitas. A Bioética da Proteção e as Implicações Morais no Acesso Desigual ao Parto: o caso de uma maternidade de referência no Agreste de Pernambuco. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

## RESUMO

O parto e o nascimento são eventos que extrapolam o aspecto meramente biológico para se constituir em eventos sociais e culturais, valorizados de forma diferente pelas sociedades. O modelo de atenção ao parto vigente no Brasil caracteriza-se por privilegiar o hospital como o local mais seguro para o parto ocorrer e está embasado em um forte aparato tecnológico e fármaco-químico. Apesar de hegemônico, esse modelo não tem garantido o acesso equânime para as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), configurando situações de injustiça sanitária e social. O presente estudo utiliza o referencial conceitual da Bioética da Proteção para analisar como o Estado vem cumprindo o seu papel de proteção em relação ao acesso ao parto, e de que forma a iniquidade no acesso vem contribuindo para expor gestantes e bebês a situações de maior vulneração. Tem como objetivo analisar as implicações morais no acesso desigual ao parto a partir de casos atendidos em uma maternidade macrorregional de referência secundária para a gestação de alto risco, localizada no Agreste de Pernambuco. Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter descritivo, estudo de caso único, que utilizou como instrumentos de coleta de dados, a análise documental e entrevistas semiestruturadas com representantes do movimento de mulheres, gestão estadual de saúde, entidade representativa dos médicos, parturientes e trabalhadores em saúde. Os resultados encontrados constatarem que tem havido falhas no papel protetor do Estado evidenciadas nas grandes distâncias percorridas pelas gestantes e na exposição a sequelas decorrentes dessa peregrinação. Essas situações têm sido a expressão da iniquidade no acesso ao parto, bem como, dos riscos de maior vulneração para as usuárias do SUS atendidas na Macrorregião Agreste.

Palavras-chave: Bioética da Proteção. Equidade no Acesso. Parto. Bioética

ARAÚJO, Flora Raquel de Freitas. The Bioethics of the Protection and the Moral Implications in the unequal Access to Childbirth: the case study of a reference maternity hospital in the agrestic region of Pernambuco, Brazil. 2012. Dissertation ( Professional Master's Degree in Public Health) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012

## **ABSTRACT**

The childbirth and the birth are events that surpass the merely biological aspect to constitute themselves in social and cultural ones, valorized in different way by the societies. The current model of care to childbirth in Brazil is characterized for giving privilege to hospitals as the safest place to carry out a delivery and it is well-founded in a strong technological and pharmacochemical apparatus. Notwithstanding hegemonic, this model has not assured the equable access to the users of Unified Health System (in Brazil = SUS), configuring situations of sanitary and social injustice. The present study employs the referential conceptual of Bioethics to analyze how the state government has fulfilled its role of protection related to childbirth and which way the iniquity for the access has been contributing to expose pregnant women and their babies to situations of a bigger vulneration. It has as objective to analyze the moral implications in the unequal access to childbirth from the cases attended in a macro-regional maternity hospital of secondary reference to high-risk gestations, located in the agrestic region of Pernambuco, Brazil. This is a qualitative research of descriptive feature and unique study case research which utilized as data collection tools, the documental analysis and semi-structured interviews with members of women's movement, state health administration, medical class entity, parturient and health workers. The reached outcomes certify that there have been failures in the state's protector role evidenced in long distances gone through by pregnant women exposed to sequels due to this peregrination. These situations have been the expression of iniquity to the access to childbirth, as well as, from the risks of major vulneration to the users of SUS attended in agrestic macro-region of Pernambuco.

Key words: Bioethics of Protection. Equity to the access. Childbirth. Bioethics

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1-	Características dos Modelos de Assistência à Saúde.....	23
Quadro 2-	Definições Presentes na Política de Atenção Obstétrica.....	28
Mapa 1-	Macrorregiões de Saúde de Pernambuco, 2011.....	33
Gráfico 1-	Distribuição de Nascidos Vivos Maternidade Macrorregional .....	34
Mapa 2-	Macrorregiões de Saúde de Pernambuco, 2010 .....	61
Figura 1-	A lógica de desenho dos componentes das redes de saúde .....	62
Mapa 3-	Fluxo deslocamentos de parturientes para a maternidade macrorregional...	63
Gráfico 2-	Transferências da maternidade macrorregional para outras unidades.....	67
Mapa 4-	Fluxo das internações por hipóxia na maternidade macrorregional.....	76

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos partos por local de residência da mãe e distância percorrida.	64
Tabela 2	Diferença entre necessidade e oferta de leitos por Região de Saúde.....	72
Tabela 3	Diferença entre a necessidade e a oferta de leitos de Neonatologia .....	75

.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CGR-** Colegiado de Gestão Regional

**CIBE-** Comissão Intergestores Bipartite Estadual

**CRL** – Central de Regulação de Leitos

**IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**NEPI** – Núcleo de Epidemiologia

**PDR** – Plano Diretor de Regionalização

**SIH** - Sistema de Informações Hospitalares

**SIM** – Sistema de Informação sobre Mortalidade

**SINASC** – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Uneo Externa-** Unidade Neonatal Externa

**Uneo Interna** – Unidade Neonatal Interna

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	18
<b>2.1 OBJETIVO GERAL</b> .....	18
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	18
<b>3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL</b> .....	19
<b>3.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA SOBRE O PARTO E O NASCIMENTO</b> .....	19
<i>3.1.1 As Comadres Saem de Cena. Entram os Médicos, o Hospital e a Prática</i> .....	21
<i>Intervencionista</i> .....	21
<b>3.2 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUA CONEXÃO COM A ATENÇÃO AO PARTO</b> .....	23
<b>3.2.1 Política de Atenção Obstétrica no Brasil</b> .....	25
<i>3.2.1.1 Definições presentes na Política de Atenção Obstétrica e Neonatal do SUS</i> .....	26
<i>relacionadas com o estudo</i> .....	26
<i>3.2.1.2 Princípios Gerais e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal</i> .....	27
<b>3.2.2 Política de Atenção Obstétrica e Neonatal em Pernambuco</b> .....	29
<b>3.2.3 Política de Atenção Obstétrica na Macrorregional de Saúde</b> .....	31
<i>3.2.3.1 Caracterização da Maternidade de Referência Macrorregional</i> .....	32
<b>3.3 ACESSO DESIGUAL AO PARTO</b> .....	33
<i>3.3.1 A Questão da Desigualdade</i> .....	35
<b>3.4 ÉTICA</b> .....	39
<b>3.5 BIOÉTICA</b> .....	40
<b>3.6 BIOÉTICA DA PROTEÇÃO</b> .....	43
<b>3.7 A EXPRESSÃO DA CRISE DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA</b> .....	45
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	47
<b>4.1 DESENHO DO ESTUDO</b> .....	47
<i>4.1.1 A História de Maria Nazaré</i> .....	50
<b>4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO</b> .....	52
<b>4.3 SUJEITOS DA PESQUISA</b> .....	52
<b>4.4 COLETA DE DADOS</b> .....	52

<i>4.4.1 A Entrevista</i> .....	53
<b>4.5 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA</b> .....	54
<b>4.6 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	57
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	58
<b>5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO DESIGUAL AO PARTO</b> .....	59
<i>5.1.1 Distâncias Percorridas</i> .....	60
<i>5.1.2 Leitos Obstétricos e Neonatais</i> .....	70
<i>5.1.3 Regulação de Leitos</i> .....	78
<b>5.2 PERCEPÇÃO SOBRE O PAPEL PROTETOR DO ESTADO</b> .....	81
<i>5.2.1 PERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA</i> .....	81
<i>5.2.2 Percepção das Condições de Trabalho</i> .....	85
<i>5.2.3 Percepção da Relação entre Profissionais e Usuários</i> .....	88
<i>5.2.4 Percepção da Responsabilidade em Relação ao Parto</i> .....	90
<b>5.3 PRINCIPAIS CONFLITOS IDENTIFICADOS ENTRE GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS</b> .....	96
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	104
<b>6.1 RECOMENDAÇÕES</b> .....	107
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	109
<b>APÊNDICE A – QUADRO DE INSTRUMENTOS NORMATIVOS DA POLÍTICA DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL</b> .....	114
<b>APÊNDICE B - NARRATIVA DAS HISTÓRIAS DE MULHERES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DA MACRORREGIONAL DE CARUARU</b> .....	115
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GESTOR E PROFISSIONAL)</b> .....	121
<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIAS)</b> .....	122
<b>APÊNDICE E - CONTEXTO TEÓRICO DA PESQUISA E A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO</b> .....	123
<b>APÊNDICE F – ROTEIRO DA ENTREVISTA</b> .....	124
<b>APÊNDICE G – ROTEIRO ENTREVISTA COMPLEMENTAR</b> .....	125
<b>ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA</b> .....	126
<b>ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	127

## 1 INTRODUÇÃO

O nascimento é um evento que remonta à própria história natural do homem. O nascimento de uma criança reveste-se de distintos significados simbólicos no âmbito de cada família, mas ao mesmo tempo, revela as configurações dos arranjos sociais e a valorização dada pelas sociedades à gestação e ao parto.

Embora guarde essas características de representação simbólica individual, o parir e o nascer, para os humanos, constituem-se em eventos que ultrapassam o caráter biológico, fisiológico, para se constituir em eventos sociais e culturais inseridos em determinado contexto histórico. Como elemento resultante dessa interação entre os interesses de indivíduos e grupos sociais surgirá o modelo de atenção ao parto, organizado segundo esses aspectos políticos, culturais e institucionais (MAIA, 2010, p.14).

A institucionalização hospitalar do parto é relativamente recente, tendo ocorrido há pouco mais de um século. Antes da constituição da Obstetrícia como especialidade médica, os partos ocorriam dentro das casas e eram realizados por parteiras ou comadres (GIL, 1998).

Pouco a pouco, o saber médico foi ganhando espaço e se legitimando, até que no decorrer do último século, os obstetras conseguiram tornar hegemônico o modelo de cuidado centrado no atendimento hospitalar ao parto, com ênfase na incorporação de tecnologias na assistência materno-infantil (DIAS, 2006, p.7).

No campo da saúde pública brasileira, as políticas públicas destinadas à gestação e ao parto que foram implementadas nos últimos anos objetivaram ampliar o acesso às consultas de pré-natal e garantir condições adequadas para o nascimento visando à redução da mortalidade materna e da infantil, esta última no que se refere especialmente às causas perinatais (DIAS, 2006, p.7).

Conforme será descrito mais adiante, as normativas ministeriais para o funcionamento da atenção obstétrica e neonatal no país contemplam princípios de humanização do parto, o que não quer dizer que este modelo esteja sendo verdadeiramente implantado, nem que se constitua em modelo alternativo ao tecnocrático<sup>1</sup> (MAIA, 2010, p.36).

---

<sup>1</sup> Em sua tese de doutorado, posteriormente publicada em livro, Mônica Maia utiliza a conceituação trazida pela antropóloga norte-americana Robbes Davis-Floyd designando como modelo “tecnocrático” de assistência ao parto, o parto hospitalar realizado por médico com o apoio de um intenso aparato tecnológico e farmacológico, nos moldes de uma linha de montagem *taylorista* que se tornou predominante em diversos países, inclusive no Brasil.

Considerando, pois, que o parto é um evento inserido no contexto sociocultural, a atenção a ele reveste-se de um caráter político, à medida que se estabelece um embate entre interesses diversos, os quais simbolizam distintas representações sobre a mulher, a gestação e o parto. É a partir dessas representações que será definida no sistema de saúde a modelagem da atenção, estabelecendo padrões de conduta profissional e formas de acesso (MAIA, 2010).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma de suas questões centrais refere-se à responsabilidade do Estado em garantir o acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde como direito de todos, bem como, à garantia da integralidade da assistência (BRASIL, 1988).

O exercício desse papel inclui necessariamente o sentido de proteção aos direitos básicos do cidadão, neles incluído o primário direito à vida. Em que pese a abrangência dos aspectos conceituais que envolvem esse direito, destaque pode ser dado ao nascimento saudável como evento representativo da garantia dos direitos de cidadania.

Considerando que o modelo vigente de atenção ao parto está centrado na figura do médico e estabelece o hospital como local mais adequado para que o nascimento aconteça em segurança, procura-se saber quais as razões para que esse acesso não ocorra de forma equânime para todas as gestantes.

O que tem sido visto na prática da atenção obstétrica e neonatal é resultado de ações pulverizadas, desarticuladas, sobrepostas, as quais revelam a inexistência de uma rede integrada de atenção ao parto e ao nascimento.

A Atenção Primária não tem sido capaz de ser o fio condutor do ingresso da gestante no sistema, nem tem conseguido garantir a articulação com os outros níveis de atenção (CECÍLIO, 2009).

Gestantes perambulam de município em município em busca de uma vaga, mesmo para os partos de risco habitual. A situação se torna ainda mais difícil quando se trata de garantir em outros níveis de complexidade, a assistência à gestação e ao parto de alto risco.

Após vinte anos de institucionalização do SUS, pode-se aceitar como justificável a quantidade de fetos mortos ou de bebês sequelados resultantes dessa peregrinação das mães em busca de um serviço que as acolha?

A quem cabe a responsabilidade social por esses nascimentos, ou pelo silêncio dessas mortes? Como os gestores têm se conduzido diante dessas questões? Como se dá e quem faz a regulação desses deslocamentos na rede de saúde? É eticamente aceitável que uma gestante de

risco habitual, residente em Caruaru, receba uma senha, isto é, seja encaminhada pelo Estado Brasileiro para parir em Ouricuri, a 495 quilômetros de distância?

Todas essas questões precisam ser elencadas ao examinar-se o papel que cabe ao Estado na proteção de grupos ou indivíduos mais vulneráveis, aqui considerados a mulher e o bebê durante a gestação, o parto, o puerpério e o período neonatal.

No entanto, apesar de essa vulnerabilidade atingir igualmente as mulheres no momento do parto, pois potencialmente todas estariam expostas a riscos de complicações, existem diferenças para um grupo caracterizado como *vulneradas* (SCHRAMM, 2008).

Para essas mulheres, as condições desfavoráveis de acesso ao sistema de saúde limitam a sua autonomia e elas não são capazes de decidir por si mesmas o que é melhor para elas no momento de parir. Ao mesmo tempo, vivenciam o abandono dentro de um sistema de saúde no qual ninguém se responsabiliza por elas ou por seus filhos.

Assim, a assistência à gestação e ao parto pode estar se constituindo em um dos marcos mais reveladores das condições de desigualdade em nossa sociedade.

As condições de desigualdade podem ser caracterizadas como situações de injustiça e trazer reflexos negativos para a vida das pessoas. Essas situações de desigualdade, por envolverem questões de conteúdo moral, devem ser examinadas à luz da Ética Aplicada, especialmente da Bioética (PONTES, 2003).

Embora a procura pelas respostas à maioria das questões formuladas transcenda os objetivos do presente estudo, este se propõe a estabelecer um recorte e investigar, sob a luz da Bioética da Proteção, as implicações morais no acesso desigual às condições adequadas de nascimento, a partir de uma maternidade de referência secundária macrorregional para a gestação de alto risco no Agreste de Pernambuco. O trabalho foi conduzido a partir da seguinte pergunta norteadora: **Como o Estado vem cumprindo o seu papel protetor em relação ao acesso ao parto na macrorregional Caruaru?**

No contexto do presente estudo, aspectos conceituais ligados à igualdade, equidade, justiça, responsabilidade vão assumindo contornos estreitos com as questões morais que envolvem os conflitos entre gestores, profissionais e usuários, os quais constituem o foco da pesquisa desenvolvida.

O estudo está centrado, especialmente, na análise das implicações morais relacionadas ao acesso desigual às condições adequadas de parto, entendido o parto, mais precisamente a atenção obstétrica e neonatal como direito inalienável de todos os cidadãos. Essas implicações

morais referem-se, também, a situações que podem ser caracterizadas como de injustiça sanitária e social, colocando algumas mulheres e bebês em situação de maior fragilidade e vulneração do que outros. Requerem, portanto, a análise sobre o cumprimento do papel protetor do Estado em relação a esses grupos, através de sua política de atenção obstétrica e neonatal.

É importante destacar que a pesquisadora faz parte do corpo técnico da maternidade macrorregional, na condição de gestora, há três anos. Ao escolher a temática do acesso desigual ao parto como possível representação das situações de injustiça sanitária e social que colocam um grupo de mulheres e de bebês em maior situação de vulneração, a pesquisadora opta por estabelecer um recorte em uma realidade bastante complexa.

A natureza dessa complexidade abrange aspectos que vão desde condições fisiológicas, representações psicológicas, simbólicas e sociais envolvendo a gestação e o parto, até aspectos relativos ao desempenho dos sistemas de saúde em seus diversos componentes.

O presente estudo não pretende aprofundar as questões ligadas aos determinantes que geram as desigualdades sociais, mas utilizar o referencial conceitual da Bioética da Proteção para analisar como o Estado vem cumprindo a responsabilidade social de dar proteção a esses grupos vulnerados, protegendo-os em suas fragilidades durante o parto e o nascimento.

O estudo parte da análise de casos atendidos em uma maternidade de referência macrorregional, localizada no Agreste de Pernambuco, referência secundária para gestação de alto risco. Ocupou até cerca de três anos, a posição de maior maternidade pública em número de partos do Estado de Pernambuco, realizando cerca de cinco mil partos por ano. É referência para uma população de 87 municípios, estimada em 2.500.000 habitantes.

Cotidianamente, os deslocamentos no território ou fora dele revelam situações de desproteção, desamparo, exposição a riscos desnecessários e desrespeito à autonomia das gestantes. São múltiplos os exemplos dessas questões. Conhecer os aspectos que têm contribuído para essa situação e poder aprofundar o estudo das questões morais envolvidas nos conflitos presentes nessas situações de desigualdade constituem pontos de interesse da pesquisadora neste estudo.

A relevância do estudo não decorre, apenas, da possibilidade de gerar um produto de análise sobre o campo de atuação prático da pesquisadora, em consonância com a proposição de formação do Mestrado Profissional, mas fundamentalmente, da possibilidade de trazer um enfoque novo à análise da política de atenção obstétrica e neonatal.

Trata-se de analisar a questão do acesso ao parto, não somente pela análise de fluxos de deslocamentos, disponibilidade de leitos ou de recursos humanos, mas pela possibilidade de explicitar o acesso do ponto de vista da iniquidade enquanto expressão de injustiça social, relacionando-a com o princípio da responsabilidade social a ser cumprido pelo Estado, o qual assume, a partir do referencial adotado, a forma de Princípio da Proteção.

Na realização do estudo a pesquisadora procura construir narrativas a partir das histórias de gestantes atendidas na maternidade macrorregional, procurando nessas histórias aspectos que possam caracterizar o que as expõe a situações de maior vulneração.

Na apresentação dos resultados da pesquisa procura dar visibilidade à realidade da atenção obstétrica e neonatal na macrorregional estudada, dando voz aos entrevistados para que as suas falas possam representar o maior nível possível de aproximação do objeto do estudo.

O conhecimento trazido pela pesquisa será colocado à disposição dos gestores a fim de subsidiar a tomada de decisão, no sentido de serem adotadas medidas que possam ampliar a responsabilização com esses grupos e assegurar uma melhor qualidade no atendimento hospitalar às gestantes e aos bebês na macrorregião.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar os aspectos morais envolvidos no acesso desigual ao parto de gestantes usuárias do serviço público de saúde às condições adequadas de parto na macrorregional Caruaru.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar as condições de desigualdade no acesso de gestantes ao parto na macrorregional de saúde;
- b) Aprender a percepção das usuárias, dos profissionais e do gestor sobre o papel protetor do Estado em relação ao parto;
- c) Analisar os conflitos morais que estão presentes no acesso desigual às condições adequadas de parto na macrorregional;

### 3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

*À força de sacrificar o essencial pela urgência,  
acabamos por esquecer a urgência do essencial.*

*Edgar Morin*

#### 3.1 Breve contextualização histórica sobre o parto e o nascimento

A gestação, o parto e o nascimento são eventos intrínsecos à história do homem e envolvem aspectos que vão além daqueles ligados à reprodução biológica da espécie. Embora presentes, os aspectos fisiológicos não são os únicos constituintes desses processos. Somam-se a eles os aspectos sociais e culturais que transformam o parir e o nascer em eventos que comportam distintos significados de acordo com o contexto histórico e cultural nos quais estão inseridos (MAIA, 2010, p.14; MORAIS, 2010, p.24).

Diferentes representações simbólicas marcaram o parto e o nascimento em diferentes culturas e, muitas vezes, dentro de uma mesma cultura em distintos momentos históricos.

A experiência do parto tanto pode ter sido vivenciada em algumas culturas como um ato solitário, a exemplo do que relata a Bíblia acerca do parto das mulheres hebréias, quanto como um evento social para mulheres de outras culturas.

Moraes (2010, p.25), apresenta em seu estudo a referência a essa vivência solitária do parto pelas nativas da América do Norte entre os séculos XVII e XIX. Para elas, o parto era um evento natural e exclusivo, ocorrendo distante das comunidades. Enquanto isso, nesse mesmo período, as mulheres européias vivenciavam o nascimento dos seus filhos como um evento social que contava com a participação de amigas e familiares.

Segundo Gil (1998, p.394), até o século XVII “o parto encontrava-se envolvido nos mais temidos mistérios”.

Durante muitos séculos, tanto em culturas orientais quanto em ocidentais o parto era visto como um estado transitório no qual forças opostas de vida e de morte lutavam entre si. Forças maléficas estariam à espreita para agir sobre a mãe e o bebê. Para o enfrentamento dos riscos que envolviam esse momento especial, recorria-se aos mais variados rituais de limpeza e purificação que variavam “desde a vedação das janelas e de todas as aberturas do quarto, ao uso de amuletos e talismãs por todas as mulheres da comunidade, até à invocação de divindades protetoras” (BARBAUT, 1990, p.137).

Considere-se então que desde os tempos mais remotos o nascimento traz em seu conteúdo simbólico uma forte representação do embate entre a vida e a morte, como fios que se entrelaçam na delicada trama da vida.

As diferentes representações sobre o parto estão fortemente relacionadas às raízes de cada cultura e à valorização dada a esse momento pelo conjunto da sociedade. Assim, para culturas ligadas às religiões de origem africana, a maternidade e a fecundidade estariam associadas à ação direta da deusa Nanã- deusa da terra, da lama e da água, de quem nasce o primeiro Homem, deusa mãe de todos os seres vivos. Nessas culturas, a fertilidade dos campos e a sua prosperidade fazem parte das dádivas da deusa, assim como os filhos que ela dá às mulheres (GIL, 1998, p.394).

Já em outras culturas, como as de influência islâmica, o nascimento é considerado “conforme o Corão”, um momento em que “a mulher tem um pé na terra e um pé no Além” e a morte materna durante o parto é vista como um ato de fé que permitiria a entrada no paraíso (GIL, 1998, p.394).

Para a tradição judaico-cristã existe uma forte representação simbólica do parto associado à dor, como punição pelo pecado original cometido por Eva. São várias as passagens bíblicas que fazem essa referência, como em Gênesis 3,16 “Terás com dor teus filhos” ou em Apocalipse 12,2 “E estava grávida, e com dores de parto, e gritava com ânsias de dar à luz” (VALE ; DELFINO, 2003, p.127).

Da mesma forma que as representações dadas ao nascimento guardam profundas ligações com as raízes socioculturais, as posições adotadas pelas mulheres para parir, guardam estreita relação com essas mesmas raízes. Assim, desde a antiguidade até um tempo relativamente recente a mulher paria preferencialmente em uma posição vertical: sentada, de cócoras ou de pé com um apoio humano ou material. Utilizava-se da força gravitacional para ajudar no processo de expulsão do feto (MORAIS, 2010, p.27).

Barbaut (1990, p.173), faz um relato acerca das posições adotadas de acordo com os povos e com o momento histórico: as índias adotavam a postura da deusa Maia, parindo de pé, apoiando-se em ramos de árvores. A postura de joelhos, habitual na Antiguidade, foi adotada pelo povo hebreu. Já a mulher egípcia adotava a posição de cócoras, colocando os calcanhares sobre dois tijolos afastados para permitir o desprendimento da criança. Essa era também a posição adotada pelas mulheres mexicanas e peruanas na era pré-colombiana.

A posição semideitada ou deitada foi imposta pelos médicos na Europa do século XVIII, não apenas pelos conhecimentos que começavam a despontar sobre o parto, mas,

sobretudo, pelo repúdio por aquilo que consideravam como posturas animais, adotadas pelas mulheres (GIL, 1998, p.395). Assim, à medida que o médico assumiu o controle do parto, a mulher passou a parir na posição deitada, posição que prevalece até os dias de hoje na cultura ocidental.

### ***3.1.1 As Comadres Saem de Cena. Entram os Médicos, o Hospital e a Prática***

#### ***Intervencionista***

Até o século XVII, o parto era assunto exclusivamente feminino, ocorria no interior das casas e mobilizava familiares e vizinhas, destacando-se nesse cuidado, a parteira, mulher de sabedoria e experiência reconhecidas (GIL, 1998, p.395).

Nesse ambiente doméstico, contando com o auxílio de outras mulheres, o parto acontecia sem a interferência masculina, sob o comando das parteiras, comadres ou aparadeiras, como eram também chamadas. Além de ajudarem na gestação, no parto e no puerpério, essas mulheres detinham um saber acumulado sobre outros assuntos como cuidados com o corpo, doenças venéreas, cuidados com o bebê, gozando da total confiança das mulheres (BRENES, 1991, p.135).

Assumiam, portanto, um importante e conceituado papel na comunidade, razão pela qual foram, ao longo de séculos, vistas com apreensão pelo mundo masculino. Por estarem no centro de uma rede de solidariedade e por terem acesso irrestrito à intimidade das famílias, passaram a ser alvo também da ação da Igreja que procurou controlar a profissão. Para isso, estabeleceu que a parteira deveria ser da religião católica e estar juramentada pelo padre, a fim de poder recitar as fórmulas que assegurassem o batismo em casos de perigo à vida do nascituro (BARBAUT, 1990, p.144).

Ao final do século XVII e início do século XVIII já surgiam os primeiros médicos-cirurgiões-parteiros, os quais adentravam nesse terreno feminino para realizar os partos considerados difíceis, embora essa inserção na esfera familiar e íntima das mulheres se contrapusesse aos preceitos morais vigentes. “Nesse período, considerava-se que a mulher ao ser ajudada em seu parto por um homem, perderia cinco virtudes: o pudor, a pureza, a fidelidade ao casamento, o bom exemplo e o espírito de sacrifício”(BARBAUT, 1990, p.144).

Antes de a obstetrícia se constituir como especialidade médica foi possível a convivência entre médicos e parteiras com uma divisão de trabalho bem definida: às parteiras

cabiam os partos “naturais”, enquanto a ação do médico estava voltada à intervenção nas complicações (MAIA, 2010, p.31).

Segundo Brenes (1991, p.135), “a entrada dos médicos-parteiros nesta prática inaugurou, não só o esquadrinamento do corpo feminino, como a produção de um saber anatômico e fisiológico da mulher, a partir do olhar masculino”.

Foi nesse contexto que a obstetrícia nasceu como especialidade médica, sendo inicialmente denominada de Arte Obstétrica. Este processo ocorreu primeiro na Europa, nos séculos XVII e XVIII, tendo ocorrido um pouco mais tarde no Brasil, a partir da criação das escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, consolidando-se a partir do século XIX (BRENES, 1991, p.135).

Martins (2005) aponta que os estudos, até então incipientes, sobre o corpo feminino foram ganhando tratados e manuais que procuravam explicar a singularidade de sua anatomia e fisiologia, ao tempo em que prescreviam condutas através da higiene e recomendavam terapias a partir das patologias estudadas:

Também nesse período foram produzidos estudos mais objetivos a respeito da reprodução, tanto no campo da embriologia quanto no da obstetrícia, com o desenvolvimento da anatomia patológica e da prática mais sistemática de autópsias em mulheres grávidas e natimortos. Com isso, a medicina parecia estar desvendando segredos ou, na hipótese mais aceita, derrubando velhas superstições e desfazendo fantasias comuns à cultura erudita e à popular associadas ao corpo feminino, como os partos monstruosos ou antinaturais e a influência da imaginação da mulher sobre a formação do feto, entre outras (MARTINS, 2005, p.650).

A partir desse período, os obstetras empreenderam movimentos para controlar o evento do parto, circunscrevendo-o ao ambiente dos hospitais e maternidades, o que se tornou efetivo na metade do século XX (MAIA, 2010, p.31).

Essa mudança significou bem mais do que a troca de ambientes para os nascimentos ocorrerem e carregou em si transformações decisivas de ordem cultural, institucional e organizacional. Pouco a pouco, o saber médico foi ganhando espaço e se legitimando, até que no decorrer do último século os obstetras conseguiram tornar hegemônico o modelo de cuidado centrado no atendimento hospitalar ao parto, com predomínio dos processos fisiológicos e ênfase na incorporação de tecnologias na assistência materno-infantil (DIAS, 2006, p.7).

É inegável que os avanços tecnológicos dos últimos anos tiveram um importante papel na redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal. No entanto, contribuíram de forma decisiva para o ofuscamento de práticas consideradas “pouco científicas”, mas que

permitiam que a experiência do parto e do nascimento fosse vivenciada pela mulher e sua família com um sentido além do biológico (DIAS, 2006, p.7).

Assim, saíram da cena do parto as comadres e seu cuidado envolto em panos quentes, rezas, canjas e chás e entraram os médicos e o hospital com todo o aparato fármaco-químico e tecnológico, institucionalizando a prática intervencionista.

A repercussão da consolidação desse modelo será aprofundada a seguir na discussão sobre a atenção ao parto.

### 3.2 Modelo de Atenção à Saúde e sua Conexão com a Atenção ao Parto

A configuração de um modelo assistencial de saúde é uma representação lógica da organização e do funcionamento das ações e serviços que compõem o sistema de saúde. Essa representação revela além dos aspectos operacionais, a concepção de determinada sociedade sobre o processo saúde-doença, delimitando como o sistema vai responder às necessidades decorrentes desse processo.

Davis-Floyd (2001) descreve três modelos de assistência à saúde, estabelecendo aspectos característicos de cada um deles: o modelo tecnocrático, o humanista e o holístico.

Quadro 1- Características dos Modelos de Assistência à Saúde

Modelo Tecnocrático	Modelo Humanístico	Modelo Holístico
1.Separação corpo e mente e a concepção do corpo como máquina; 2. O paciente como objeto; 3. A alienação do paciente pelo profissional; 4. Diagnóstico e tratamento de fora para dentro; 5.Organização hierárquica; 6.Padronização da assistência; 7.Autoridade e responsabilidade inerentes ao profissional, e não ao paciente; 8. Supervalorização da ciência e da tecnologia; 9. Intervenções agressivas com ênfase em resultados de curto prazo 10. Percepção da morte como fracasso; 11.Sistema dirigido para o lucro; 12. Intolerância com outras modalidades de assistência	1.Conexão corpo e mente; 2. O corpo como um organismo; 3. O paciente como um sujeito relacional; 4.Conexão e cuidado entre profissional e paciente; 5. Diagnóstico e tratamento de dentro para fora e de fora para dentro; 6.Equilíbrio entre as necessidades da instituição e as do indivíduo; 7. Informação, tomada de decisão e responsabilidade divididas entre profissionais e pacientes; 8.Ciência e tecnologia contrabalanceadas com humanismo;9.Foco na prevenção da doença; 10. A morte percebida como um resultado possível; 11. Assistência motivada pela compaixão; 12. Abertura em direção a outras modalidades de assistência	1. Unidade corpo-mente-espírito; 2. O corpo como um sistema de energia ligado a outros sistemas de energia; 3. Assistência à pessoa completa em seu contexto de vida; 4. A unidade essencial entre profissional e cliente; 5.Diagnóstico e tratamento de dentro para fora; 6.Estrutura organizacional de rede que facilita a individualização do cuidado; 7. Autoridade e responsabilidade inerentes ao indivíduo; 8. Ciência e tecnologia a serviço do indivíduo; 9. Criação de condições de saúde e bem-estar a longo prazo; 10. A morte como uma etapa do processo; 11. A cura como o foco; 12. Adoção de diversas modalidades de assistência

Elaborado pela autora baseado em Davis-Floyd (2001, p.S6-S21)

O modelo tecnocrático de assistência à saúde tem sido hegemônico na maioria dos países, inclusive no Brasil. Esse modelo se coaduna com a organização da sociedade moderna, a qual privilegia o saber e o agir compartimentados, especializados, fragmentados. Está centrado no paradigma que fundamenta a formação superespecializada, com dependência dos recursos tecnológicos complexos, o que resulta em última instância na atomização do saber-fazer em saúde.

Aliás, essa é uma das principais características do paradigma técnico - científico. Ao exacerbar as dimensões da racionalidade e do individualismo, ao estabelecer a separação entre corpo e mente, “a ciência reduziu o primeiro a experiências de treinamento e repetição, e o segundo a circuitos neuronais especializados” (CARVALHO, 2008, p.24).

Essa visão retalhada da realidade impede a compreensão do todo, torna impossível apreender “o que é tecido junto”, ou seja, o complexo, de acordo com o sentido original do termo (MORIN, 2003, p.14).

Para Morin, “O conhecimento fragmentado e compartimentado não pode de maneira alguma ser incorporado em nossa existência e nutrir nossa arte de viver” (MORIN, 2011, p.139).

Ao pensar o modelo de atenção à saúde na qual está inserida a atenção ao parto, vê-se que o sistema de saúde no Brasil adota, ainda na atualidade, características de fragmentação que estão presentes desde a sua origem. Para Mendes (2009), aspectos dessa fragmentação podem ser vistos, por exemplo, na separação entre preventivo e curativo, individual e coletivo, público e privado, corpo e mente. Outro aspecto visível é aquele presente na estruturação de um modelo voltado para a atenção às condições agudas, o qual se reflete fortemente na modelagem da atenção que prioriza as situações de urgência/ emergência.

Ainda segundo Mendes (2009, p.94), os sistemas fragmentados continuam hegemônicos e “são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população”. Ressalta ainda, que não há articulação entre os níveis de atenção e nem há comunicação com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos.

A principal característica desses sistemas seria a organização da atenção em níveis de complexidades crescentes, com ordens e graus de importância diferenciados entre si, formando uma hierarquia. Essa é, portanto, uma concepção que fundamenta o SUS (MENDES, 2009, p.95).

O que se observa no contexto da atenção ao parto é o predomínio de um sistema fragmentado, com pontos de atenção isolados e que oferecem ações pulverizadas e pouco resolutivas.

Toma-se então como pressuposto que a assistência ocorre predominantemente dentro de um modelo medicalizado e hospitalar. Esse tipo de parto hospitalar, realizado por médico com o apoio de um complexo aparato tecnológico e fármaco-químico, tornou-se o modelo hegemônico, sendo denominado de “modelo tecnocrático” (MAIA, 2010, p.36).

### ***3.2.1 Política de Atenção Obstétrica no Brasil***

Embora pareça em certo sentido, contraditório, a política de atenção obstétrica definida pelo Ministério da Saúde para o país traz uma clara opção pelo referencial humanizado de atenção ao parto. Esse é o resultado da presença marcante dos movimentos sociais, especialmente do Movimento Feminista na articulação para a formulação da política de atenção à saúde da mulher nos espaços governamentais.

Significa, em primeira instância, retirar o parto do lugar de fenômeno unicamente fisiológico para colocá-lo na dimensão de evento biológico e sociocultural. Entretanto, não significa dizer que estamos vivenciando no país a transição de um modelo tecnocrático para um modelo humanizado de atenção ao parto, nem que as propostas de humanização representem adoção de um modelo humanístico, na concepção trazida por Davis-Floyd (2001).

Apesar de as normativas governamentais apontarem esse caminho, elas não são suficientes por si mesmas para alterar a realidade da assistência obstétrica no Brasil. A implementação de políticas públicas não ocorre mediante normas e decretos, mas envolve, pela natureza da arena política, um amplo espaço de avanços e recuos, de embates e negociações entre os atores sociais, representantes dos mais diferentes interesses.

Alterar o modelo de atenção ao parto para um modelo humanístico requer, portanto, profundas modificações no processo de organização das instituições, mas acima de tudo nas crenças e nos valores dos profissionais que atendem ao parto, formados e preparados para atuar em outro modelo (MAIA, 2010).

Estudos recentes estabelecem importantes reflexões sobre as condições a que são submetidas as mulheres usuárias de serviços públicos por ocasião do parto. (DIAS, 2006; MAIA, 2010; OLIVEIRA et al., 2008;)

**Geralmente ao ser admitida em uma maternidade pública no Brasil, a mulher é afastada de seus familiares, submetida a uma série de procedimentos que objetivam acelerar o trabalho de parto a fim de adequá-lo ao funcionamento do hospital, passa por diferentes ambientes como se estivesse em uma linha de montagem, permanece a maior parte do tempo sozinha, com dor, em jejum, seminua e cercada de pessoas estranhas que pouco interagem com ela (DIAS, 2006).**

Embora a humanização da assistência ao parto não constitua o foco do presente trabalho, é importante contextualizar a assistência nas maternidades públicas brasileiras, nelas incluída a maternidade de referência macrorregional na qual está focalizado o estudo. Este é um aspecto que vai se somar às condições desiguais de acesso para algumas gestantes, aumentando as condições de fragilidade e vulneração no momento do parto.

No Brasil, ao longo dos últimos anos, o Ministério da Saúde, em articulação com setores da sociedade civil, tem procurado através de suas ações normativas incentivar o redirecionamento das ações voltando-as à humanização do pré-natal e do parto.

Existe uma vasta regulamentação nesse sentido instrumentalizada por Leis, Portarias, Decretos, Resoluções e Normas Operacionais. Essa coletânea de princípios normativos versa sobre vários aspectos que vão desde normas arquitetônicas para instalação de serviços de assistência obstétrica e neonatal, ambiência para o funcionamento desses serviços, equipamentos, definição de um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, estabelecimento da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal até o instrumento mais recente, a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que institui no âmbito do SUS – a Rede Cegonha. Considerando a extensão desses dispositivos, o Apêndice A do presente trabalho fornece um detalhamento deles, caso haja interesse para consulta.

Para os fins deste estudo, destacam-se dessa normatização algumas definições padronizadas pela esfera normativa do SUS, as quais por terem sido utilizadas neste trabalho passam a ser adiante descritas.

### *3.2.1.1 Definições presentes na Política de Atenção Obstétrica e Neonatal do SUS relacionadas com o estudo*

Quadro 2- Definições sobre Assistência Obstétrica e Neonatal no SUS utilizadas no estudo

Definição	Instrumento Normativo
<b>Maternidade de Referência Secundária para Gestação de Alto Risco</b> – unidade habilitada para identificação do risco que necessite de encaminhamento à unidade de referência terciária. Deve estar integrada às centrais de regulação; dispor de infra-estrutura física que permita o atendimento de emergência em obstetrícia e neonatologia 24 horas; dispor de equipamentos necessários a esse atendimento e de serviços de diagnóstico e terapia (ultrassonografia, laboratório clínico, eletrocardiografia, entre outros); contar com equipe composta por obstetra, anestesiológico, neonatologista, clínico geral, enfermeiro, nutricionista e assistente social	Portaria GM nº 3.477, de 20 de agosto de 1998)
<b>Maternidade de Referência Terciária para Gestação de Alto Risco</b> – unidade que disponha de leitos, preferencialmente, para gestantes de alto risco referenciadas pela unidade secundária do sistema. Deve dispor em sua estrutura de Comitês de Estudo de Mortalidade Materna e de Estudo de Mortalidade Neonatal implantados e atuantes; deve dispor de infra-estrutura física para o atendimento à gestante de alto risco, incluindo: isolamento para infecção pós-parto e pós-curetagem, banco de leite materno, unidade de terapia intensiva adulto, unidade de terapia intensiva neonatal; serviços de diagnóstico e terapia 24 horas com radioimagem, ultrassonografia com Doppler, eletrocardiografia, entre outros; equipe técnica composta de neurologista, cardiologista, endocrinologista, nefrologista, cirurgião geral, clínico geral, ultrassonografista, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, neurocirurgião, psicólogo, nutricionista	Portaria GM nº 3.477, de 20 de agosto de 1998
<b>Acolhimento</b> - modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários	RDC nº36, de 03 de junho de 2008
<b>Humanização da atenção e gestão da saúde</b> – valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores	RDC nº36, de 03 de junho de 2008
<b>Gestação de Risco Habitual</b> – aquela cuja evolução se dá sem apresentar variações ou anormalidades	Manual da Gestante de Alto Risco – MS, 2001
<b>Gestação de Alto Risco</b> - entende-se como sendo aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de ser atingida por complicações que a média das gestações	Manual da Gestante de Alto Risco – MS, 2001
<b>Neonatal</b> - período que compreende os primeiros 28 dias de vida do recém-nascido	Manual Parto, Aborto e Puerpério. MS, 2001
<b>Período expulsivo</b> - o segundo período do parto. Inicia-se com a dilatação total da cérvix e termina com a expulsão do feto	Manual Parto, Aborto e Puerpério. MS, 2001

Fonte: Elaborado pela autora

### 3.2.1.2 Princípios Gerais e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal foi instituída através da Portaria GM nº 1.067 de 4 de julho de 2005, tendo por objetivo “o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a

ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2005).

Conforme já foi explicitado, os princípios e diretrizes dessa Política aproximam-se do preconizado para a humanização do parto e do nascimento, enfatizando em seu texto que a atenção prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização.

Podem ser destacados da Portaria os seguintes princípios e diretrizes:

- a) É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido;
- b) A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão;
- c) A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.

Avançando no detalhamento desses princípios a Portaria estabelece dentre outras diretrizes:

[...] **toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;** (...) todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura; toda mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal têm direito a atendimento adequado e seguro; as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nos incisos acima” (BRASIL, 2005, grifo nosso).

Destaque merece ser dado ao fato de que os princípios que se referem à humanização do parto e do nascimento, embora perpassem toda a normatização do SUS não se constituem em quebra efetiva do modelo tecnocrático de atenção. Exemplo disso é a enorme disparidade entre os preceitos estabelecidos e a dura realidade enfrentada pelas mulheres usuárias do SUS em busca do atendimento ao parto. Apesar de essas normativas governamentais existirem desde a última década, poucas mudanças têm sido observadas no cotidiano dos serviços.

Decorridos seis anos da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, o Ministério da Saúde institui através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha. Segundo o estabelecido nessa Portaria, a Rede Cegonha “consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011a).

Apresenta como principais objetivos:

Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a).

Observe-se que os princípios e diretrizes não diferem daqueles já estabelecidos em normas anteriores, no entanto propõe a reorganização da rede de serviços e introduz um novo componente voltado para os sistemas logísticos de transporte sanitário e regulação. Estabelece novos mecanismos de financiamento para a expansão da oferta e define mecanismos de contratualização entre os entes federados, definindo as responsabilidades dos integrantes da Rede.

### ***3.2.2 Política de Atenção Obstétrica e Neonatal em Pernambuco***

A atenção obstétrica e neonatal em Pernambuco é coordenada pela Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE). Dentre as suas atribuições encontram-se a articulação com os sistemas municipais de saúde, a regulação dos fluxos assistenciais e a oferta de ações voltadas ao atendimento à gestação de alto risco.

As diretrizes gerais da atenção obstétrica e neonatal estão em consonância com a Política Nacional, destacando-se como estratégias de enfrentamento: a rede Cegonha e o Programa Mãe Coruja.

Pernambuco foi um estado que aderiu de imediato à implantação da Rede Cegonha, entendida como instrumento de reorganização da assistência. Para a SES/PE trata-se da construção de uma rede organizada segundo linhas de cuidado, em consonância com o desenho da Regionalização.

A Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIBE) em 19 de setembro de 2011, por meio da Resolução CIB/PE Nº. 1723 homologou a Implantação da Rede Cegonha prioritariamente nas Regiões de Saúde I (Metropolitana), IV (Caruaru) e VIII (Petrolina); as Diretrizes para remodelagem da Rede Materno e Infantil de Pernambuco; e a Instituição do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha. Esse processo de reordenamento foi construído com os municípios através de pactuação nos Colegiados de Gestão Regionais (CGR) tendo sido construídos Planos de Ação Municipais da Rede Cegonha e Planos de Ação Regionais.

Uma das grandes expectativas referenciadas pelos gestores consiste no aporte financeiro de incentivos de investimento e custeio que irá impactar positivamente na qualidade da assistência prestada.

A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde.

A outra estratégia adotada, o Programa Mãe Coruja Pernambucana foi criado em 2007, por meio do Decreto de nº 30.859 de 04 de outubro de 2007, tendo sido instituído como Lei Estadual nº 13.959, de 15 de dezembro de 2009. Com execução intersetorial, está implantado em 103 municípios do Estado, dos quais 13 em municípios prioritários da IV Região e nos 21 da V Região de Saúde (Dados retirados da entrevista com Representante B da Gestão Estadual).

Tem como objetivo garantir uma boa gestação e um bom período posterior ao parto às mulheres, e às crianças o direito a um nascimento e desenvolvimento saudável. A ação busca reduzir a morbi-mortalidade materna e infantil, assim como estimular o fortalecimento dos vínculos afetivos entre mãe, filho e família. Além da implantação e equipagem dos Cantos Mãe Coruja, o Programa investe também na estruturação de equipamentos para utilização nas maternidades por meio de convênios com os municípios (PERNAMBUCO, 2011a).

Do ponto de vista da oferta de serviços de saúde a rede obstétrica estadual conta com uma capacidade hospitalar instalada de 2.012 leitos obstétricos distribuídos em 144 estabelecimentos de saúde. Desses serviços, 06 estão caracterizados como serviços de atenção ao alto risco para gestantes e recém-nascidos. Além dos serviços próprios, a rede obstétrica estadual conta com leitos de UTI adulto contratados com a rede conveniada ao SUS. Em relação aos leitos neonatais, existem 119 leitos de UTI e 163 de UCI (PERNAMBUCO, 2011b).

### **3.2.3 Política de Atenção Obstétrica na Macrorregional de Saúde**

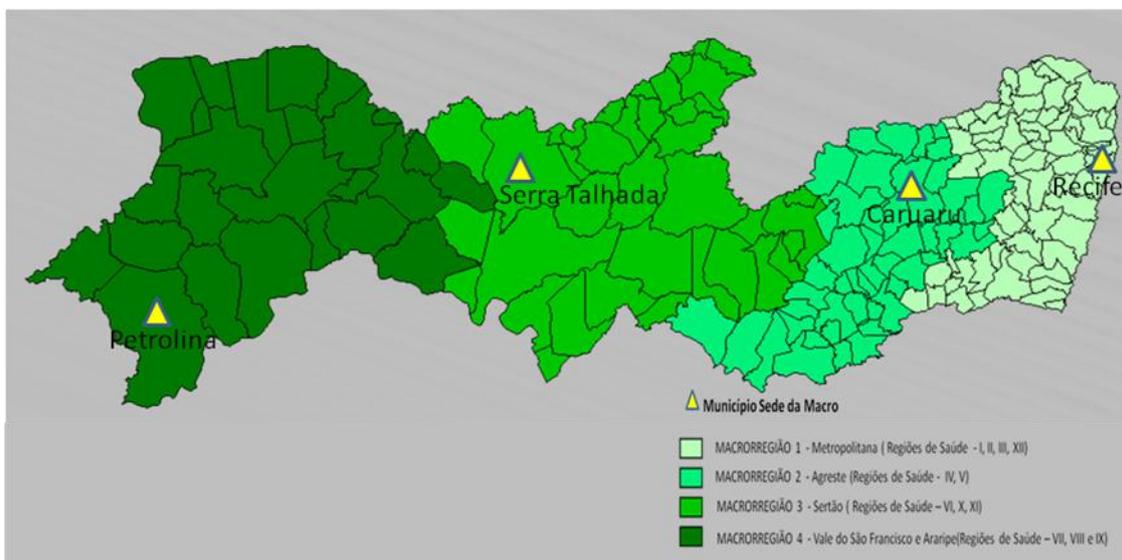
A atenção obstétrica e neonatal na macrorregional de saúde está configurada a partir da maternidade de referência localizada em Caruaru. Até setembro de 2011, a área de abrangência da Macrorregião Caruaru correspondia a 87 municípios distribuídos em cinco regiões de saúde localizadas do Sertão ao Agreste do estado, com uma população estimada em dois milhões e quinhentos mil habitantes.

Por ser o único serviço de referência especializado para essa população, a maternidade ocupou durante muitos anos a posição de maior maternidade pública em número de partos do Estado de Pernambuco, chegando a realizar cerca de cinco mil partos por ano.

Com o objetivo de reorganizar as redes de saúde, nelas incluída a rede obstétrica e neonatal, houve uma nova divisão territorial da área do estado, passando a contar com 04 macrorregiões de saúde, 12 regiões de saúde e 11 microrregiões. Nesse novo desenho do Plano Diretor de Regionalização do Estado de Pernambuco, aprovado em 19 de setembro de 2011, pela CIBE, a Macrorregião Agreste comporta apenas duas regiões de saúde: a IV e a V, que correspondem às Regiões de Caruaru e Garanhuns, respectivamente. Haverá uma redução considerável na área de abrangência da maternidade macrorregional passando de 87 para 53 municípios e reduzindo o contingente populacional de 2.500.000 para 1.755.230 habitantes.

O mapa a seguir demonstra a nova configuração das Macrorregiões de Saúde de Pernambuco

Mapa 1 – Macrorregiões de Saúde de Pernambuco, 2011



Fonte: Pernambuco (2011c)

A exemplo das demais macrorregiões de saúde, na Macrorregião Agreste foram aprovados pelas respectivas Comissões Intergestores Regionais (CIR), os Planos de Ação Regional e Municipais da Rede Cegonha como documentos orientadores para a execução da Rede Cegonha, os quais encontram-se em fase de análise pelo Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha.

### 3.2.3.1 Caracterização da Maternidade de Referência Macrorregional

A maternidade de referência macrorregional é uma unidade de saúde sob gestão pública estadual, localizada no Agreste Central de Pernambuco. Dispõe de 93 leitos assim distribuídos: 42 leitos no Alojamento Conjunto, 13 na Enfermaria Canguru, 13 na Unidade Neonatal Interna, 05 na Unidade Neonatal Externa, 12 na Enfermaria de Alto Risco, 06 na Enfermaria de Pré- Eclâmpsia e 02 leitos de isolamento. Possui em seu quadro funcional 577 funcionários entre efetivos, contratados e terceirizados. Desse total, 84 são médicos das seguintes especialidades: obstetras, neonatologistas, anesthesiologistas, cardiologistas e ultrassonografistas. A equipe técnica conta com enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e biólogo.

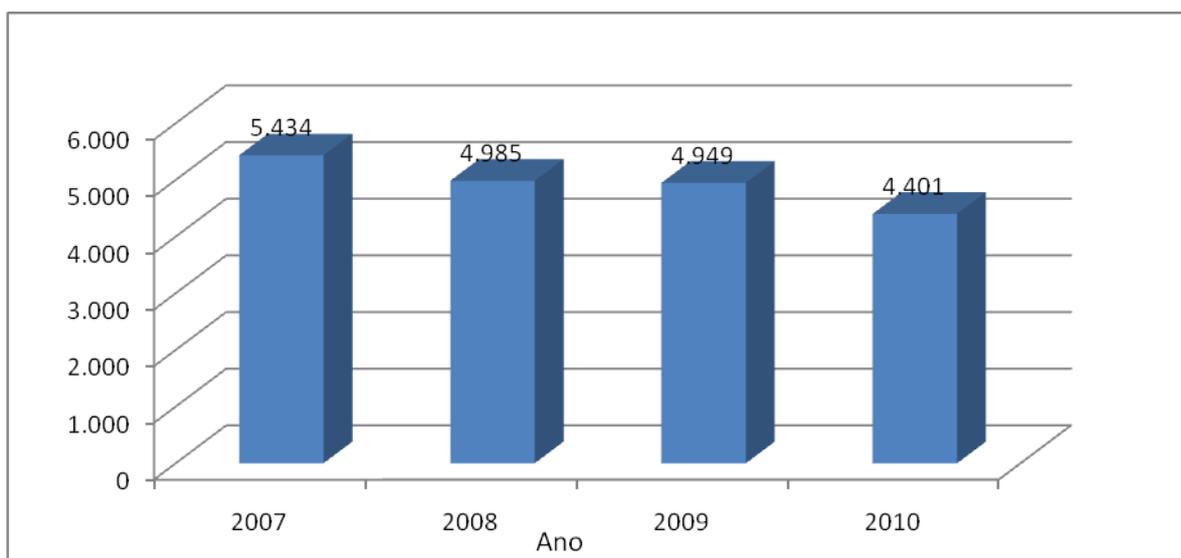
Em sua estrutura física dispõe de um Banco de Leite Humano, tendo recebido desde 1998 o título de Hospital Amigo da Criança. Seu Centro Obstétrico é formado por 03 salas para o parto normal e 02 para os partos cirúrgicos, dispondo de 04 leitos na Sala de

Recuperação Pós-Anestésica. A estrutura física da Enfermaria de expectativa dispõe de 10 leitos. Dispõe de equipamentos que garantem o suporte avançado à vida de adultos e recém-nascidos. Apesar de não dispor de UTI obstétrica, a enfermaria de Pré-Eclâmpsia está equipada com monitores multiparâmetros, ventilador pulmonar, bombas de infusão e outros equipamentos que permitem o monitoramento adequado da gestante e da puérpera em todas as fases de controle da medicação, bem como, permitem a estabilização de quadros mais graves antes da remoção para unidades de maior complexidade assistencial.

Possui uma Casa de Apoio às Mães cujos bebês estão na Unidade Neonatal com capacidade para acolher 18 mães.

O gráfico a seguir demonstra os nascidos vivos nesta maternidade no período de 2007 a 2010:

Gráfico 1- Nascidos Vivos na Maternidade Macrorregional, 2007-2010



Fonte: PERNAMBUCO. Hospital Jesus Nazareno. SINASC, 2010.

### 3.3 Acesso Desigual ao Parto

O termo acesso deriva do latim *accessus* e significa “ato de ingressar, entrada, ingresso; possibilidade de chegar a, aproximação, chegada; possibilidade de alcançar algo” (HOUAISS, 2001). Essa tem sido a principal acepção utilizada para o termo, mesmo ressalvando-se que o seu conceito tem assumido múltiplas e específicas dimensões.

No campo da saúde, o acesso está relacionado, principalmente, ao ingresso no sistema. Pode-se considerar como acesso tanto a chegada do usuário ao sistema através de uma “porta

de entrada” que lhe garanta o acolhimento, quanto os caminhos que precisam ser percorridos por ele para conseguir o atendimento de sua necessidade (JESUS; ASSIS, 2010).

Pode ainda ser concebido “como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza a entrada de cada usuário, ou paciente, na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade, bem como em suas diversas modalidades de atendimento” (BRASIL, 2011b). Nessa lógica de conceituação, o acesso estaria relacionado com as características da oferta e da disponibilidade de recursos, levando em conta, sobretudo, o grau de facilidade ou dificuldade para obter o tratamento desejado.

Para Vuori (1991) a garantia de acesso pressupõe a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis, trazendo em si a concepção de acessibilidade.

Donabedian (1973) considera o acesso no sentido de acessibilidade e a denomina como o “conjunto de fatores que intervêm entre a capacidade real ou potencial de produzir serviços e a capacidade, também real e potencial, de consumo dos mesmos” (BRASIL, 2011b). O autor estabelece a distinção entre dois tipos de acessibilidade: a sócio-organizacional, que é definida pelas características da oferta de serviços e a acessibilidade geográfica que está relacionada com aspectos como a distância e tempo de locomoção, custos de transporte, entre outros.

Os autores Jesus e Assis (2010) ao desenvolverem em estudo, uma revisão conceitual do termo atribuem uma concepção multidimensional para acessibilidade e acesso, considerando este último em quatro dimensões: técnica, econômica, política e simbólica.

A dimensão técnica compreenderia aqueles aspectos ligados à forma como está organizada a oferta (regionalização, hierarquização, definição de fluxos).

A dimensão econômica refere-se às questões ligadas à relação entre a oferta e a demanda, podendo esta relação ser entendida “como a relação existente entre a capacidade de oferecer serviços e a necessidade de assistência de uma dada população”.

A dimensão política pressupõe que a construção do acesso se dá pela participação cidadã e pelo controle social, através de intervenções sobre o sistema de saúde e sobre as práticas de trabalho e de gestão.

A dimensão simbólica “inclui as percepções, a atuação dos sujeitos, as representações sociais sobre o processo saúde-doença, relacionadas diretamente com a forma como o

sistema de saúde se organiza para atender às necessidades dos sujeitos individuais e coletivos” (BRASIL, 2011b).

Para as autoras Travassos e Martins (2004) em seu trabalho de revisão conceitual de acesso e utilização dos serviços de saúde, constata-se na literatura especializada uma tendência de ampliação do conceito de acesso com deslocamento do eixo que o considera como entrada nos serviços para aquele que o considera em função dos resultados dos cuidados recebidos.

### **3.3.1 A Questão da Desigualdade**

A questão da desigualdade no acesso aos serviços e ações de saúde vai ganhando novas conformações conceituais à medida que se aprofundam alguns aspectos, os quais necessitam de uma avaliação crítica. Um desses aspectos diz respeito à análise de como poderão ser desenvolvidas políticas públicas baseadas no princípio do direito à igualdade e à integralidade na assistência à saúde e que garantam ao mesmo tempo a universalidade do acesso a todos os cidadãos.

Arreguy e Schramm (2005) produziram trabalho de revisão de alguns estudos com o objetivo “de refletir se os princípios do SUS são logicamente consistentes e praticamente compatíveis entre si, ou se, ao contrário são logicamente contraditórios e praticamente excludentes”. A pertinência de análise dessas questões se faz diante da necessidade de considerar a garantia da saúde como direito de todos e a impossibilidade concreta de os sistemas universalistas disporem de infinitos recursos para o atendimento de todas as necessidades.

Surge então no debate, a questão de como distribuir de forma justa recursos insuficientes, ou seja, “o que fazer quando os recursos disponíveis são quantitativamente menores que os necessários?” (ARREGUY ; SCHRAMM, 2005).

As respostas que possam ser dadas à justa forma ou à justa medida remontam necessariamente ao conceito de justiça que esteja lastreando o pensamento de quem as formula. No entanto, a ideia de justiça e os conceitos que dela derivam estão sempre relacionados a um determinado contexto histórico e cultural.

Comte-Sponville (1995, p.71) ao tratar da questão da justiça, afirma que ela “se diz em dois sentidos: como conformidade ao direito (*jus*, em latim) e como igualdade ou proporção”.

Essa concepção presente em Aristóteles “situa-se neste duplo respeito à legalidade na Cidade e à igualdade entre os indivíduos”.

No pensamento de Aristóteles já podem ser encontradas as primeiras interpretações de equidade, referida no princípio da proporcionalidade natural no qual “as pessoas iguais deveriam ser tratadas igualmente e as desiguais deveriam ser tratadas desigualmente” (FORTES, 2008). Ressalte-se que a sociedade grega considerava as desigualdades e as diferenças vindas da natureza.

A busca de justiça, sobretudo a de justiça social, tem colocado a equidade como questão central tanto na discussão teórica sobre justiça quanto no que se refere à discussão sobre a implementação de políticas sociais (BRASIL, 2011b).

No pensamento contemporâneo sobre justiça social a elaboração de propostas “tem sido pautada pela necessidade de definir a igualdade almejada, as desigualdades aceitáveis, e as desigualdades que seriam, inclusive, desejáveis” (BRASIL, 2011b, p.42).

Pode-se considerar que o conceito de justiça distributiva é relativamente recente, tendo se consolidado de maneira mais efetiva a partir da Segunda Guerra Mundial. Baseia-se na concepção de que cabe ao Estado a intervenção no campo social e econômico para garantir a distribuição de bens para as pessoas, independentemente do mérito pessoal. Para isso, tal ideia de justiça deve estar assentada em bases racionais e atender ao princípio da dignidade humana, tal como concebido no pensamento kantiano “de que as pessoas são fins em si mesmas e não somente meios de se atingir outros propósitos ou finalidades” (FORTES, 2008, p.27).

Um marco fundamental na elaboração conceitual de justiça no pensamento contemporâneo foi a Teoria da Justiça de John Rawls.

Na década 70 do século XX, Rawls formula uma importante contribuição teórica ao fundamentar a visão de justiça como equidade.

Embasando-se na influência contratualista de Rousseau desenvolve sua Teoria de Justiça e a descreve partindo de uma situação imaginária, hipotética, concebida por ele como “posição original”, na qual as pessoas livres e iguais se despojariam de suas simpatias e ódios para escolher sob o “véu da ignorância” os princípios de justiça que governariam a estrutura básica da sociedade, ou seja, desconheceriam não só as capacidades e preferências de cada um, mas o lugar social que estaria reservado a cada um ao final do processo.

A segunda concepção da justiça liberal rawlsiana está assentada na formulação de sociedade bem ordenada, (*well-ordered society*), “a qual é regulada por uma concepção política e pública de justiça, aceita por todos os cidadãos, nos termos equitativos de cooperação social” (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005, p.134).

Na formulação de Rawls, uma sociedade liberal-democrática justa teria os seguintes princípios:

- 1) Cada pessoa tem direito igual a um esquema plenamente adequado de direitos e liberdades básicas iguais, sendo esse esquema compatível com um esquema similar para todos.
- 2) As desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições: primeiro, elas devem estar ligadas a cargos e posições abertos a todos em condições de justa igualdade de oportunidade; segundo, elas devem beneficiar maioritariamente os membros menos favorecidos da sociedade. Cada um desses princípios aplica-se a uma parte diferente da estrutura básica; ambos dizem respeito não apenas aos direitos, liberdades e oportunidades básicas, mas também às demandas de igualdade; a segunda parte do segundo princípio subscreve o valor (*worth*) dessas garantias institucionais. Em conjunto, e se se dá prioridade ao primeiro, eles regulam as instituições básicas que realizam esses valores [...] (Rawls, 1992, p.30).

Embora considere a importância da teoria da justiça de Rawls, o economista indiano Amartya Sen<sup>2</sup> a critica por produzir um único conjunto de ‘princípios de justiça’, que dizem respeito exclusivamente ao estabelecimento de ‘instituições justas’, as quais comporiam a base da sociedade, requerendo, no entanto que o comportamento das pessoas cumpra integralmente as exigências do funcionamento apropriado dessas instituições (SEN, 2011).

Em sua concepção de justiça, Sen preconiza uma igualdade de oportunidades, a partir da caracterização de capacidades e funcionamentos. Capacidades referem-se à liberdade de escolha de um indivíduo frente a diferentes tipos de vida. Funcionamentos representam partes dos elementos constituintes do bem-estar para cada pessoa.

Rodrigo-Siqueira e Schramm (2005, p.137) ao discorrerem sobre a contribuição de Sen afirmam:

A abordagem com base nas capacidades e funcionamentos representa um grande avanço no debate sobre igualdade e justiça, pois representa uma visão dos propósitos humanos não detida no espaço do “ter”, inscrevendo-se, outrossim, no espaço do “fazer” e do “ser” (Kerstenetzky, 2000), abolindo a determinação heterônoma do que deve ser igualado, passando a voz de escolha ao titular da própria existência; possibilitando, em suma, o empoderamento sobre seu caminho. Há, deste modo, a integração de uma saudável distribuição de meios plurais para a realização de uma multiplicidade de anseios e valores caros para aquele que detém a escolha.

<sup>2</sup> O economista indiano Amartya Sen foi o criador, juntamente com Mahbub ul Haq, do IDH- Índice de Desenvolvimento Humano, indicador que vem sendo utilizado desde os anos 90 pela Organização das Nações Unidas em seu Relatório de Desenvolvimento Humano, apresentado anualmente. Recebeu o Prêmio Nobel de Economia em 1998 por suas contribuições à *economia do bem-estar*. Já lecionou na London School of Economics, na Universidade de Oxford e foi Reitor da Universidade de Cambridge. É Professor de Filosofia e Economia na Universidade de Harvard.

Destaque-se, portanto, que no contexto do presente trabalho estabelece-se uma aproximação entre as contribuições de Sen e a Bioética da Proteção. Sem capacidades nem funcionamentos, o indivíduo encontra-se em situação de vulneração, requerendo, portanto, a proteção do Estado.

Para Berlinguer (2004) o direito à saúde não pode ser entendido em termos de igualdade, mas sim de equidade. O autor lembra que nem todas as diferenças quanto à saúde podem ser classificadas como injustas, visto que existem diferenças específicas de natureza genética e das livres escolhas de cada indivíduo.

Há, no entanto, um vasto campo onde ocorre a distribuição iníqua das doenças a partir da forma como está estruturada a sociedade, exacerbando as diferenças ligadas à colocação na hierarquia social e àquelas ligadas ao saber e ao poder.

Referenciando a afirmação da Organização Mundial de Saúde (OMS), o autor sintetiza que “A iniquidade na saúde refere-se às diferenças que são *não necessárias* e que são *evitáveis*; e ao mesmo tempo, *inaceitáveis* e *injustas*” (BERLINGUER, 2004, p.257). Traduzindo essas avaliações, define ainda que “a equidade consiste em criar ou favorecer, para cada indivíduo, a possibilidade de perseguir e de atingir o nível potencial de saúde que lhe é próprio” (BERLINGUER, 2004, p.258).

No contexto da saúde pública, tem sido especialmente importante a discussão sobre equidade, à medida que implica diretamente na escolha de prioridades para alocação de recursos e para a definição de políticas públicas.

Os autores Garrafa, Oselka e Diniz (1997), trazem as seguintes considerações acerca da igualdade, da equidade e do direito à saúde:

A igualdade é a consequência desejada da equidade, sendo esta o ponto de partida para aquela. Ou seja, é somente através do reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais que se pode alcançar a igualdade. A igualdade não é mais um ponto de partida ideológico que tendia a anular as diferenças. A igualdade é o ponto de chegada da justiça social, referencial dos direitos humanos e onde o próximo passo é o reconhecimento da cidadania.

A equidade é, então, a base ética que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos. É somente através deste princípio, associado aos princípios da responsabilidade (individual e pública) e da justiça, que conseguiremos fazer valer o valor do direito à saúde. A equidade, ou seja, o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais, é o caminho da ética prática em face da realização dos direitos humanos universais, entre eles o do direito à vida representado, neste debate, pela possibilidade de acesso à saúde. A equidade é o princípio que permite resolver parte razoável das distorções na distribuição da saúde, ao aumentar as possibilidades de vida de importantes parcelas da população (GARRAFA; OSELKA ; DINIZ, 1997, p. 4)

Considerando o objeto de estudo que pretende ser aprofundado neste trabalho, a questão do acesso assume dimensões que precisam ser problematizadas à luz da ética, pois se configuram em acontecimentos que expõem sujeitos sobre os quais pesam situações de desigualdade, evidenciadas em iniquidades e injustiça sanitária e social. Dar visibilidade a essas desigualdades e às questões morais a elas inerentes constitui um dos pilares de uma Bioética comprometida com a realidade, que possa assumir o papel de promover a reflexão sobre esta realidade e, ao mesmo tempo, contribuir para a sua transformação.

Trata-se, portanto, de percorrer um caminho teórico que possa delinear a ética como uma condição necessária para estar no mundo, para mediar as relações entre pares, fomentando atitudes morais como respeito, equanimidade e empatia (KOTTOW, 1995).

### 3.4 Ética

Cabe inicialmente uma distinção sobre ética e moral, já que os termos muitas vezes são usados indistintamente por alguns autores.

Uma primeira conceituação que se poderia fazer de ética, distinguindo-a de moral seria aquela trazida por Morin (2011, p.15): “Usemos ‘ética’ para designar um ponto de vista supra ou metaindividual; ‘moral’ para situar-nos no nível da decisão e da ação dos indivíduos. Mas a moral individual depende implícita ou explicitamente de uma ética”.

Boff (2003, p.13) estabelece a seguinte distinção para ética e moral: “Ética é um conjunto de valores e princípios, de inspirações e indicações que valem para todos, pois estão ancorados na nossa própria humanidade” Quanto à conceituação de moral, afirma “a moral é o conjunto de normas que organizam a vida das pessoas, das comunidades e das sociedades e, hoje, da comunidade planetária” (BOFF, 2003, p.13).

Cortina e Martinez (2010, p.9) tratam a Ética como a parte da Filosofia que se dedica à reflexão sobre a moral, constituindo-se um tipo de saber construído racionalmente, utilizando essa construção “o rigor conceitual e os métodos de análise e explicação próprios da Filosofia”.

Para esses autores a Ética teria uma tripla função. A primeira seria *esclarecer* o que é a moral. A segunda, *fundamentar* a moralidade, isto é, “averiguar as razões que oferecem sentido ao esforço dos seres humanos de viver moralmente” e, por fim, “*aplicar* aos diferentes

âmbitos da vida social os resultados obtidos nas duas primeiras funções” (CORTINA; MARTINEZ, 2010, p.21).

Essa terceira função da Ética estaria, portanto, ligada à aplicação de suas descobertas aos diferentes âmbitos da vida social, considerando que cada tipo de atividade tem suas próprias exigências morais constituindo a especificidade de seus valores. Nesse sentido, a ética aplicada é essencialmente interdisciplinar, vez que requer que os especialistas de cada campo ajam cooperativamente com os eticistas, objetivando verificar quais são os “bens internos” que devem emergir de cada um desses campos para a sociedade e quais são os “valores e hábitos” que precisarão ser incorporados para alcançar esses bens (CORTINA ; MARTINEZ, 2010).

Dentre os diversos campos de aplicação da ética, surge um especialmente importante para a fundamentação do presente estudo que é a Bioética.

### 3.5 Bioética

Segundo Schramm (2007) a bioética é fruto de um movimento cultural e político surgido entre os anos 50 e 60 do século XX, conhecido como a ética aplicada, chamada também *neoaristotelismo ou reabilitação da filosofia prática* na Alemanha e *neopragmatismo* nos Estados Unidos. Destaca as ferramentas indispensáveis da bioética:

Tanto a razão teórica como a razão prática seriam ferramentas indispensáveis da bioética, sendo que a primeira permitiria avaliar a qualidade cognitiva e lógica dos raciocínios morais ( consistência), ao tempo que a segunda permitiria avaliar a qualidade “moral” das ações, legitimadas por tais raciocínios, pela ponderação de suas consequências reais ou prováveis (moralidade da ação) e/ou pelo caráter de seu agente (moralidade do agente) (SCHRAMM, 2007, p.5).

Conforme pode ser apreendido do texto acima, a bioética utiliza a análise racional e imparcial dos argumentos quando existe alguma disputa de interesses no campo moral, mas também utiliza o saber prático para avaliar qual das soluções propostas pode ser considerada a mais razoável do ponto de vista da ponderação de suas consequências, por exemplo, pelo usuário.

Pode-se dizer que a necessidade de a bioética utilizar-se tanto da razão teórica quanto da razão prática para construir e desconstruir a argumentação racional na qual se fundamenta, decorre substancialmente da natureza dos objetos de estudo de seu campo de atuação. Considerando que o nascer, o viver e o morrer penetram praticamente todos os âmbitos da

vida individual e coletiva, a análise de seus problemas, conceitos e métodos é objeto de interesse de especialistas de diversos campos de conhecimento, mas também de qualquer cidadão minimamente informado e preocupado com estas questões (SCHRAMM, 2007, p.9).

Kottow (1995, p.53), sintetiza a definição de bioética da seguinte forma “a bioética é o conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos cujos efeitos afetam profunda e irreversivelmente, de maneira real ou potencial, os sistemas vivos”. Esta concepção apesar de ser abrangente, não se torna especialmente genérica como aquela que define bioética como a “ética da vida”.

Os autores Kuhse e Singer (1998, p.4) definem Bioética como:

Um novo campo de investigação que visa compreender de forma crítica as consequências de uma ação [...] responder questões filosóficas substantivas relativas à natureza da ética, ao valor da vida, ao que é ser uma pessoa, ao sentido do ser humano, incluindo as consequências das políticas públicas e o rumo e controle da ciência

Para Schramm (2005), a bioética ultrapassa a barreira de se constituir apenas em uma reflexão de segunda ordem, a exemplo de qualquer outra ética anterior de tipo analítico, hermenêutico ou desconstrutivo sobre os atos humanos, para assumir um viés importante como ética aplicada, prática, que tenta dirimir conflitos morais existentes. Para isso, assumiria um triplo papel na resolução dos conflitos.

O primeiro estaria ligado à condição necessária de descrever e compreender de maneira mais racional e imparcial possível, os fatos consistentes em conflitos e dilemas morais.

O segundo estaria ligado à normatização, à medida que pretende resolvê-los propondo as ferramentas que podem ser consideradas mais adequadas para proscriver os comportamentos incorretos e prescrever os que podem ser considerados corretos, a partir de processos de crítica e justificação.

O terceiro seria um papel protetor, aqui entendido como a proteção dos envolvidos ameaçados ou desamparados pela(s) prática(s) humana(s).

A origem do termo bioética foi durante muito tempo atribuída ao oncologista americano Van Rensselaer Potter que teria cunhado o neologismo *bioethics*, em 1970 (GARRAFA, 2005, 2006). Nesse artigo de Potter<sup>3</sup>, a bioética é definida como uma ponte

---

<sup>3</sup> Potter: **Bioethics: the science of survival**. Perspectives in biology and medicine 1970;14:127-153.

entre a ciência e as humanidades, destacando os aspectos da preocupação ética com a sobrevivência do homem no planeta (GOLDIM, 2006).

No entanto, há registros de que em 1927<sup>4</sup> em artigo publicado no periódico alemão *Kosmos*, Fritz Jahr utilizou pela primeira vez o termo bioética, cuja grafia *Bio-Ethik* guarda as características da língua alemã. Para ele, a Bioética surge do reconhecimento de obrigações éticas não relacionadas apenas ao homem, mas a todos os seres vivos. Destaca-se no artigo de Jahr a proposição de um “imperativo bioético” inspirado em Kant: “respeita todo ser vivo essencialmente como um fim em si mesmo e trata-o, se possível como tal” (GOLDIM, 2006).

No decorrer dos anos 70 do Século XX, a bioética consolidou-se a partir do ancoramento em quatro princípios básicos, considerados universais, ficando mundialmente conhecida como *principlista*. Esses quatro princípios (não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça) assumem caráter universal, prestando-se à análise dos atos morais preponderantes na ética interpessoal (PONTES, 2003).

Nos anos seguintes, a bioética ficou reduzida à área biomédica como âmbito de atuação, especialmente em relação às falhas dos códigos deontológicos, atuando como moderador em conflitos éticos que envolviam circunstâncias específicas relacionadas com danos em pesquisas ou relativas à aplicação das biociências e da biotecnologia (PORTO, 2006).

No início dos anos noventa começaram a surgir as primeiras críticas a essa formulação principlista, especialmente no que se refere à universalidade dos seus princípios e às limitações diante de macroproblemas coletivos, como é o caso dos problemas sanitários e ambientais (GARRAFA, 2005).

A grande distância entre as novas conquistas tecnológicas e a realidade sanitária dos países latino-americanos suscitou imensos questionamentos acerca desse modelo, gestando novos modelos conceituais para a bioética, os quais passaram a discutir não apenas a ética das relações e as implicações morais condicionantes do começo, curso e do fim da vida, mas, questões concretas relacionadas às políticas sanitárias e equidade na alocação de recursos nesse campo (PORTO, 2006).

Especialmente no Brasil surgiram novas proposições teóricas que se contrapunham ao recorte principlista da bioética. As principais correntes foram a Bioética de Intervenção e a Bioética da Proteção. A primeira, pautada na classificação dos conflitos em persistentes

---

<sup>4</sup> O responsável pela descoberta do texto de Fritz Jahr foi o Prof. Rolf Löther, da Universidade Humbolt/Alemanha, em 1997.

(aqueles mais antigos, como a exclusão social, a discriminação, a vulnerabilidade, o aborto) e em emergentes (os mais recentes como a genômica, os transplantes ou as tecnologias reprodutivas) (PORTO, 2006).

Ao referir-se ao campo epistemológico e metodológico da Bioética de Intervenção, a autora afirma:

[A Bioética de Intervenção] entende a necessidade de abarcar a totalidade dos sujeitos sociais, analisando as relações de poder entre indivíduos, grupos e segmentos e os padrões éticos que orientam essas relações. [...] Preconiza que na esfera pública é moralmente justificável a priorização de políticas públicas que privilegiem o maior número de pessoas durante o maior espaço de tempo possível e que resultem no bem comum, ou seja, nas melhores consequências para toda a coletividade. No campo privado e na dimensão individual essa vertente defende a necessidade de fomentar o empoderamento, sustentar a libertação e garantir a emancipação dos sujeitos sociais, buscando assim alcançar sua inclusão plena na dinâmica relacional da sociedade (PORTO, 2006, p.38-39).

A segunda, a Bioética da Proteção, foi proposta por Schramm e Kottow (2001), a partir da formulação acerca da necessidade de ampliar o alcance da bioética para abordar os problemas morais intrínsecos às políticas públicas, nelas incluída, a saúde.

### 3.6 Bioética da Proteção

Considerando a especificidade dos problemas morais que se apresentam no campo da saúde pública, os pesquisadores latinoamericanos Schramm e Kottow (2001) propuseram a Bioética da Proteção como ferramenta válida para enfrentar as questões de justiça sanitária em situações de escassez de recursos.

Embora tenha surgido no contexto da análise de problemas mais afeitos aos países em desenvolvimento, as ferramentas conceituais da Bioética da Proteção podem ser utilizadas para a análise dos conflitos e dilemas morais que surgem na era da globalização, sobretudo quando se considera a exigência de proteção não só dos indivíduos, mas da própria espécie humana ameaçada (SCHRAMM, 2007).

A Bioética da Proteção está alicerçada no *princípio de proteção*, o qual por sua vez, está associado ao dever que o Estado tem de proteger seus cidadãos contra ameaças e agressões externas, epidemias, calamidades e catástrofes. Este papel protetor tem sido considerado por Schramm (2008), como o mais próximo do sentido original do termo grego *ethos* utilizado com o significado de “guarda” e, portanto, com uma função de proteção contra ameaças externas.

Pode-se considerar, então, que a Bioética da Proteção possa ser pensada em um sentido mais estrito como o de dar amparo aos indivíduos ou populações que não possuam *capacidades* suficientes para realizar seus legítimos projetos de vida; ou em um sentido mais amplo, expandido-se o campo da consideração moral de que os nossos atos têm consequências negativas sobre outros seres sencientes, ou ainda sobre um ecossistema ou sobre o planeta como um todo, devendo portanto, ser protegidos das consequências questionáveis dos agentes morais (SCHRAMM, 2007).

A principal crítica feita por Schramm e Kottow (2001) à bioética *principlista* reside no fato de que os seus quatro princípios – não maleficência, beneficência, autonomia e justiça – prestam-se à análise da moralidade dos atos individuais e não às questões mais coletivas inerentes ao campo da saúde pública. Para eles, o *princípio da proteção*, enquanto especificação do *princípio de responsabilidade* seria o mais adequado para focar os problemas morais da saúde pública. Tal responsabilidade deve ser considerada como o fundamento moral da atuação do Estado Mínimo em seu papel protetor, o que confere, também, legitimidade ao Estado de Bem Estar contemporâneo.

Observe-se, portanto, que na concepção da Bioética da Proteção, Schramm enfatiza que proteger é “responder” ao Outro e “oferecer-lhe” amparo. Se fosse imposição do amparo seria paternalismo e não Estado Mínimo.

Ao abordarem o princípio da responsabilidade, os autores buscam em dois importantes filósofos da atualidade, Hans Jonas e Emmanuel Levinas, a distinção entre os fundamentos da Ética da responsabilidade construída por cada um e o princípio da responsabilidade que embasa a Bioética da Proteção.

Jonas coloca na base de sua ética o dever da responsabilidade com a totalidade do ser, o que pode ser chamado de responsabilidade ôntica, ou seja, a atuação dos indivíduos deve acontecer de tal forma que os atos não sejam destrutivos para as futuras possibilidades de uma vida digna sobre a Terra. Essa categoria de responsabilidade torna difícil identificar que tipo de ‘ser’ deveria ser alvo da proteção. (PONTES, 2003)

Levinas dispõe sobre a responsabilidade relacional do ‘eu’ com o ‘outro’ de forma incondicional, o que também não se aplicaria ao contexto da saúde pública, por colocar “o agente moral em uma situação assimétrica de subordinação e não de reciprocidade, tendo que tomar decisões que só dependem de sua percepção sobre as necessidades do outro” (PONTES, 2003, p.59).

Dessa forma, consideram Schramm e Kottow (2001) que o princípio da proteção poderia enfrentar melhor essas dificuldades e para isso procuram evidenciar nesse princípio, as seguintes características: *gratuidade*, *vinculação* e *cobertura* das necessidades do afetado.

Pontes (2003, p.59) ao dissertar sobre essas características relacionadas ao princípio da proteção acrescenta:

[...] *gratuidade* no sentido do Estado (ou qualquer outra instância que tenha um papel similar) oferecer espontaneamente a proteção como um serviço gratuito, sem que isso seja, cada vez, requerido pelos sujeitos a serem protegidos, sendo que esses podem ou não aceitar tal serviço (neste sentido recupera-se *prima facie* a mensagem da responsabilidade diacônica); *vinculação* no sentido de que uma vez assumida pelos sujeitos e as populações a serem protegidas, a proteção se converte para a instância protetora, em um compromisso irrenunciável (também previsto pela responsabilidade diacônica), e *cobertura* efetiva das necessidades do afetado que merecem legitimamente proteção.

Portanto, a Bioética da Proteção é “constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o capacitam para realizar sua vida e quem não os tem”. A condição de proteção aos “vulnerados” que não dispõem dos meios para sua própria proteção, resgata o princípio de justiça, vez que considera a equidade como a condição essencial da efetivação do próprio princípio de justiça para conseguir a igualdade.

Schramm (2008) enfatiza, ainda, a distinção entre vulneráveis, susceptíveis e vulnerados. Para ele, são *vulneráveis* aqueles que em alguma fase da vida necessitam ser amparados (todos os mortais, por exemplo). Seriam aqueles que conseguiriam, pelo menos em princípio, enfrentar a condição existencial com seus próprios meios. *Susceptíveis* seriam os que poderiam ser afetados em determinadas circunstâncias e, por fim, *vulnerados*, seriam os “feridos” no amplo sentido da palavra, aqueles que não teriam condições de enfrentar a sua condição existencial autonomamente, e não apenas, expostos à condição de vulnerabilidade.

Considerando que a abordagem dos conflitos morais existentes no acesso desigual ao parto extrapola a esfera de conflitos entre indivíduos, envolvendo a interação entre distintos interesses de instituições, indivíduos e coletividades, a bioética principialista não daria conta da análise desses fatos morais envolvidos.

### 3.7 A expressão da crise da atenção obstétrica

Numa primeira acepção, Comte-Sponville (2003), define crise como “uma mudança rápida e involuntária, que pode ser favorável ou desfavorável, mas que é sempre difícil e

quase sempre dolorosa. Etimologicamente, crise é o momento da decisão. Ainda que não se decida produzir uma crise, ela nos obriga a tomar decisões ou decide por nós”. O autor coloca, portanto, que “em momentos de desequilíbrio ou de ruptura, algo está se decidindo sem nós; urge, se pudermos, tomar uma decisão” (COMTE-SPONVILLE, 2003, p.133).

Schramm (1996), aprofunda a análise conceitual de crise situando o contexto semântico da palavra grega *krisis*, a qual foi utilizada originalmente na linguagem religiosa com o sentido de “decisão”, mas, ao longo do processo histórico, foi recebendo outras atribuições de significado, de forma a ter se tornado excessivamente genérica. Nos dias atuais, após ter sofrido um longo processo de mudança, apresentaria uma reversão de sentido, passando “a significar ‘indecisão’, devido ao seu estender-se a ‘todos os horizontes da consciência contemporânea’ [...], afetando inclusive o significado da noção de ‘solução’ que, logicamente, lhe está associada [...]” (SCHRAMM, 1996, p.64).

Alguns autores, dentre eles, Edgar Morin, vêm criticando essa generalização do conceito semântico de crise, alertando para o fato de que tal superutilização contribuiria, de fato, para torná-la inútil como instrumento de análise (SCHRAMM, 1996).

Ao considerar a “crise ética” ou a “crise do *ethos*”, Schramm, aponta para a necessidade de compreensão da crise, em dois sentidos: o primeiro, em um sentido mais estrito, como a crise dos “costumes”, dos “hábitos” e do “caráter” dos indivíduos expressa na vivência em comum. O segundo sentido seria mais amplo, viria em decorrência “dos vínculos entre o *ethos* e o *oikos* que determinam o ‘morar’ humano na Terra, entendida como ‘casa’ (...)” (Schramm, 1996, p.66).

Para Morin (2011, p.27) os fundamentos da ética estão em crise no mundo ocidental.

Essa crise dos fundamentos éticos é produzida e ao mesmo tempo é produtora de: aumento da deterioração do tecido social em inúmeros campos; enfraquecimento, no espírito de cada um, do imperativo comunitário e da Lei coletiva; fragmentação e, às vezes, dissolução da responsabilidade na compartimentação e na burocratização das organizações e empresas[...] hiperdesenvolvimento do princípio egocêntrico em detrimento do princípio altruísta; desarticulação entre o indivíduo, espécie e sociedade.

A extensão dessa crise e suas implicações na vida das gestantes serão expostas a seguir.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

*A possibilidade de o outro ter  
direito é a alma da hermenêutica.*

*Hans Gadamer*

### 4.1 Desenho do Estudo

Considerando a natureza da questão escolhida para o estudo, a pesquisadora utilizou a abordagem qualitativa em um estudo descritivo de caso único que envolveu, primeiramente, a caracterização das condições de desigualdade no acesso ao parto na macrorregional Caruaru e, em um segundo momento, a análise das implicações morais presentes no acesso desigual ao parto.

A sua escolha recaiu sobre a abordagem qualitativa por considerar que a análise seria melhor realizada se pudesse acontecer em seu contexto e com a participação dos atores sociais envolvidos. Esse pensamento é referendado por diversos autores que vêm aplicando a abordagem qualitativa no campo das pesquisas sociais e aperfeiçoando os seus instrumentos de análise.

Para Navarrete et al.(2009, p.30), “a pesquisa qualitativa é aquela que busca compreender a complexidade dos fenômenos sociais a partir dos significados que os sujeitos lhe concedem. Realiza uma análise indutiva e os dados são narrativos”.

Segundo Groulx (2010, p.98), a pesquisa qualitativa ao substituir a pesquisa dos fatores e determinantes pela compreensão dos significados, introduz um novo sentido dos problemas.

Já para a pesquisadora brasileira Minayo (2010), a abordagem qualitativa é apropriada para aprofundar a compreensão de grupos, segmentos e microrrealidades, buscando desvendar a lógica de determinados problemas, expressa através de práticas, relações, opiniões, atitudes, crenças e valores.

A escolha da estratégia de pesquisa centrada no estudo de caso baseou-se na concepção teórica adotada por Yin (2005, p.26), a qual define que “o estudo de caso é a estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, mas quando não se podem manipular comportamentos relevantes”.

O autor coloca, ainda, a definição técnica do estudo de caso “como uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2005, p.32). Permite acessar duas importantes fontes de evidências: a observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados e as entrevistas das pessoas nele envolvidas.

Tobar (2001) considera que os estudos de caso “são desenhos recomendados para os estudos de gestão”. Considerando que o mesmo se aplica a poucas unidades de análise, a riqueza de sua potência explicativa não estaria na extensão, mas na profundidade que esse tipo de pesquisa permite.

Para Minayo (2010, p.164), “os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão.”

Assim embasado, o estudo foi realizado a partir da análise documental e da seleção de casos atendidos na maternidade de referência da macrorregional Caruaru. Inicialmente, foram selecionados casos acompanhados pela pesquisadora enquanto gestora da maternidade onde foi realizado o estudo, partindo de situações que ocorriam no dia a dia da unidade.

Esses casos chegaram ao seu conhecimento de diversas formas: queixas de usuárias ou de seus familiares à direção da unidade, denúncias veiculadas pela imprensa, e ainda, através da observação de situações que chamavam a atenção dentro da maternidade por expressarem o que poderia ser considerado como situações de injustiça com as mulheres e seus bebês. Estas poderiam ser caracterizadas como falhas no papel protetor do Estado, segundo o referencial da Bioética da Proteção.

Tratava-se de situações onde se evidenciava a iniquidade no acesso às condições adequadas de parto com consequências danosas para a vida das mães ou de seus filhos, caracterizando o que Schramm (2005), conceitua como situações de vulneração.

No enfoque do presente estudo elegeram-se três situações específicas de vulneração: a peregrinação da mãe pelas unidades de saúde em busca do parto, a morte materna, a fetal ou do bebê e as sequelas para o bebê ou para a mãe, decorrentes das condições do parto e do nascimento.

A partir dessas situações identificadas, foram selecionados casos, os quais foram transcritos na forma de narrativas e as histórias dessas mulheres e seus filhos compõem o

Apêndice B do presente trabalho. Dessas histórias, uma foi selecionada como exemplo paradigmático da falha do papel protetor do Estado evidenciada no atual modelo de atenção ao parto, o qual expõe algumas mulheres a situações de vulneração.

Destaque deve ser dado à intencionalidade da pesquisadora de transformar os “casos” em histórias. Não se trata apenas de considerar os termos como sinônimos, os quais se assim fosse, poderiam ser usados ora um, ora outro, mas de atribuir-lhes real significado. Parte daquilo que o filósofo Gadamer aborda no seu livro *O Caráter Oculto da Saúde*: quando se fala de um caso, fala-se de um caso de qualquer coisa. Segundo ele, a palavra “caso” em alemão *fall*, está contida na grafia de *zufallen* – “caber a”, tendo portanto, o sentido de “acaso”, “acidente”, o que o leva a considerar que “caso é o que cabe a alguém no jogo de dados da vida” (GADAMER, 2006, p.113).

Daí a opção de dar direcionalidade e visibilidade a situações de vida e de morte, “casos” que concretamente ocorreram, registrando-os como histórias das mulheres que foram atendidas na maternidade de referência macrorregional.

A seguir será apresentada a história que foi selecionada para o estudo. Vários aspectos se conjugaram para definir sua escolha. Inicialmente, atendia a um dos critérios de vulneração escolhidos: a peregrinação por diversas unidades de saúde em busca do parto. Depois, somavam-se em sequência vários aspectos que mereciam ser aprofundados: o fluxo de pacientes na rede mediado pela Central de Regulação de Leitos (CRL); o transporte sanitário; a relação entre profissionais de saúde e usuários, e por fim, o fato de que por sua história não ter resultado num desfecho infeliz com a sua morte ou a de seu filho, passaria despercebida pelo sistema de saúde, vez que não entraria nos “casos” de óbitos maternos, fetais ou de óbitos neonatais.

Para preservar o anonimato da parturiente e dos profissionais envolvidos em seu atendimento, o nome dela e dos hospitais em Recife e Jaboatão são fictícios. A escolha do nome fictício “Maria Nazaré”<sup>5</sup> foi intencional, numa clara referência ao arquétipo de Maria de Nazaré e sua peregrinação por um local seguro para o nascimento de seu filho Jesus, conforme narrativa bíblica.

---

<sup>5</sup> Maria é um nome feminino bastante comum na região onde o estudo foi realizado. São muitas histórias de “Marias” ocorrendo todos os dias. Passados mais de dois mil anos da narrativa de peregrinação em busca de um local seguro para o nascimento do menino Jesus, a história de muitas mulheres continua se assemelhando à de Maria de Nazaré. A história da parturiente narrada neste estudo pareceu-nos apropriada para receber esse nome.

#### 4.1.1 A História de Maria Nazaré

Dados da ficha de atendimento: “Paciente atendida na maternidade de referência, 27 anos, residente em Caruaru, 2ª gestação, cesárea anterior há 2 anos. Paciente com DCP (desproporção céfalo-pélvica) com dores há mais ou menos 4 horas. Pressão Arterial 140/100 mmHg. Colo 2 cm. 60% apagado. Bolsa Íntegra. FCF: 148 bat/ min. Diagnóstico: GUTT (Gestação Única Tópica a Termo) + TP (Trabalho de Parto) + Ex-cesariada. Motivo da transferência: maternidade interdita + hospital municipal lotado. Encaminhada para Hospital Recife 1, com senha autorizada pela Central de Regulação de Leitos SES-PE às 22.20h”.

*Tomei conhecimento do que ocorreu com Maria Nazaré pelo relato do motorista da ambulância. Ele me procurou para informar que a técnica de enfermagem designada para acompanhar a parturiente havia se recusado a viajar junto à mesma, tendo permanecido na cabine junto ao motorista durante o deslocamento.*

*Contou-me que havia saído daqui de Caruaru em torno das 22.30h com duas pacientes para Recife: uma para a maternidade “Recife 2” e outra para a maternidade “Recife 1”. Deixou primeiro a paciente da maternidade “Recife 2” e seguiu para a “Recife 1”. Ao chegar lá, a médica não aceitou a paciente, apesar de esta vir com a senha, alegando que a maternidade estava lotada e mandou-a para o hospital “Jaboatão 3”, sem nova senha e sem examinar a parturiente. Lá chegando, o médico disse que o motorista deveria levá-la para o hospital “Jaboatão 4”. Ao chegarem lá, a paciente também não foi examinada e foram redirecionados para a maternidade “Recife 2”, onde ele deixara a primeira paciente. Segundo o seu relato, o médico estava bastante zangado, disse não ter mais condições de receber nenhuma paciente e mandou o motorista retornar com ela para Caruaru.*

*Nesse intervalo de tempo, a técnica de enfermagem entrou na maternidade, trocou a roupa e solicitou ao motorista que a levasse em Olinda, pois o dia estava amanhecendo e teria uma prova a fazer às 9 da manhã. Não foi atendida em seu pedido, ficando em um local para pegar um ônibus, enquanto o motorista retornava com a paciente e sua acompanhante para Caruaru. Tentou falar por telefone com a médica plantonista da maternidade de referência para ser orientado no que deveria fazer, mas, não foi atendido por ela.*

*Depois de um tempo de viagem as dores da paciente aumentaram e a acompanhante começou a se desesperar. Haviam saído de Recife em torno das 5.30 da manhã de uma segunda-feira e por volta das 7.00h estavam chegando a Caruaru onde o tráfego*

*congestionado pelo movimento da feira típica deste dia da semana, foi mais um entrave no caminho de Maria Nazaré à espera de um parto seguro.*

*O motorista levou-a direto para o hospital municipal, relatando ao médico plantonista de lá o que havia ocorrido. Maria Nazaré foi, então, admitida naquele serviço, no mesmo município onde mora e onde procurara assistência do Estado para seu parto. Após viajar durante 10 horas e passar por 5 maternidades, seu parto ocorreu na sexta maternidade às 11.45h, uma cesariana sem intercorrências.*

*Ela e o bebê receberam alta após 48 horas em boas condições.*

Durante a realização do trabalho de campo, mais precisamente na entrevista com a parturiente, a pesquisadora percebeu que havia um aspecto importante trazido por ela em sua fala e que não havia aparecido no relato inicial que o motorista lhe fizera: Maria Nazaré fora examinada em todos os serviços pelos quais passou, exceto na primeira maternidade de Recife, para a qual fora encaminhada através de senha fornecida pela Central de Regulação de Leitos.

Outra informação trazida por ela e que poderia ser acrescentada ao relato de sua história, referiu-se ao fato de a ambulância em diversos trechos do trajeto apresentar “um forte cheiro de queimado”, o que lhe fazia acreditar que a mesma poderia pegar fogo. Nesses momentos, o motorista as acalmava, dizendo que estava tudo bem. Segundo o relato de sua história, no percurso de volta para Caruaru o motorista cochilou, fazendo com que a ambulância fosse para o lado do acostamento, o que a fez achar que morreria naquele momento. Ela reconhece que o motorista estava exausto após ter dirigido por tantas horas seguidas.

Em respeito à verdade dos fatos, a pesquisadora acrescenta à história de Maria Nazaré as informações trazidas por ela.

Na entrevista com o motorista que a conduziu às maternidades, ele acrescentou que havia esquecido de dizer, em seu relato inicial do caso, o fato de que no percurso de volta para Caruaru parou em duas maternidades de um município que está localizado no trajeto entre Recife e Caruaru, nas quais ela também não foi atendida. Dessa forma, Maria Nazaré passou por **sete** maternidades antes de conseguir realizar o parto na **oitava** maternidade que procurou.

## **4.2 Local e Período do Estudo**

O estudo foi realizado na Maternidade de Referência da Macrorregião de Caruaru, localizada no Agreste Central de Pernambuco, no período compreendido entre outubro de 2011 e março de 2012.

## **4.3 Sujeitos da Pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados de forma intencional a partir da representatividade que poderiam expressar, ou seja, além da representatividade como sujeitos poderiam expressar os discursos do coletivo que representam. O critério de seleção não foi numérico, visto que o interesse da pesquisadora ao analisar as implicações morais no acesso desigual ao parto sob o enfoque da Bioética da Proteção não utilizaria o número de entrevistas como definidor das relevâncias dos discursos. Para isso, embasou-se na conceituação trazida por Minayo (2010) que assegura: “Tais relevâncias poderão ser esclarecidas pela fala de apenas um ou de poucos interlocutores”.

Os sujeitos da pesquisa foram:

- a) Dois representantes da Gestão Estadual de Saúde<sup>6</sup>;
- b) Uma representante do Movimento de Mulheres de Pernambuco;
- c) Um representante de Entidade da Categoria Médica;
- d) A Parturiente cuja história foi selecionada;
- e) O Motorista da ambulância que a conduziu na transferência para Recife.

## **4.4 Coleta de Dados**

A primeira parte do estudo constou da análise documental objetivando levantar dados para a caracterização do acesso ao parto na macrorregional estudada. Para essa caracterização foram utilizadas as seguintes fontes de dados secundários: documentos da Ouvidoria e da

---

<sup>6</sup> No decorrer das entrevistas verificou-se a importância de ouvir um segundo representante da gestão estadual que pudesse esclarecer aspectos que não ficaram claros na fala do primeiro representante em virtude da posição que ocupava na hierarquia institucional.

Central de Regulação, Atas das Reuniões da Comissão Intergestores Regional; Resoluções de Câmaras Técnicas de Obstetrícia ou Neonatologia; Prontuários Clínicos de gestantes e de bebês atendidos na maternidade de referência, Livros de Registro de Pacientes, Livro de Registro de Transferências e outros. Utilizou também informações dos Sistemas de Informação em Saúde (Sistema de Informações de Mortalidade – SIM; Sistema de Informações Hospitalares - SIH e Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC).

A segunda parte do estudo esteve focada, especialmente, na análise das implicações morais relacionadas ao acesso desigual às condições adequadas de parto. Essas implicações referem-se a situações que podem ser caracterizadas como de injustiça sanitária e social colocando algumas mulheres e bebês em situação de maior fragilidade e vulneração, requerendo, portanto, a análise sobre o cumprimento do papel protetor do Estado em relação a esses grupos, através de sua política de atenção obstétrica e neonatal.

Os dados primários foram coletados pela pesquisadora com o objetivo de analisar os valores, conflitos morais existentes, percepções e posicionamento ante o papel protetor do Estado em relação ao acesso desigual ao parto na macrorregional Caruaru.

Considerando que a pesquisadora ocupa a função de gestora da maternidade onde foi realizado o estudo, utilizou o instrumento Diário de Campo para registrar outras informações além do registro formal das entrevistas e que estiveram relacionadas ao tema da pesquisa.

Utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, a qual será detalhada a seguir:

#### **4.4.1 A Entrevista**

Foi utilizada como instrumento de coleta de dados primários a entrevista semiestruturada. Esse tipo de entrevista utiliza um roteiro que contém poucas questões, as quais servem como guia para orientar o pesquisador em relação ao objeto e conteúdo do estudo (MINAYO, 2010)

As entrevistas ocorreram em local e horário previamente agendados com cada um dos entrevistados. Inicialmente, foram apresentados pela pesquisadora os objetivos da pesquisa, explicitados os riscos e benefícios da participação do entrevistado e a garantia do anonimato, sendo por fim, solicitado o consentimento para a gravação do material em aparelho de áudio.

Em seguida o entrevistado assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um para cada sujeito da pesquisa, os quais compõem os Apêndices C e D.

Dando início à entrevista, a pesquisadora apresentava ao entrevistado um resumo do contexto da pesquisa, situando-o no referencial teórico da Bioética da Proteção (Apêndice E), e em seguida, lia a história da parturiente Maria Nazaré. Após a leitura dava-se início à entrevista propriamente dita, a qual se baseava em um roteiro elaborado com tópicos-guia (Apêndice F). Somente para a parturiente entrevistada não foi lida a história no início da entrevista.

Seguindo o que preconiza Gaskell (2011, p.73), “as perguntas foram quase que um convite para o entrevistado falar longamente, discorrer livremente sobre o que lhe era perguntado, com bastante tempo para refletir”.

O roteiro foi elaborado com o objetivo de direcionar o foco das perguntas para a análise do papel protetor do Estado. A partir da formulação dos tópicos da entrevista, a pesquisadora pretendeu alcançar dois dos objetivos propostos para o trabalho: a percepção do papel protetor do Estado pelos entrevistados e a identificação dos principais conflitos morais presentes no acesso desigual às condições adequadas de parto.

Considerando as especificidades do estudo qualitativo, foram identificadas durante a coleta de dados nas entrevistas, questões que precisavam ser respondidas de forma mais objetiva pela gestão estadual. Para atender à necessidade de esclarecer aspectos que surgiram no discurso dos entrevistados foi realizada uma entrevista complementar com mais um representante da gestão estadual, cujo roteiro está explicitado no Apêndice G do presente estudo.

#### **4.5 Análise dos Dados da Pesquisa**

Para Navarrete et al (2009), a análise de dados na pesquisa qualitativa consiste em reduzir, categorizar, clarificar, sintetizar e comparar a informação a fim de obter uma visão mais completa possível do objeto de estudo.

Na análise dos dados secundários foi utilizada a estatística descritiva com análise das frequências simples.

O método utilizado para a análise dos dados primários foi o proposto por Minayo (2008): a hermenêutica-dialética. A autora baseia-se no filósofo Gadamer, um dos maiores

estudiosos do assunto, para fundamentar a utilização do termo hermenêutica. A hermenêutica é considerada a disciplina básica que se ocupa da arte de compreender textos. O termo “texto” é usado por ela num sentido amplo: biografia, narrativa, entrevista, documento, livro, artigo, dentre outros.

A hermenêutica oferece os limites para a compreensão do sentido da comunicação entre os seres humanos. Parte da linguagem como o terreno comum de realização da intersubjetividade e do entendimento. Sob a ótica hermenêutica, entender a realidade que se expressa num texto é entender o outro e entender-se no outro. A compreensão é considerada a categoria metodológica mais potente no movimento e na atitude de investigação (MINAYO, 2008).

Em relação à dialética, a autora apresenta o conceito de dialética como a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia. Enquanto a hermenêutica se fundamentaria na busca da compreensão, “a dialética se empenha em encontrar nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles” (MINAYO, 2010, p 167).

Destaca ainda, a dialética como o estudo da oposição das coisas entre si. Dessa forma, a abordagem metodológica está centrada, principalmente, na explicação do fenômeno dentro de sua própria lógica, na evidência da contradição interna no interior do fenômeno e no desvendamento das relações múltiplas e diversificadas das coisas entre si.

As duas abordagens se complementam na apreensão da prática social dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório. Se, por um lado, a hermenêutica procura as bases dos consensos e da compreensão na tradição e na linguagem, por outro, o método dialético enfoca a compreensão da realidade sob o princípio do conflito e da contradição, considerando-o como algo permanente (MINAYO, 2008)

A hermenêutica-dialética agrega dois importantes instrumentos de análise das relações humanas, quais sejam, a compreensão como exercício básico do conhecimento da verdade do objeto e a crítica necessária para aprofundar o entendimento sobre os conflitos intrínsecos aos fenômenos sociais.

Essa autora ao falar sobre qual seria a matéria-prima para o exercício do compreender, cita que “o ato do entendimento, mais que um desvendamento da verdade do objeto, é a revelação do que ‘o outro’ (o ‘tu’) coloca como verdade” (MINAYO, 2008, p.88).

Portanto, a escolha desse método de análise pela pesquisadora deveu-se à compreensão de que o mesmo poderia ser um instrumento valioso na análise de uma realidade conflituosa, reveladora de interesses e necessidades distintos para os atores sociais envolvidos, mas ao mesmo tempo exigente com a superação dessas barreiras.

A análise das entrevistas foi feita a partir da transcrição das gravações. O áudio foi transformado em texto utilizando-se o programa Microsoft Office Word 2007. A partir da transcrição das entrevistas constituiu-se o *corpus* da pesquisa, o qual é aqui entendido como ‘o corpo’, formado pelo conjunto de textos resultantes das transcrições das entrevistas.

A partir daí procedeu-se à leitura exaustiva dos textos, aquilo que muitos autores chamam de leitura flutuante. Em seguida, as falas foram agrupadas de acordo com as categorias previamente estabelecidas<sup>7</sup>. Depois disso, partiu-se para a fase seguinte da análise, através da utilização da ferramenta da hermenêutica-dialética, sendo estabelecido um “diálogo”, a partir das falas dos entrevistados.

Desde o início da leitura das falas dos entrevistados, a pesquisadora foi observando um “diálogo” que parecia acontecer sincronicamente entre eles. Apesar de as entrevistas acontecerem em locais e momentos distintos, é como se os entrevistados estivessem participando de outra técnica de coletas de dados: a entrevista em grupo. À fala de um, o outro respondia como se estivessem no mesmo local e momento, embora, concretamente, não fosse isso o que ocorria.

Dessa forma, alguns trechos das entrevistas revelam um “diálogo” que traz aspectos interessantes a serem destacados. Por exemplo, a parturiente ao se referir à percepção da relação dos médicos com ela, diz:

*“Eu acho eles muito duros, muito insensível, muito mesmo”.* Já em sua fala, em um momento distinto, o médico diz: *“Não é que você não olhe. Não sei se é um mecanismo de defesa isso ou se é um esgotamento. Chega um ponto que você não percebe mais, fica endurecido mesmo. Você não percebe mais o que está acontecendo à sua volta”.*

Noutras falas, é como se o diálogo ocorresse entre a representação dos médicos, do movimento de mulheres e da gestão, usando, inclusive, as mesmas palavras em momentos diversos. A representante do movimento de mulheres diz: *“Que modelo a gente tem construído, que o médico ele é o algoz e a vítima também, lá na ponta?”*. Na fala do médico

---

<sup>7</sup> Para a percepção do papel protetor do Estado foram elencadas quatro categorias: percepção da assistência, percepção das condições de trabalho, percepção da relação entre profissionais e usuárias e percepção da responsabilidade em relação ao parto

aparece: “*Eu acho que o profissional ele é vítima e algoz ao mesmo tempo, se é que se pode citar isso*”. E na fala do gestor: “*Eles [médicos] estão sendo vítimas de uma situação que cabe a gente resolver enquanto gestão*”.

Esse parece ser um aspecto que surge da entrevista em profundidade. Embora tenham sido poucas entrevistas, o “diálogo” entre eles parece refletir a saturação do tema no discurso coletivo.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

Conforme descrito anteriormente, esta pesquisa utilizou dados primários e secundários. A coleta dos dados foi formalmente autorizada através de Carta de Anuência do Gestor Estadual de Saúde (Anexo A).

A coleta dos dados primários se deu através de entrevistas, as quais ocorreram durante o mês de fevereiro de 2012 e uma que ocorreu no mês de abril de 2012. Foram gravadas em aparelho de áudio e posteriormente transcritas. A participação dos sujeitos da pesquisa ocorreu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices C e D), tendo sido construídos dois modelos para os sujeitos da investigação (gestor e profissionais; usuárias). Neles estavam contidas as informações referentes aos objetivos da pesquisa e aos possíveis riscos e benefícios da participação dos sujeitos, bem como a garantia do anonimato dos participantes da pesquisa.

Este trabalho atendeu aos preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ), recebendo aprovação através do Parecer nº 41/ 2011 de 01 de novembro de 2011 (Anexo B).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

*O que nos move, com muita sensatez, não é a compreensão de que o mundo é privado de uma justiça completa - coisa que poucos de nós esperamos -, mas a de que à nossa volta existem injustiças claramente remediáveis que queremos eliminar.*

*Amartya Sen*

Os resultados que doravante passam a ser apresentados e discutidos revelam que os objetivos propostos inicialmente para a realização do estudo foram alcançados. O maior objetivo, ou o objetivo geral da pesquisa, era analisar os aspectos morais presentes no acesso desigual ao parto na macrorregional Caruaru, utilizando o referencial conceitual trazido pela Bioética da Proteção.

Interessava, especialmente, à pesquisadora saber se existiria uma exposição a situações de maior vulneração por parte de algumas mulheres, caracterizando assim, situações de iniquidade e injustiça dentro do SUS e, partindo desse questionamento, analisar se o Estado estaria cumprindo o seu papel protetor em relação a esses grupos considerados mais vulnerados. Pressupunha-se que a realidade vivenciada na maternidade de referência da macrorregional Caruaru poderia ser estendida às demais regiões do estado, ou até mesmo, às outras regiões do Brasil.

Para atingir esse objetivo, foi necessário o seu desdobramento em objetivos menores, específicos, os quais passam agora a ser discutidos.

No entanto, antes da apresentação dos resultados do primeiro objetivo específico deste estudo, o qual se constituiu na caracterização do acesso desigual ao parto na macrorregional, cabe fazer um destaque sobre o que norteou tal caracterização segundo a opção metodológica adotada pela pesquisadora.

Pela natureza do objeto da pesquisa e por seus objetivos propostos, a pesquisadora optou em não realizar um estudo no qual fossem analisadas as questões da desigualdade no acesso ao SUS através do aprofundamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença em seus componentes (condições de moradia, educação, renda, entre outros), ou ainda, de vieses das desigualdades estabelecidos em relação a etnia, gênero e outros.

Exemplo de estudo nesse sentido, realizado no Rio de Janeiro, sobre a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, foi apresentado por Barata (2009). Esse estudo mostrou

possibilidades distintas de obter um pré-natal adequado para mulheres brancas, mulatas ou negras.

Os dados do estudo revelaram que, embora a proporção de mulheres sem assistência pré-natal seja baixa em todos os grupos, ao analisar se havia diferenças entre os grupos classificados segundo a cor da pele, houve diferença significativamente mais alta para o grupo das pardas (4,7%) e negras (6,7%) quando comparadas às gestantes brancas (2,5%). A proporção de mulheres pardas que chegou ao parto sem assistência pré-natal foi quase duas vezes maior em relação às brancas e quase três vezes maior quando comparadas as mulheres negras às mulheres brancas. Dados dessa mesma pesquisa apontaram para diferenças significativas na probabilidade de receber anestesia durante o parto para as gestantes brancas (86,5%) em comparação com as gestantes negras (78,2%) (BARATA, 2009).

Outro achado interessante do estudo foi o que revelou que a proporção de mulheres brancas que teve de procurar mais de uma maternidade até ser atendida (18,5%) foi menor quando comparada à de mulheres pardas (28,8%) ou de negras (31,8%). Mesmo que parte dessas diferenças possa ser atribuída a distintas condições socioeconômicas, o estudo utilizou o nível de escolaridade como indicativo da posição social, e mesmo assim, as diferenças permaneceram.

No caso do presente estudo, este não é o enfoque dado. O acesso desigual ao parto é encarado do ponto de vista da iniquidade dentro do próprio Sistema Único de Saúde, à medida que, entre as parturientes usuárias do SUS, algumas podem estar expostas a situações de maior vulneração do que outras, sem que supostamente, exista uma relação direta com outras circunstâncias de sua vida, tais como: nível de escolaridade, local de residência, renda, idade, etnia ou situação conjugal.

Considere-se, portanto, que ao caracterizar a desigualdade no acesso ao parto, a pesquisadora não está falando apenas de desigualdade quantitativa, mas fundamentalmente, de um conceito político que se traduz por iniquidade, esta última como avaliação moral relacionada com a noção de justiça social (BARATA, 2009, p.55).

## **5.1 Caracterização do Acesso Desigual ao Parto**

O material coletado pela pesquisadora, a partir da análise documental e das entrevistas realizadas, aponta para a caracterização da iniquidade no acesso ao parto na macrorregional

Caruaru, expressa pelos aspectos relativos à distância percorrida até o local do parto, à insuficiência na oferta de leitos obstétricos e de UTI/UCI neonatal, e à regulação do fluxo de gestantes na rede estadual de saúde, os quais serão detalhados a seguir.

### ***5.1.1 Distâncias Percorridas***

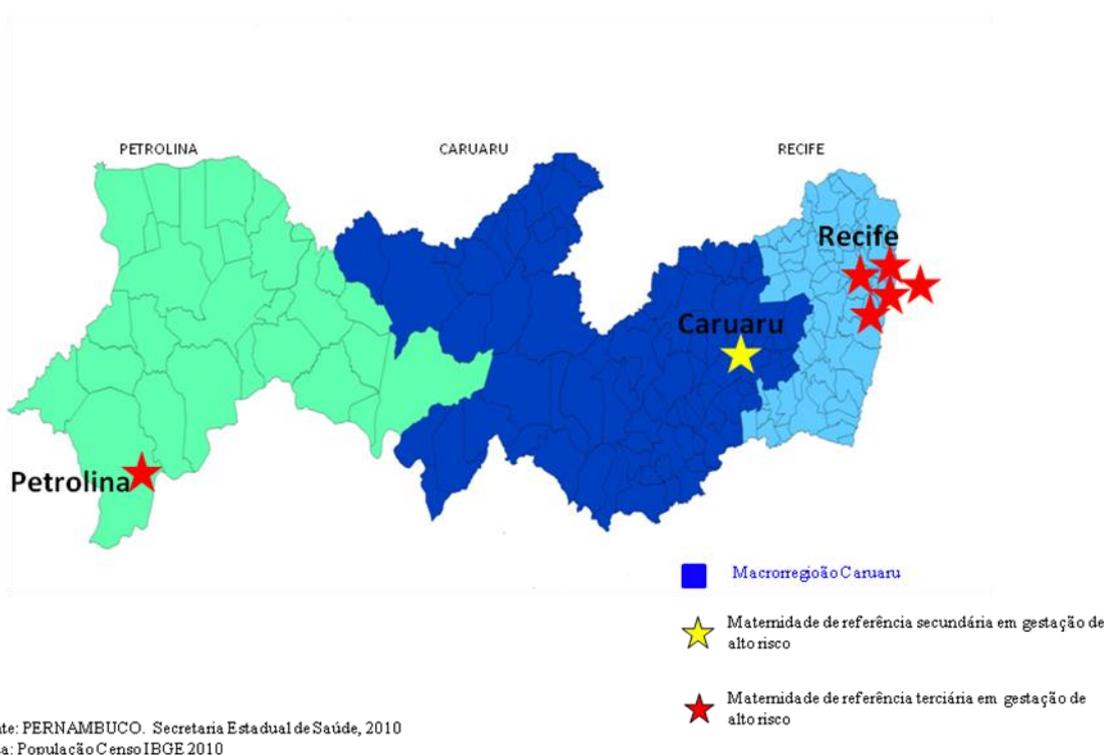
Ao se dar o início desse estudo, a macrorregional Caruaru abrangia 87 municípios, sendo a sua maternidade referência para cinco sedes de microrregionais, o que correspondia a uma população de mais de **2.500.000 habitantes**.

Considerando a localização territorial desses municípios, significa dizer que havia distâncias de **mais de 250 km** a serem percorridas por gestantes no momento do parto em busca de atendimento para as situações consideradas de alto risco para a sua vida ou de seu bebê.

Conforme evidenciado a seguir, a rede de atenção obstétrica que compõe o sistema estadual de referência hospitalar no atendimento da gestante de alto risco é formada por uma maternidade de referência secundária para a gestação de alto risco, localizada em Caruaru, e seis maternidades de referência terciária para o alto risco, localizadas respectivamente, uma em Petrolina e cinco no Recife.

O Mapa 2 demonstra a área de abrangência da maternidade macrorregional e a localização dos serviços de referência secundária e terciária para a gestação de alto risco no território de Pernambuco.

Mapa 2 – Macrorregiões de Saúde Pernambuco, 2010



Esse aspecto da organização da rede obstétrica do estado já colocaria, por si só, as parturientes usuárias do SUS que morassem distante das sedes macrorregionais, em situação de maior risco em relação a outras que morassem próximo aos serviços de obstetrícia, visto que a distância entre uma maternidade de referência (Petrolina) e a outra (Caruaru) é de mais de 580 km, e o tempo de percurso está estimado em mais de 7 horas (GOOGLE MAPS, 2012).

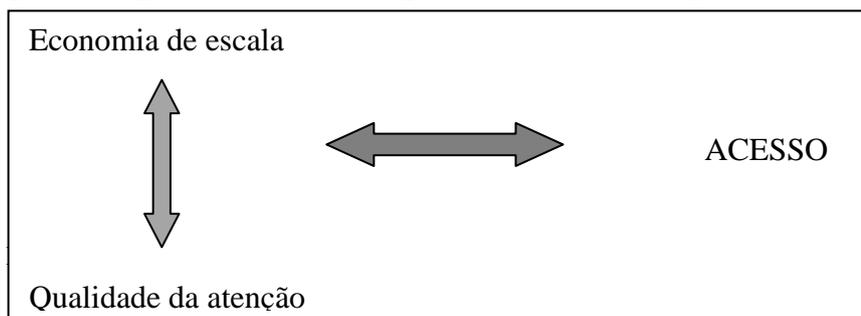
Vale ressaltar ainda que, em casos de urgência/emergência obstétrica, a proximidade e a garantia de acesso ao serviço especializado são fatores primordiais para determinar se o desfecho da situação será favorável para a mulher e para o feto.

Embora seja um critério defendido por grande parte dos formuladores de políticas de saúde, a economia de escala, enquanto elemento racionalizador de recursos na organização dos serviços de saúde, não pode ser um fundamento trabalhado de forma isolada na configuração de redes de saúde (MENDES, 2009).

Aliás, para esse autor, a organização das redes de saúde precisa estruturar-se nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (MENDES, 2009, p.127).

A Figura 1, apresentada a seguir, explicita a lógica de desenho dos componentes das redes de atenção à saúde nos territórios sanitários, a partir do que ele considera como a combinação dialética entre economia de escala e qualidade dos serviços de um lado, e de outro, o acesso aos serviços de saúde.

Figura 1: A lógica de desenho dos componentes das redes de atenção à saúde nos territórios sanitários



Fonte: Mendes (2009, p.133).

O grande destaque a ser considerado nessa combinação nos territórios sanitários é o que colocaria como sendo situação ótima, aquela dada pela concomitância de economias de escala e de serviços de saúde de qualidade prontamente acessíveis aos cidadãos (MENDES, 2009).

No entanto, o autor adverte que, em alguns territórios sanitários cujas populações estejam definidas como sub-ótimas, certos serviços deverão operar “em deseconomias de escala porque não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos” (MENDES, 2009, p.133).

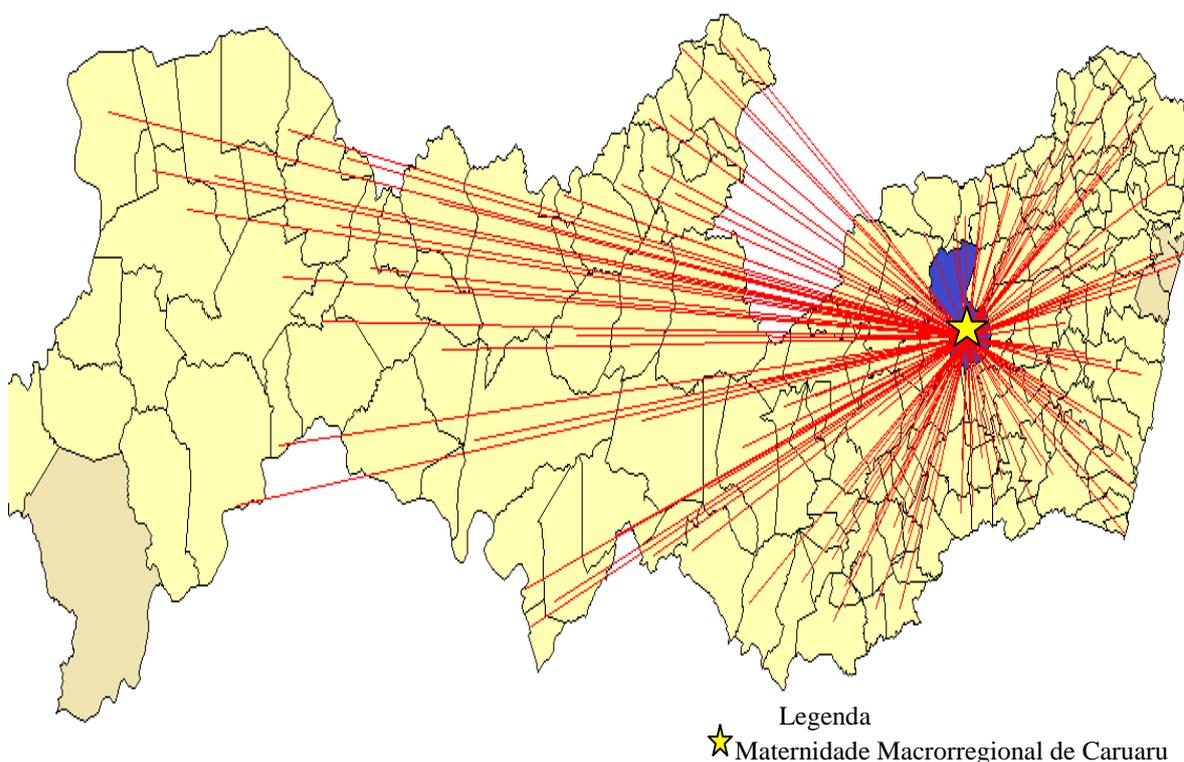
É o caso de se questionar a razão de as maternidades estarem localizadas tão distantes umas das outras.

Em que pese a intenção racionalizadora de organização da demanda em conformidade com os princípios de regionalização e hierarquização da rede obstétrica e neonatal no estado, o que se observou, a partir da análise documental e das entrevistas realizadas, foi que esse critério perdeu o sentido, à medida que o fluxo de gestantes em busca do parto se dá em todas as direções dentro da rede, sem nenhum critério de racionalidade.

O critério que vem sendo utilizado não é o da territorialidade, mas sim, o da existência de vaga, ou seja, o de disponibilidade de leito. A questão da oferta de leitos será aprofundada em um dos itens a seguir, mas cabe ressaltá-la aqui, no momento em que se analisam as razões para o deslocamento de gestantes por todo o território do estado.

No mapa a seguir, procura-se demonstrar visualmente, a ocorrência de partos por município de residência na maternidade macrorregional de Caruaru.

Mapa 3 – Fluxo de deslocamentos de parturientes para a maternidade macrorregional Caruaru - 2010



Fonte: PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2011

Conforme demonstrado, o fluxo de parturientes ocorre de todo o estado para a maternidade de referência da macrorregional Caruaru.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), vigente até setembro de 2011, essa referência deveria acontecer apenas dentro da macrorregional, o que equivaleria, mesmo assim, a ser referência para 87 municípios, com uma base populacional de cerca de 2.500.000 habitantes.

Observe-se que há deslocamento de gestantes de municípios pertencentes à macrorregional de Petrolina, bem como de municípios pertencentes à macrorregional de Recife. Sendo assim, na prática, a referência se dá para mais de 87 municípios e as distâncias percorridas ultrapassam, algumas vezes, **500 quilômetros**.

Tomaram-se como base para essa demonstração, os partos ocorridos na maternidade macrorregional no ano de 2010, os quais totalizaram 4.401 nascimentos (SINASC). Desses, 1.695 (38,5%) foram de mulheres residentes em Caruaru e 2.706 foram de residentes em outros municípios e estados vizinhos (Ceará, Paraíba, Alagoas), o que correspondeu a 61,5 % dos partos realizados na unidade de saúde.

A opção de utilizar os dados de 2010 deveu-se ao fato de que a maternidade esteve fechada durante cinco meses em 2011 para reforma de seu Centro Obstétrico, o que ocasionou uma diminuição considerável dos partos realizados nesse ano.

A tabela a seguir apresenta a distribuição dos partos por município de residência e a distância percorrida em quilômetros pelas gestantes em busca de um local para o seu parto

Tabela 1 – Distribuição dos Partos por Local de Residência da Mãe e Distância (Km) para a Maternidade de Referência da Macrorregional Caruaru, 2010

* DISTÂNCIA PERCORRIDA (Km)	** TEMPO MÉDIO ESTIMADO DE DESLOCAMENTO	QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS	MUNICÍPIOS ATENDIDOS	No. DE PARTOS OCORRIDOS	% EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTOS
...	...	1	Casinhas	3	0,07
> 500	7h 0 min	4	Petrolina, Santa Cruz, Trindade, Crato - CE	5	0,11
de 401 a 500	5h 3	1	Panamirim	1	0,02
de 301 a 400	4h 12 min	7	Salgueiro, Mirandiba, Triunfo, Itacaruba, Tacaratu, Calumbi, Floresta	15	0,34
de 201 a 300	3h 4min	17	Afogados da Ingazeira, Camaiba, Custódia, Flores, Ibmirim, Inajá, Itaiba, Itapetim, Manari, Petrolândia, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Serra Talhada, Solidão, Tabira, Tuparetama	104	2,36
de 101 a 200	2h 0min	45	Abreu e Lima, Água Preta, Águas Belas, Amaraji, Angelim, Arcoverde, Barreiros, Bom Conselho, Boqueirão - PB, Brejão, Brejinho, Buíque, Caetés, Campestre AL, Campina Grande - PB, Capoeiras, Chã de Alegria, Correntes, Gameleira, Garanhuns, Glória do Goitá, Iati, Ilha de Itamaracá, Jaboatão dos Guararapes, Joaquim Nabuco, Jurema, Lagoa do Ouro, Maraial, Palmeirina, Paratama, Pedra, Poção, Pocinhos - PB, Primavera, Recife, Rio Formoso, Saloá, São João do Tigre - PB, Sertânia, Tamandaré, Terezinha, Tupanatinga, Venturosa, Vertente do Lério, Xexéu	405	9,20
< 100	1h 16 min	58	Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belém de Maria, Belo Jardim, Bezerros, Bom Jardim, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Calçado, Camocim de São Félix, Canhotinho, Caruaru, Catende, Chã Grande, Cortês, Cumaru, Cupira, Feira Nova, Frei Miguelinho, Gravata, Ibirajuba, Jaqueira, Jataiba, Jucati, Jupi, Lagoa dos Gatos, Lajedo, Limoeiro, Machados, Orobó, Palmares, Panelas, Passira, Pesqueira, Pombos, Quipapá, Riacho das Almas, Ribeirão, Sairé, Salgadinho, Sanharó, Santa Cecília - PB, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Benedito do Sul, São Bento do Una, São Caitano, São João, São Joaquim do Monte, Surubim, Tacambó, Taquaritinga do Norte, Toritama, Vertentes, Vitória de Santo Antão.	3.868	87,89
<b>TOTAL</b>		<b>133</b>		<b>4.401</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SINASC (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2010). \* GoogleMaps, \*\*GoogleMaps

Considere-se, também, que esses dados evidenciaram a consolidação do modelo tecnocrático de atenção ao parto no estado, uma vez que, para grande parte das gestantes (61,5%) que vieram para a maternidade de referência macrorregional, as condições mínimas preconizadas para um parto humanizado não foram atendidas. Para a gestante exposta a essa situação, boa parte do seu trabalho de parto ocorreu dentro de uma ambulância, sem técnicas

de alívio da dor, sem a possibilidade de escolher o local de seu parto e a equipe que iria atendê-la e sem a presença de um acompanhante de sua livre escolha.

Destaque-se que foram considerados apenas a distância percorrida e o tempo estimado de deslocamento, não estando explicitado por quantas maternidades a gestante passou antes de chegar à maternidade macrorregional.

A incerteza, o desconforto e o medo da morte permeiam o discurso da parturiente entrevistada, demonstrando o quanto a peregrinação em busca de um local seguro para o parto tem marcado a vida dessas mulheres:

Eu mesma me senti muito mal com isso. Meu Deus do Céu, eu ter que ir pra Recife, onde você não teve aquele acompanhamento. Você não conhece nada do hospital, não sabe de nada. Eu fui o caminho todinho pensando. Quando eu cheguei lá que tiraram a pressão, a pressão tava alta demais. Eu nervosa. Eu ficava pensando: meu Deus! Eu vou chegar num hospital desconhecido, onde eu não conheço nada. (Informação verbal Parturiente)

Aí fica mandando você de um hospital pra outro. E você ali sofrendo sentindo dor. Você só fica na cabeça que o seu bebê vai morrer, que as horas tá se passando, tudo. (Informação verbal Parturiente)

Porque eu saí daqui de Caruaru umas dez horas e amanheci o dia dentro de Recife. Você ver amanhecer o dia, você dentro de uma ambulância, sendo sacolejada pra lá e pra cá, sentindo dor. Foi horrível, eu me senti muito mal. Foi tanto assim que eu digo a minha mãe direto: nunca mais eu quero engravidar! (Informação verbal Parturiente)

Apesar de realizarem estudo com metodologia diferente e objetivos distintos, Menezes et al (2006), ao avaliarem a peregrinação anteparto em uma amostra de puérperas do município do Rio de Janeiro, descreveram achados semelhantes aos que foram evidenciados no presente estudo, especialmente no que se refere à má distribuição de serviços no território, expressa na falta de vagas para as gestantes em serviços próximos de sua residência.

Nesse estudo, foram analisados prontuários de 6.652 pacientes, das quais 33,5% (2.228 gestantes) buscaram assistência em mais de uma maternidade e, para quase 70% delas, o motivo foi falta de vaga em outro estabelecimento. Desse universo, 70,7% foram internadas na segunda maternidade, 15% na terceira, 7,8% na quarta e 1,5% na quinta maternidade onde procuraram assistência ao parto. Para uma paciente, a peregrinação foi mais extensa, passando por cinco estabelecimentos diferentes, até conseguir internamento no sexto hospital que procurou.

Esta última situação é semelhante à história de Maria Nazaré, selecionada como exemplo emblemático do presente estudo, e parece corroborar o pressuposto de que o que está acontecendo na assistência ao parto na macrorregional Caruaru pode ser estendido não só às outras macrorregionais do estado, mas a outras regiões do Brasil.

Um aspecto diferente entre os dois estudos é que, no estudo realizado no Rio de Janeiro ficou evidenciado que apenas 19,8% das gestantes que percorreram mais de um serviço o fizeram transportadas por ambulâncias, tendo a maioria procurado outros serviços por seus próprios meios.

No caso das gestantes da macrorregional Caruaru, esse transporte ocorre sob a tutela do Estado, em ambulâncias dos serviços municipais ou estaduais de saúde e cancelado pela Central de Regulação de Leitos (CRL) da Secretaria Estadual de Saúde.

Este é um achado fundamental no contexto do presente estudo e deverá ser aprofundado na análise de como o Estado vem cumprindo o seu papel protetor em relação ao acesso ao parto nessa macrorregional.

Outro achado interessante é o que revela que, atualmente, não há garantia da realização do parto próximo ao local de residência, mesmo para as gestantes que moram na sede da macrorregional. Maria Nazaré é residente em Caruaru, e, conforme foi visto, peregrinou por cinco maternidades no Recife sem conseguir atendimento.

Dados colhidos no banco de dados do SINASC do município de Caruaru revelam que no ano de 2010, o total de partos de nascidos vivos de mães residentes em Caruaru, cidade sede da macrorregional foi 5.135 nascidos vivos.

Desse total de mulheres, 21% não conseguiram realizar seus partos no município de residência, tendo os seus partos ocorrido em maternidades de outros municípios. Dos partos que ocorreram fora do município de Caruaru, 78% foram em serviços que atendem ao risco habitual, o que demonstra que a peregrinação ocorre não apenas para os leitos de alto risco, mas também para aqueles considerados de baixo risco, o que em princípio, não seria indicativo para que saíssem de seu município (SINASC, 2010).

As falas dos representantes da gestão, do movimento de mulheres e dos médicos, nas entrevistas realizadas, também revelam como tem sido esse deslocamento na rede de saúde, caracterizando a assistência ao parto:

Então você hoje não garante se você entrar numa maternidade SUS, se você não tiver em período expulso, se você vai ter seu parto ali, mesmo com senha. (Informação verbal -Gestão Representante A)

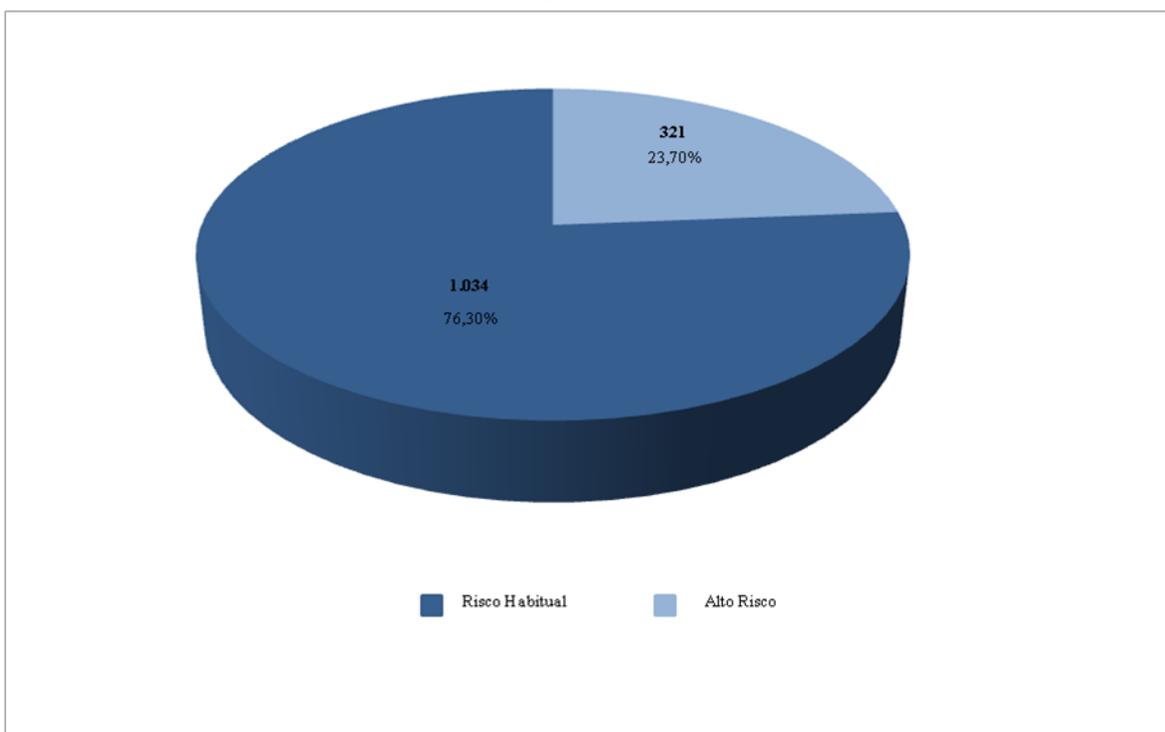
Não é que não existia peregrinação. Quando a gente estudava morte materna, a gente via esse desenho. Mas era outra característica. Hoje a gente vê que tem outras características. E pra mim, é uma perda de controle. ( Representante Movimento de Mulheres)

A gente sabe que você está num serviço enquanto médico, e aí você não tem nem onde caminhar, você vê que é uma condição desumanizada de atender a uma gestante [...] A mulher pariu, e ela tá num leito? Não. Ela está numa maca, eu tirei ela da mesa de parto e ela está aqui porque eu não tenho leito para botar [...] Eu não tenho mais nem mesa para ela parir, eu vou me baixar e vou fazer o parto dela no chão. Então tudo isso leva a um nível de estresse da equipe da maternidade que eu acho que isso é imensurável. ( Informação verbal –Gestão Representante A narrando o que ouviu dos médicos)

Por que essa paciente foi mandada pra cinco unidades diferentes procurando uma vaga que não existia desde o começo?. (Representante médicos)

Os dados referentes às transferências feitas pela maternidade macrorregional para outros serviços de obstetrícia do estado também traduzem o que vem sendo dito a esse respeito e estão evidenciados no gráfico a seguir:

Gráfico 2 – Transferências da maternidade macrorregional Caruaru para outras unidades, segundo o risco gestacional, 2010



Fonte: PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2010

Foram realizadas no ano de 2010 1.355 transferências, com uma média mensal de 113 transferências. Do total de mulheres transferidas após darem entrada na maternidade macrorregional, apenas 23,7% foram encaminhadas para serviços de referência terciária em gestação de alto risco, todos localizados em Recife. Para essas mulheres, apesar de terem diagnosticada situação de risco em sua gestação e de já haverem percorrido muitos

quilômetros para a maternidade macrorregional, houve uma distância adicional de mais de 130 quilômetros no percurso até o local de parto. Não há registro se elas foram atendidas nas unidades para as quais foram referenciadas.

Conforme ficou evidenciado nos números apresentados, 76,3% das mulheres foram transferidas para serviços que atendem ao risco habitual, ou seja, a transferência não se deu em busca de condições mais adequadas para um parto que apresentasse fatores de risco para a saúde da mãe ou do feto. Constata-se que para 1.034 mulheres, vindas de todas as regiões do estado, não houve leitos para que seus partos ocorressem na maternidade de referência macrorregional, nem obviamente, em seus municípios de residência, obrigando-as a percorrerem distâncias ainda maiores do que aquelas que já haviam sido percorridas até chegarem à maternidade de referência macrorregional.

Estes achados são fundamentais para caracterizar, no presente estudo, o que tem sido considerado como exposição a situações de maior vulneração para um grupo de mulheres usuárias do SUS, evidenciando a falha no papel protetor do Estado em relação ao acesso ao parto na macrorregional Caruaru.

Observe-se que ao falar de um “grupo” de mulheres vulneradas, não há nenhuma correlação com circunstâncias específicas de suas vidas que as agregue de acordo com essas características. Não se está falando do grupo de mulheres com ou sem escolaridade, do grupo com situação conjugal tal ou qual, do grupo com essa ou aquela cor da pele, do grupo residente nesse ou naquele local de moradia, ou ainda, do grupo com risco gestacional alto ou baixo.

O que surge como resultado nesse trabalho é a constatação de que algumas mulheres usuárias do SUS estão expostas a maiores riscos durante o parto e nascimento de seus filhos do que outras, e isto parece estar sendo visto como se fosse um jogo de sorte, um jogo onde parece ser o acaso quem vai determinar quem fica e quem segue adiante em uma peregrinação sem destino ou resultado garantidos.

Aliás, o acaso não deveria estar ocupando um lugar que é do Estado. E a constatação mais óbvia a ser feita é a de que o lugar do Estado está vazio. Nada, nem ninguém, poderia ocupar esse lugar de protetor daqueles que estão desprotegidos e impossibilitados de exercer a sua autonomia. Esta é a situação que está sendo posta para grande parte das mulheres que procuram atenção ao parto na macrorregional Caruaru.

Algumas possíveis explicações desta situação podem ser discutidas:

A primeira, relacionada ao modelo de atenção ao parto que privilegia o aparato técnico e coloca o hospital como sendo o lugar mais seguro para o parto ocorrer. No entanto, não há garantia alguma de que esteja assegurado o acesso a esse local definido como o “mais seguro”.

Depois, porque cria mecanismos de deslocamentos dentro de uma rede de saúde que não está organizada para garantir os recursos adequados para prover o parto seguro às gestantes que dele necessitam. As distâncias percorridas e o tempo para chegar ao hospital que realize o parto, além das condições do transporte, colocam as mulheres que já estão em situação de vulnerabilidade em situações de maior vulneração.

E, por fim, porque expõe parte dessas mulheres, tanto a maiores riscos físicos, quanto a riscos emocionais, estes bem pouco vistos pelo Estado a quem cabe, inequivocamente, esse papel protetor. Trechos do “diálogo” que surge da entrevista com o médico, e da realizada com Maria Nazaré são representativos do que resulta dessa exposição:

E talvez as lembranças desse parto aí não sejam nada boas nem pra ela e quem sabe o que é que refletiu nesse filho esse sofrimento. ( Informação verbal – Representante dos médicos)

Só por conta dessas coisas que aconteceram, eu fiquei traumatizada. Tenho trauma de gravidez agora. Eu não consigo mais me imaginar grávida, indo pra um hospital de novo. Deus me livre! Não por ser mãe de novo, mas pela condição que eu passei. Foi horrível, horrível mesmo. Eu sofri muito, muito mesmo, foi horrível. ( Informação verbal – Fala da parturiente)

Esta não é uma sequela mensurável, mas certamente não pode ser desconsiderada. Os danos que estão sendo causados nem sempre são visíveis, não irão aparecer nos sistemas de informação, nem serão registrados nos prontuários. No entanto, impactam negativamente na vida das pessoas, a ponto de serem decisivos em suas futuras escolhas de vida, as quais poderiam ser diferentes, caso essas marcas não tivessem sido criadas por situações desnecessárias.

Ora, a caracterização da desigualdade no acesso ao parto aqui explicitada, revela mais uma face dessas situações de injustiça sanitária e social. Afinal, se já se pode considerar injusto o fato de que em uma sociedade de seres da mesma espécie o nascimento se dê em condições de iniquidade explícita para uns, resultado das diferenças construídas socialmente, o que dizer de situações em que os riscos de vulneração aumentam, chegando à condição de total desproteção em circunstâncias nas quais a parturiente não pode intervir autonomamente por estar na completa dependência do aparato do Estado?

### 5.1.2 Leitos Obstétricos e Neonatais

Uma das razões apontadas pela representação da gestão estadual para a peregrinação de Maria Nazaré em busca de um local para seu parto foi a insuficiência de leitos obstétricos em praticamente todas as regiões do estado. Segundo sua avaliação, não se trata do leito físico, mas, na maioria das vezes, do leito operacional. Esta situação se torna mais aguda à medida que os serviços de saúde se distanciam da capital, explicitando a insuficiência de profissionais obstetras, neonatologistas e anesthesiologistas para dar conta da demanda de cada território regional.

Então é multifatorial, mas todos esses fatores que lhe falei vão terminar em - se tem ou não tem o leito: ou o leito não existe mesmo, fisicamente, ou o leito operacional não existe. Ele está ali, mas não vai ter quem dê assistência. (Gestão Representante A)

Já para a representação do movimento de mulheres, a questão da peregrinação não se dá apenas pela falta de leitos, recaindo o seu questionamento sobre a capacidade de gestão desses leitos e, fundamentalmente, sobre o modelo de atenção ao parto.

Que há deficiência de leito, sim, há, mas não é a questão. Não é só a deficiência de leitos, é a gestão dos leitos. (Representante Mov. Mulheres)

Eu tenho viajado, tenho conhecido várias realidades no Brasil. Desde as populações ribeirinhas, os sertões da Bahia, daqui de Pernambuco, da Paraíba; brejos; e a gente tem visto a mesma situação. Os serviços, municípios, as pessoas, ficam reféns. As prefeituras são reféns do profissional médico. (Representante Mov. Mulheres)

Não se tem, não tá tendo ainda a possibilidade aqui em Pernambuco de a gente ter uma enfermagem obstétrica forte que dê conta da sala de parto, que estabeleça uma rotina baseada em evidências, que tenha médicos que também estabeleçam (Representante Movimento de mulheres).

O Ministério da Saúde padronizou a nomenclatura para a classificação de leitos hospitalares, estabelecendo a distinção entre leito hospitalar de internação, leito operacional e leito instalado (BRASIL, 2002).

Leito Hospitalar de Internação: é a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço (BRASIL, 2002, p.15).

Leito instalado: é o leito habitualmente utilizado para internação, mesmo que ele eventualmente não possa ser utilizado por um certo período, por qualquer razão (BRASIL, 2002, p.16).

Leito operacional: é o leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado (BRASIL, 2002, p.17).

A partir dessas definições percebe-se que embora o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde aponte, no ano de 2011, um total de leitos obstétricos na macrorregional Caruaru de 465 leitos instalados, esses leitos efetivamente não estão sendo utilizados para a realização dos partos.

A análise do fluxo dos deslocamentos de gestantes na maternidade macrorregional, cuja demonstração foi feita a partir dos nascimentos do ano de 2010, evidencia que esses leitos não se constituem em leitos operacionais, corroborando a fala do gestor estadual a esse respeito.

Conforme será demonstrado na tabela a seguir, a qual já apresenta a nova configuração das macrorregiões de saúde, a oferta de leitos obstétricos em todas as regiões do estado seria suficiente para o atendimento da população em seu território.

Tabela 2-Diferença entre a necessidade e a oferta de leitos de Obstetrícia por Região de Saúde. Pernambuco, dezembro, 2011.

GERES	Nº Nascidos-vivos (2010) <sup>1</sup>	Estimativa do nº de gestantes <sup>2</sup>	Classificação de Risco		Tempo Médio de Permanência (TMP) <sup>3</sup>		Taxa de Ocupação Hospitalar -TOH (+20%) <sup>4</sup>		Necessidade de leitos de Obstetrícia <sup>5</sup>			Oferta Leitos SUS	Diferença entre necessidade e oferta
			Alto Risco (15%)	Risco Habitual (85%)	Alto Risco (5,0)	Risco Habitual (2,2)	Alto Risco	Risco Habitual	Alto Risco	Risco Habitual	Total		
I	56.147	52.497	7.875	44.622	108	269	129	323	129	323	452	772	-320
II	8.358	7.815	1.172	6.643	16	40	19	48	19	48	67	187	-120
III	8.541	7.986	1.198	6.788	16	41	20	49	20	49	69	253	-184
XII	4.260	3.983	597	3.386	8	20	10	24	10	24	34	84	-50
<b>TOTAL I MACRORREGIÃO</b>	<b>77.306</b>	<b>72.281</b>	<b>10.842</b>	<b>61.439</b>	<b>149</b>	<b>370</b>	<b>178</b>	<b>444</b>	<b>178</b>	<b>444</b>	<b>622</b>	<b>1.296</b>	<b>0</b>
IV	19.081	17.841	2.676	15.165	37	91	44	62	44	62	106	298	-192
V	9.006	8.421	1.263	7.158	17	43	21	52	21	52	73	167	-94
<b>TOTAL II MACRORREGIÃO</b>	<b>28.087</b>	<b>26.261</b>	<b>3.939</b>	<b>22.323</b>	<b>54</b>	<b>135</b>	<b>65</b>	<b>114</b>	<b>65</b>	<b>114</b>	<b>179</b>	<b>465</b>	<b>0</b>
VI	6.654	6.221	933	5.288	13	32	15	38	15	38	53	164	-111
X	2.658	2.485	373	2.112	5	13	6	15	6	15	21	61	-40
XI	3.916	3.661	549	3.112	8	19	9	23	9	23	32	113	-81
<b>TOTAL III MACRORREGIÃO</b>	<b>13.228</b>	<b>12.368</b>	<b>1.855</b>	<b>10.512</b>	<b>25</b>	<b>63</b>	<b>30</b>	<b>76</b>	<b>30</b>	<b>76</b>	<b>106</b>	<b>338</b>	<b>0</b>
VII	2.603	2.434	365	2.069	5	12	6	15	6	15	21	79	-58
VIII	8.024	7.502	1.125	6.377	15	38	18	56	18	56	74	97	-23
IX	6.511	6.088	913	5.175	13	31	15	37	15	37	52	122	-70
<b>TOTAL IV MACRORREGIÃO</b>	<b>17.138</b>	<b>16.024</b>	<b>2.404</b>	<b>13.620</b>	<b>33</b>	<b>82</b>	<b>39</b>	<b>108</b>	<b>39</b>	<b>108</b>	<b>147</b>	<b>298</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>135.759</b>	<b>126.935</b>	<b>19.040</b>	<b>107.894</b>	<b>261</b>	<b>650</b>	<b>312</b>	<b>742</b>	<b>312</b>	<b>742</b>	<b>1.054</b>	<b>2.397</b>	<b>0</b>

Fonte: PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado, 2011.

A SES/PE optou em usar como parâmetro para cálculo da necessidade de leitos obstétricos e neonatais o número de nascidos vivos do ano anterior por considerá-lo mais próximo da realidade do que os parâmetros propostos pela Portaria GM nº1101/01.

Feito esse destaque, é importante considerar que, conforme demonstram os dados oficiais acima apresentados, não existe déficit de leitos obstétricos na macrorregional Agreste e em nenhuma outra do estado de Pernambuco.

Embora o recorte das macrorregionais já atenda ao novo desenho estabelecido pelo PDR 2011, esse dado também é verdadeiro se for considerado o desenho anterior no qual a macrorregional Caruaru englobava mais três regionais: Arcoverde, Serra Talhada e Afogados da Ingazeira.

Ora, se não há insuficiência de leitos, por que ocorre peregrinação? Por que não está garantido, então, o parto segundo o princípio da territorialidade?

Segundo as informações colhidas pela pesquisadora com a representação da gestão estadual, o que vem fazendo com que esses leitos permaneçam no cadastro ativo de leitos é o fato de que, eventualmente, em alguns dias da semana, os municípios dispõem de equipe para realizar os procedimentos obstétricos, situação que pode não ocorrer em outros dias. A realidade, de fato, é que a utilização desses leitos não é sistemática.

Fica, portanto, evidente a pouca resolutividade das maternidades desses municípios com menos de 70%, contribuindo para o aumento do fluxo de gestantes para Caruaru como município sede da Região. Se considerarmos os 21 municípios da V Região que junto com a IV Região integram a Macrorregião de Saúde Agreste, confirma-se a necessidade de ampliação de leitos obstétricos de risco habitual em Caruaru. Em relação ao alto risco obstétrico, realmente há necessidade de implantação de leitos de alto risco, de UTI e UCI neo e de UTI obstétrica. (Gestão Representante B)

Em princípio, poderia parecer uma grande incongruência dos dados oficiais com a realidade vivenciada pelas parturientes da rede obstétrica estadual, já que, comprovadamente, os leitos existentes seriam suficientes para atender à demanda de cada território.

No entanto, os achados do presente estudo evidenciam uma distorção importante que vai refletir no planejamento de políticas públicas, especialmente, daquelas relativas à distribuição dos serviços obstétricos em sua localização territorial.

Se o gestor usasse unicamente os dados de que dispõe para determinar a alocação de recursos, certamente não iria priorizar o investimento em leitos de obstetrícia, pois não haveria necessidade deles em nenhuma região do estado. Entretanto, o que tem sido evidenciado pela peregrinação das mulheres em busca do parto denota a indisponibilidade

desses leitos no território próximo à residência, o que remete para os outros aspectos que compõem a real oferta de leitos obstétricos em cada região.

A esse respeito, a representação da gestão estadual afirma:

Estamos falando daquela região, mas é no estado todo. Eu não tenho leitos suficientes. No caso específico foi leito insuficiente, porque tem outros casos que além de leitos é recursos humanos. O serviço funciona sem uma equipe completa por quê? Porque não existe pessoal qualificado à medida que sai da cidade pra dentro do estado. (Gestão- Representante. A)

A outra coisa que a gente enxerga com muita clareza são as maternidades municipais que não estão assumindo seu papel enquanto gestor municipal. (Gestão Representante A)

Outra questão preocupante e complexa é a dificuldade de conseguir estabelecer as escalas completas de plantão com as equipes mínimas de obstetrícia nos serviços menores e até mesmo nos serviços de maior porte situados nas sedes de Região. Esse é um fato corriqueiro na maioria das maternidades, gerando uma verdadeira crise na atenção obstétrica, posto que o fechamento de um plantão repercute imediatamente gerando sobrecarga nos demais serviços. Esse problema revela a escassez desses profissionais, principalmente, pediatras/neonatólogistas, obstetras e anestesistas no mercado de trabalho. (Gestão- Representante B)

Em relação aos leitos neonatais, a situação é ainda mais grave. Existe um déficit real de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal em todo estado, conforme será demonstrado a seguir.

Esse é mais um motivo para a peregrinação ocorrer, pois, na ausência de leitos neonatais nos serviços de referência, transfere-se a gestante pré-termo para unidades terciárias que disponham de vagas para os recém-nascidos.

Ocorre, portanto, uma concentração de leitos na macrorregional Recife, capital do Estado, decorrente da disponibilidade de recursos humanos qualificados e de equipamentos necessários ao atendimento dos recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos.

Tabela 3- Diferença entre necessidade e oferta de leitos de UTI Neonatologia e UCI Neonatologia por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2011.

Regionais	Nº Nascidos-vivos (2010) <sup>1</sup>	Leitos UTI Neonatal/NV <sup>2</sup>			Oferta Rede própria e conveniada <sup>3</sup>		Diferença entre necessidade e oferta	
		Total de Leitos OBSTETRICOS	UTI	UCI	UTI	UCI	UTI	UCI
Recife	<b>56.147</b>	225	56	168	109	<b>127</b>	-53	41
Limoeiro	<b>8.358</b>	33	8	25	0	0	8	25
Palmares	8.541	34	9	26	0	0	9	26
Goiana	4.260	17	4	13	0	0	4	13
<b>Total I Macro</b>	<b>77.306</b>	<b>309</b>	<b>77</b>	<b>232</b>	<b>109</b>	<b>127</b>	<b>-32</b>	<b>105</b>
Caruaru	19.081	76	19	57	0	10	19	47
Garanhuns	9.006	36	9	27	0	16	9	11
<b>Total II Macro</b>	<b>28.087</b>	<b>112</b>	<b>28</b>	<b>84</b>	<b>0</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>58</b>
Arcoverde	6.654	27	7	20	0	4	7	16
Afogados da Ingazeira	2.658	11	3	8	0	0	3	8
Serra Talhada	3.916	16	4	12	0	0	4	12
<b>Total III Macro</b>	<b>13.228</b>	<b>54</b>	<b>14</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>36</b>
Salgueiro	2.603	10	3	8	0	0	3	8
Petrolina	8.024	32	8	24	0	20	8	4
Ouricuri	6.511	26	7	20	0	0	7	20
<b>Total IV Macro</b>	<b>17.138</b>	<b>68</b>	<b>18</b>	<b>52</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>32</b>
<b>Total Estado</b>	<b>135.759</b>	<b>543</b>	<b>137</b>	<b>408</b>	<b>109</b>	<b>177</b>	<b>28</b>	<b>231</b>

Fonte: PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado, 2011.

Outra situação de vulneração elencada no estudo foi a análise das sequelas para o bebê ou para a mãe, associadas à insuficiência de leitos próximos ao território da parturiente.

Pelos objetivos propostos para o estudo e pela metodologia empregada, não se pode afirmar que exista uma correlação entre a distância percorrida pela mãe até o local do parto e os casos de hipóxia neonatal. No entanto, esse é um aspecto que poderá ser aprofundado em estudo posterior, contribuindo para a análise dessas situações.

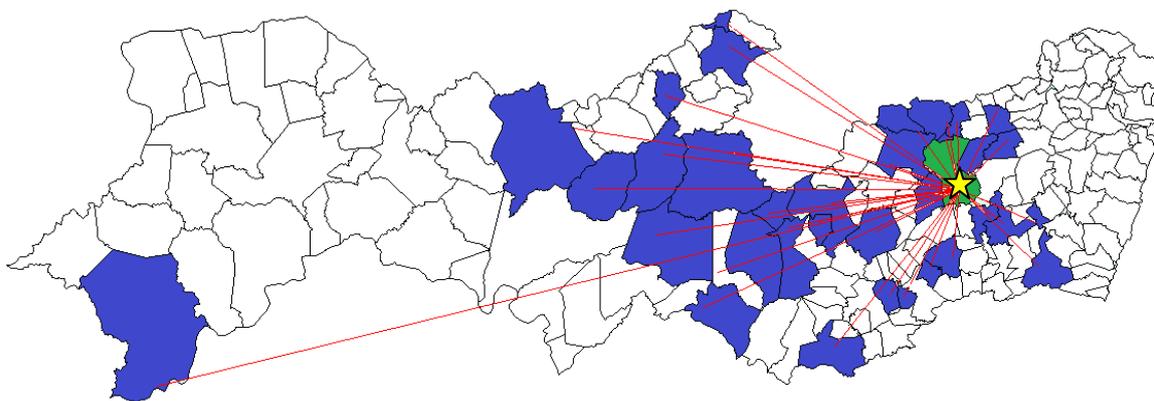
Apesar disso, merecem destaque os dados colhidos no Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da maternidade macrorregional, referentes aos internamentos de bebês na Unidade Neonatal (UNeo). Esta estrutura está dividida entre leitos para os nascidos na própria maternidade (UNeo interna) e leitos destinados aos recém-nascidos em outras unidades de saúde (UNeo externa).

No ano de 2010, foram internados na Unidade Neonatal interna 726 bebês, o que correspondeu a 16,5% dos nascidos vivos na maternidade naquele ano. Desse total, 84 (11,5%) tiveram diagnóstico inicial de hipóxia e 10 deles foram a óbito, o que representou 11,9% do total de bebês diagnosticados com hipóxia.

Quanto ao local de residência da mãe, quase 35% dos internamentos foram de bebês de mães residentes em Caruaru, município sede da macrorregional, sendo os 65% restantes, de mulheres vindas de outras regiões do estado.

O mapa a seguir demonstra a distribuição de internamentos na UNeo interna da maternidade de referência, com diagnóstico de hipóxia por município de residência da mãe no ano de 2010.

Mapa 4 - Fluxo das internações por hipóxia na maternidade da macrorregional Caruaru, 2010



Fonte: SINASC (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2010)

Conforme se observa, há grandes distâncias sendo percorridas pelas parturientes até a chegada na maternidade de referência da macrorregional. Se essa demora é a causa de sequelas para os bebês, este estudo não pode assegurar. No entanto, os dados registrados no Núcleo de Epidemiologia da maternidade parecem revelar que a demora no atendimento à gestante pode estar ligada a maior sofrimento fetal.

Quanto aos dados referentes aos internamentos na unidade neonatal externa (UNeo externa), a qual recebe os recém nascidos oriundos de outras unidades de saúde e que necessitam de cuidados intermediários ou intensivos, o ano de 2010 apresentou os seguintes números: foram internados 292 bebês, dos quais 39 com diagnóstico inicial de hipóxia, o que correspondeu a 13,4% dos internamentos. Desse total, 11 bebês foram a óbito, o que correspondeu a 28,2% dos bebês hipoxiados internados.

Embora não seja objeto deste estudo estabelecer se existe correlação entre o diagnóstico inicial de hipóxia em associação com outras causas, como prematuridade fetal ou doenças pré-existentes da mãe e a distância percorrida por elas para chegar a uma maternidade que atenda ao alto risco, parece possível estabelecer destaque para o fato de que as condições de atendimento ao parto podem estar contribuindo para os riscos de sequelas importantes para os bebês.

Torres et al. (2010) realizaram estudo “com o objetivo de identificar o perfil epidemiológico dos recém-nascidos na maternidade de referência macrorregional que foram admitidos na unidade neonatal no período de janeiro a dezembro de 2008”. Foram analisados 515 prontuários e os principais resultados encontrados apontaram como principal causa de óbito entre os bebês admitidos na unidade neonatal interna, a prematuridade associada às seguintes causas: à hipóxia (17,5%), ao baixo peso ao nascer (12,5%), ao baixo peso e à síndrome do desconforto respiratório (12,5%), à sepse (10%) e à malformação (2,5%). Fechando o grupo de causas ligadas à prematuridade, esta, sem associação com outras causas obteve o percentual de 12,5% das causas de óbito.

No grupo de causas não ligadas à prematuridade, a hipóxia neonatal aparece em primeiro lugar com um percentual de 12,5% do total de óbitos no período. Em seguida, aparecem a sepse (7,5%), a infecção neonatal, também com 7,5%, e a hemorragia pulmonar com 0,5% dos óbitos.

Os dados encontrados em Torres et al. (2010) destacaram a hipóxia neonatal como importante causa de óbito entre os bebês admitidos na unidade neonatal interna da maternidade macrorregional. O estudo não estendeu a análise para os casos de bebês que nasceram em outras unidades e/ou municípios, admitidos na unidade neonatal externa da maternidade macrorregional no mesmo período.

Seguindo o percurso inicialmente definido para o estudo, ao caracterizar a segunda situação de vulneração, a pesquisadora estabeleceu um recorte nos casos de hipóxia admitidos na unidade neonatal interna segundo a distância percorrida pela mãe, e selecionou três

histórias dentre os dados encontrados para exemplificar a ausência de leitos neonatais no território de residência e as possíveis consequências para os bebês e suas mães. Essas histórias também compõem o Apêndice B do presente trabalho.

### **5.1.3 Regulação de Leitos**

A questão da regulação de leitos desponta como um dos aspectos importantes na análise das situações de vulneração às quais estão expostas as mulheres e seus bebês em relação ao acesso ao parto.

Inicialmente, é importante destacar que para os fins deste estudo a regulação de leitos está sendo vista como parte integrante dos sistemas logísticos, um dos componentes das redes de atenção à saúde.

Para Mendes (2009, p.221), os sistemas logísticos estão ancorados nas tecnologias de informação com o objetivo de assegurar “uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde”.

Segundo esse autor, na composição desses sistemas logísticos, o acesso regulado à atenção à saúde objetiva mediar a oferta e a demanda por serviços de saúde, racionalizando o acesso de acordo com graus de risco e normas definidas em protocolos de atenção e em fluxos assistenciais. Para que a operacionalização da regulação assistencial ocorra é necessária a constituição de complexos reguladores, cuja ação se materializa através das centrais de regulação. Essas estruturas operacionais funcionam através de sistemas informatizados, com protocolos de atendimento e com o parecer de um médico regulador, disponível no sistema 24 horas por dia (MENDES, 2009)

O instrumento usado para identificar esse deslocamento nas redes de atenção à saúde, aqui em Pernambuco é a “senha”. A senha é composta por um número sequenciado, fornecido ao médico solicitante do deslocamento, passando a constar no prontuário clínico do paciente. Pode-se considerar, portanto, que a senha funciona como a chancela do Estado para que o fluxo de pacientes ocorra de forma organizada e direcionada para aqueles serviços de saúde que têm condições de atender à necessidade de cuidados de saúde no momento oportuno ao paciente.

No campo simbólico, poder-se-ia dizer que a “senha” representaria a “chave” que abriria as portas das casas, permitindo que os viajantes encontrassem pouso certo, de acordo

com o abrigo que estivessem necessitando em dado momento. Isso significa dizer, que só caberia ao Estado distribuir “chaves” quando estivessem bem definidas as regras de ocupação das casas, além da clareza sobre o seu papel e a certeza de que tanto as casas quanto os seus moradores estariam preparados para receber os viajantes, acolhendo-os e cuidando do bem-estar deles, durante o tempo em que permanecessem abrigados.

Aliás, é justamente esse sentido de abrigo, de proteção, que remeteria ao sentido mais arcaico do termo grego *ethos*, com o significado de ‘guarida’ para proteger os animais dos extremos das condições climáticas e dos ataques dos predadores, e, usada também por extensão desse sentido de proteção, aos humanos contra ameaças externas que os poderiam colocar em risco. Guardaria, portanto, uma proximidade semântica com o termo *oikos*, em seu sentido de casa e de ambiente (SCHRAMM, 2008).

A partir dos achados deste estudo, será analisada mais adiante, como vem se dando a regulação de leitos na rede obstétrica, e, se esse papel de oferecer guarida, proteção, vem sendo cumprido de forma adequada pelo Estado, em relação ao acesso ao parto na macrorregional estudada.

Em outro plano de análise, a regulação seria uma função precípua do Estado, cuja responsabilidade primordial estaria ligada à definição “das regras e padrões de contratos necessários ao provimento e à prestação de serviços de alta relevância e qualidade para a sociedade” (FARIAS et al., 2011).

Seria, pois, uma função pública própria do Estado, a qual não poderia ser exercida por nenhum outro agente. Os autores acima citados destacam que do ponto de vista conceitual, cabe ao Estado exercer esse papel coercitivo e regulador sobre o mercado, objetivando garantir a definição de padrões e regras previsíveis e aceitáveis para a prestação de serviços à sociedade. O mercado, regido por interesses próprios, não seria capaz de prover as regras de funcionamento de sistemas complexos, como é o caso do sistema de saúde, defendendo os seus interesses e, ao mesmo tempo, garantindo os direitos de cidadania daqueles que não podem comprar os serviços por ele oferecidos.

A regulação da assistência, operacionalizada e instrumentalizada pela Central de Regulação de Leitos, seria então, um pequeno recorte dessa função maior, regulatória, que estabelece as regras e os padrões de quantidade e qualidade ligados ao funcionamento do sistema de saúde.

Assim, não se pode falar no presente estudo da insuficiência de leitos operacionais obstétricos a serem “regulados” na rede obstétrica do SUS em Pernambuco, sem deixar de falar nas falhas do papel regulatório do Estado, visíveis na ausência de regras e padrões em relação a várias questões que correram livremente em seu curso, sem que o Estado as coibisse.

A questão da regulação da assistência obstétrica se insere na análise das iniquidades em relação ao acesso ao parto, evidenciada na peregrinação por longas distâncias, e na insuficiência de leitos obstétricos e neonatais, aspectos já discutidos no presente texto. Destaque-se que Maria Nazaré saiu do município em que residia com uma senha que deveria ter garantido o seu ingresso no serviço de saúde para o qual fora referenciada, e o que se viu foi que essa “chave” não lhe abriu nenhuma porta.

A forma como essa regulação vem se dando na rede obstétrica aparece em várias falas que compuseram o “diálogo” entre os entrevistados.

Quando chegamos em Recife era mais ou menos umas meia noite e pouca. Aí quando chegou lá a gente chegou nesse hospital e, eu sentindo muita dor. Ai quando a gente chegou lá disseram que não tinha vaga pra mim. Aí mandaram a gente ir pra outro hospital, a gente foi pra outro hospital, quando chegou lá também ai fizeram o exame do toque,tudo, mas disseram que não podia ficar também porque não tinha lugar, disse que já tava super lotado. Eu sei que fomos, assim a gente fomos em uns quatro hospitais, dentro de Recife. A gente passou a noite, passei a noite dentro da ambulância. (Parturiente)

Eu acho, eu não entendo como é que você transfere um paciente de um hospital que está lotado pro outro, se o outro também não pode receber. Como é que essa regulação não tem consciência que o outro hospital não pode receber, né? (Representante dos.médicos)

Está tão grande a digladição que os médicos da assistência já têm uns que estão tão irritados que dizem: eu não quero saber da senha, eu não vou deixar entrar e não deixa. (Gestão-Representante A).

Quantas dessas mulheres, não podiam ter no seu município, seja na sua casa, na casa de parto? E resolver ali com menos custo. Quantas realmente precisariam sair do seu canto? (Movimento de mulheres)

Ela não teve foi leito pra ela ter o bebê dela e é isso que está hoje como regra na assistência materno-infantil de todo o estado. Você está trabalhando a sua região, mas isso é uma regra das demais. (Gestão- Representante. A)

A gente teve um médico que infartou lá (nome do local) porque o nível de estresse é enorme, você não pode negar o acesso e você vai dar o acesso a um lugar que não tem mais acesso. (Gestão- Representante .A)

## **5.2 Percepção sobre o Papel Protetor do Estado**

O segundo objetivo específico elencado pela pesquisadora esteve ligado à apreensão da percepção dos usuários, profissionais e gestor sobre o papel protetor do Estado em relação ao acesso ao parto na macrorregional Caruaru.

A partir da história de Maria Nazaré contada para eles, os sentimentos, os valores e as crenças de cada um foram explicitados, compondo uma narrativa com muitas representações, mas entrelaçada por um fio comum.

Para a apreensão da percepção do papel protetor do Estado foram elencadas quatro categorias de análise: as representações acerca da assistência, das condições de trabalho, a respeito da relação entre profissionais e usuários e, por fim, a representação acerca da responsabilidade do Estado sobre o parto e o nascimento.

Pela natureza do objeto do presente estudo essa categorização está separada a fim de facilitar a compreensão do texto, mas cada uma das categorias está imbricada na outra, como se fossem fios de um mesmo tecido.

### **5.2.1 Percepção da Assistência**

Para todos os entrevistados, as questões ligadas à assistência à gestação e ao parto aparecem como manifestações de uma grande desarticulação entre os serviços de saúde, e mais do que isso, trazem a expressão de como as mulheres têm sido expostas a riscos e sofrimentos desnecessários para elas e para os seus bebês.

Constata-se que a marca da assistência ao parto na macrorregional estudada tem sido modelada pelo intenso sofrimento ao qual as mulheres estão expostas, feridas em sua autonomia e em sua capacidade de decisão sobre o seu corpo e sobre os seus filhos.

O modelo de atenção ao parto tem privilegiado não apenas o aparato tecnológico como padrão do atendimento, mas, sobretudo, revelado aspectos de desumanização e, não raras vezes, de perversidade.

Entregues totalmente ao aparato do Estado para terem os seus filhos, estão impossibilitadas de decidirem por si mesmas o que é melhor para elas. Acreditam que ao procurarem a unidade de saúde mais próxima de sua residência serão acolhidas, sendo em

grande parte dos casos, surpreendidas com uma peregrinação para a qual não foram preparadas. São literalmente “jogadas” dentro de veículos sem condições adequadas de transporte e submetidas a exames desnecessários em cada unidade de saúde aonde chegam. Quando têm seus filhos longe de casa, ficam a maior parte do tempo sozinhas, em um local desconhecido para elas, sem apoio da família, e muitas vezes, sem ter como retornar com seus filhos para os seus municípios de origem. Em situações muito mais dolorosas, voltam para casa sem seus bebês, ou ainda, com eles sequelados para o resto de suas vidas.

Exemplos concretos das situações expostas acima compõem as narrativas das histórias de mulheres atendidas na maternidade estudada, incluídas no Apêndice B deste trabalho.

Feridas no corpo e na alma vivenciam o abandono por parte de quem deveria protegê-las. Ninguém parece ser responsável por elas ou por seus filhos. O Estado se torna invisível, passa a ser uma abstração sem nenhuma concretude.

No entanto, essa premissa é apenas parcialmente verdadeira. Ao se ausentar do seu papel protetor, o Estado não deixa apenas de promover benefícios para as mulheres e os bebês, mas, analisando sob o prisma dos malefícios que estão sendo causados a essas pessoas, assume uma concretude perceptível, palpável, tocável. A sua estrutura física, técnica e burocrática capitaneada por seus agentes (dirigentes, profissionais de saúde, instituições), transforma-se nos braços concretos desse Estado, que ao invés de acolher e envolver essas gestantes e esses bebês numa atitude protetora, os empurra e os afasta para longe de seu abrigo, de sua guarida. Essa seria a essência da Bioética da Proteção: oferecer guarida, proteção aos vulnerados, aos que estão feridos.

Do ponto de vista de uma justificação ética, cabe colocar aqui, que a responsabilidade dos atos que envolvem o cuidado com o outro não se restringe apenas ao que é feito, mas, em algumas circunstâncias, ao que se deixa de fazer (SINGER, 2002).

Para Schramm e Kottow (2001), o princípio da não-maleficência seria mais corretamente aplicável ao âmbito das relações entre indivíduos, enquanto o princípio da responsabilidade seria mais adequado para a análise do papel do Estado em relação às políticas públicas, nelas incluída a política de Saúde Pública.

Desse modo, aplicar o princípio da proteção seria, fundamentalmente, estabelecer a correspondência entre os deveres de responsabilidade social do Estado e o atendimento das necessidades individuais de saúde, sobretudo, daqueles indivíduos que não estão em condições de garantir pelo exercício de suas capacidades, o cuidado de que necessitam.

Ora, há um ser mais dependente da proteção do outro do que um bebê? E quando a mãe, ferida em sua autonomia, em suas capacidades, não lhe pode oferecer esse cuidado? Quando ela própria está exposta a inúmeros e incontáveis riscos, quando deveria estar sendo protegida?

Qual o imperativo ético que se nos impõe nessa circunstância?

Mesmo em um desenho de Estado centrado nos mais puros fundamentos do liberalismo, onde a participação do Estado fosse completamente relativizada, minimizada, haveria de surgir os lampejos de um compromisso ético com a prevenção de sequelas para os bebês. Ainda que sob essa ética, e, conseqüentemente, sob essa ótica, o principal aspecto moral pudesse ser, talvez, o de evitar os custos sociais causados pela ausência de autonomia dessas pessoas e, portanto, de virem a se tornar seres improdutivos e não competitivos, ferindo a lógica estabelecida pelas leis do Estado liberal.

Entretanto, um Estado que mesmo tendo essa concepção, pretende atender aos requisitos mínimos de promoção do bem-estar social; que institui um sistema nacional de saúde segundo os princípios da universalidade e da integralidade da atenção, pretendendo também ser equânime e diminuir as iniquidades no acesso aos bens e serviços de saúde, não se deveria pautar por uma lógica perversa de gerar sequelados, de criar mais sofrimento para as pessoas vulneradas e de ferir mais ainda os que já estão feridos.

No contexto da percepção da assistência, surge na fala da parturiente a representação do **abandono** dentro do sistema de saúde.

Eu me sentia muito mal. Você se sente como um **cão sem dono**. Uma (pausa) coisa assim, sei lá. Abandonada, assim, entendeu? Como se você (pausa). Ninguém tá fazendo conta de você. Não tá vendo ali o seu sofrimento. ( Parturiente)

Aí quando eu cheguei na (nome de hospital) era umas sete e pouca da manhã. Aí quando vieram fazer o meu parto já era quase meio dia. (Parturiente)

A percepção do abandono não é apenas em relação a ela, mas em relação a outras mulheres na mesma situação

Quando foi umas cinco e pouca da manhã também chegou uma menina lá que era daqui de Lajedo. Lá disseram: você não vai poder ficar aqui também, a gente já tem essa outra aí na cadeira e ela não vai poder ficar. E a menina dizendo que não tava aguentando. A menina foi pra dentro do banheiro. Aí o vigilante falou: não minha filha saia daí, porque se você tiver esse menino aí, é perigoso. Ela dizendo: eu não tô aguentando, eu não tô aguentando. Aí quando colocaram ela na maca, dentro da ambulância, no lado de fora, tava até chovendo. Quando ela deitou, o bebê dela nasceu. Quase que o bebê dela caía no chão. Aí depois que o bebê dela nasceu num instante arrumaram lugar pra ela. É isso que eu não entendo, entendeu? Foi uma

coisa também que fiquei pensando: me disseram que não tinha vaga pra ela, mas agora num instante arrumou um lugar e ela ficou lá dentro. Mas só depois que o bebezinho nasceu. Chovendo, até molhou o bichinho na hora. ( Fala da parturiente)

No discurso do motorista constata-se novamente o “diálogo” entre os entrevistados. Eis a sua percepção do abandono ao qual ficou exposta a paciente:

Nenhum hospital tratou ela bem não, viu? Principalmente o primeiro e o último. Tratou ela feito **um cachorro**. Como se não tivesse pena de ninguém. Principalmente os médicos, né? ( Fala do motorista da ambulância)

Ao falar sobre uma situação que caracteriza a assistência ao parto na rede obstétrica, a parturiente acrescenta aspectos importantes para essa análise, explicitando outra representação importante: a dor do parto, esta que sempre foi explícita, aguda, gritante, tornou-se **invisível** e **inaudível** dentro dos serviços de saúde. Mesmo dizendo que não está mais aguentando, que não está mais suportando a dor, a parturiente não é ouvida por ninguém. Esta foi a situação da gestante residente em Lajedo citada por Maria Nazaré e a situação dela própria:

Eu passei de quatro até umas seis e pouca da manhã, num corredor lá, sentido dor, numa cadeira de roda. Pra depois, eles virem assim na maior cara de pau, leva você lá pra dentro, faz o toque, pra dizer: você não vai poder ficar aqui não, vai ter que voltar pra Caruaru. (Parturiente)

Eu disse à minha irmã: eu acho que vou morrer porque eu não tô aguentando mais não. (Parturiente)

O relato do motorista da ambulância corrobora essa percepção da invisibilidade da dor do parto através do que observa, tanto na maternidade de referência macrorregional onde trabalha, como também nos serviços de referência terciária para a gestação de alto risco, localizados em Recife:

Ela começou a chorar impaciente, disse que o bebê ia morrer e não ia aguentar mais de dor. ( Motorista da ambulância)

Lá do lado de fora tinha uma menina com dezesseis anos, sentada num banco, sangrando. Aí eu fiquei observando, daqui a pouco ela disse que não tava aguentando mais. Quando eu observei direitinho o menino tava com a cabeça para o lado de fora já, aí eu chamei o maqueiro, pegamos uma maca, colocamos ela em cima e já subimos pro bloco. E ninguém nem aí, só eu e o maqueiro se preocupamos com ela. ( Motorista da ambulância)

Todo mundo tá vendo [o sofrimento]. Ninguém se faça de besta, não, que todo mundo tá vendo. Não tem é a sensibilidade de participar do sofrimento dela, de tentar ajudar de alguma forma. ( Motorista da ambulância)

Observe-se que outro aspecto interessante que aparece tanto no discurso da parturiente quanto no do motorista, é o destaque dado à presença do pessoal de apoio (vigilante, motorista, maqueiro), atuando diretamente no cuidado às parturientes e assumindo, o que minimamente, se esperaria fosse feito pelos profissionais de saúde em cada unidade:

Aí o vigilante falou: não minha filha, saia daí, porque se você tiver esse menino aí, é perigoso. ( Fala da Parturiente)

E ninguém nem aí, só eu e o maqueiro se preocupamos com ela. ( Motorista da ambulância)

Lá no Hospital (nome do hospital) tinha um conhecido que trabalha na mesma empresa que a gente. Ele disse que tinha médico, mas tava dormindo. Aí eu fui lá e falei com a recepcionista e ela viu que eu descobri e foi chamar ele ( Motorista da ambulância).

### **5.2.2 Percepção das Condições de Trabalho**

As condições às quais estão submetidos os profissionais de saúde também revelam um aspecto importante da atenção ao parto na macrorregional. O “diálogo” estabelecido entre os entrevistados é bem significativo, com trechos importantes que explicitam, inclusive, alguns dos conflitos entre eles.

Os profissionais de saúde, sobretudo os médicos, têm falado da sobrecarga de trabalho por plantão, alegando que as condições de trabalho têm comprometido, inclusive, a relação com as pacientes:

A gente sabe que você está num serviço enquanto médico, e aí você não tem nem onde caminhar, você vê que é uma condição desumanizada de atender a uma gestante [...] A mulher pariu, e ela tá num leito? Não. Ela está numa maca, eu tirei ela da mesa de parto e ela está aqui porque eu não tenho leito para botar[...] Eu não tenho mais nem mesa para ela parir, eu vou me baixar e vou fazer o parto dela no chão[...] (Gestão- Representante A narrando o que ouve dos médicos).

Quando a gente vê sofrimento se assusta, né? Mas parece que quando você está vendo isso todo dia, você vai perdendo a noção, sabe? Você vai ficando: não é brutalizado, você vai ficando apático. Não é brutalização, não. É apatia, na maioria das vezes (Representante dos Médicos)

Para os médicos que estão envolvidos diretamente com a assistência à parturiente, esses aspectos são determinantes para a qualidade da atenção prestada. No entanto, para eles também existem outros aspectos que têm se somado a estes para determinar a desmotivação que têm vivenciado nas unidades públicas de saúde:

Aí você vai entrar também na falta de treinamento, a desumanização do profissional durante o passar dos anos, cada vez que as pessoas vão tendo menos contato humano com o paciente. Tanto no serviço público como no privado, isso é visível. As causas são a insatisfação, frustração profissional, revolta o que seja (Representante dos médicos).

A parte financeira, que às vezes você tem vergonha de falar, mas é um fato. É indiscutível. Paga-se muito mal. O estado paga muito mal. Paga muito mal a um obstetra, pra responsabilidade que ele tem. Paga muito mal a um neonatologista, entendeu? No Brasil, em poucos lugares a pessoa consegue trabalhar num lugar só. Tem que trabalhar em quatro, cinco maternidades pra poder ter um padrão dito condizente com o status que ele ocupa na sociedade (Representante dos Médicos).

Mas a maioria eu tenho certeza que entrou nessa profissão com vontade de fazer alguma coisa diferente, sabe? É visível. Mas alguma coisa nesse processo mudou e eles não têm mais o mesmo compromisso. Eles não conseguem mais reagir a isso. Estão descrentes (Representante dos Médicos).

Esse aspecto apesar de representar a verdade para um ator importante desse processo – o médico – denota algumas sutilezas percebidas pelos outros entrevistados em relação ao trabalho dele no atendimento às gestantes e parturientes. É o caso da percepção do motorista da ambulância em relação ao trabalho do médico e de outros profissionais da assistência, nos mais diversos serviços de saúde para onde transporta as pacientes:

A gente chegou no (nome de hospital) com uma paciente da gente, tanta gente lá com uma médica só de plantão. Aí trocou de horário, veio a outra que tava dormindo. Aí vem com um mau humor medonho. Aí começou a atender devagarzinho. Também uma médica só pra atender quase trinta pessoas, trinta gestantes (Motorista da ambulância).

A gente chegou lá de oito horas, dez horas pediram o exame dessa paciente da gente, pra sair de duas horas da manhã Um hemograma, vê que hemograma demoroso, quatro horas pra fazer um hemograma (Motorista da ambulância).

Já no (nome de hospital), já é um atendimento melhor, os médicos se preocupam com o paciente, é um atendimento muito melhor. A gente já chega, já é liberado bem rápido. A médica já vê a paciente (Motorista da ambulância).

Depende muito do médico. Às vezes a gente chega lá com o paciente muito grave, a gente chega lá conversa com o médico, tenta explicar a situação, diz que tá com outra pessoa dentro do carro, fala que está com outra paciente que é de alto risco também. Às vezes tem até um consenso de botar na frente porque a gente tá vindo do interior. Coloca na frente das outras, ela passa pra gente poder ir pra outro hospital com aquela paciente. Quando pega um médico que não tenha um bom senso, fica esperando com outra sofrendo dentro do carro. Porque como o médico botou duas pacientes na mesma ambulância com um técnico só, eu não posso sair com ela, com a responsabilidade do carro e dela (Motorista da ambulância).

Na avaliação das circunstâncias que têm envolvido as condições de trabalho nas maternidades públicas que compõem a rede de atenção obstétrica, uma representação surge do “diálogo” entre os entrevistados: é a de que o médico é **vítima e algoz** ao mesmo tempo.

Para a representação dos médicos, o médico se torna vítima à medida que está exposto a determinadas condições que o fazem necessitar de dois ou mais empregos para manter o seu bem estar, a sua condição de sobrevivência. A questão salarial seria um dos motores que impulsionaria essa desmotivação e esse alheamento diante do sofrimento do outro. Ele é algoz à medida que contribui para disseminar uma situação de não envolvimento com a paciente, em que reproduz a ausência do Estado na vida delas.

Ele é vítima porque precisa manter sua vida social, seus compromissos. Ele é algoz porque não percebe que o silêncio dele de pressionar o Estado, acaba passando pra ele uma responsabilidade que a princípio ele deveria cobrar também do Estado (Representante dos Médicos)

Para a representação do movimento de mulheres, o médico também aparece como vítima do Estado, mas sua percepção está mais voltada para as distorções que são geradas pelo modelo vigente de atenção ao parto, especialmente, na ausência de vinculação entre o profissional médico e a parturiente. O médico se torna um algoz à medida que não se responsabiliza pela gestante dentro do sistema de saúde:

Que modelo a gente tem construído, que o médico ele é o algoz e a vítima também, lá na ponta. Você vê que em todos os serviços foi médico que atendeu essa mulher. Não é possível que não saiba que a responsabilidade é dele quando ele encaminha, quando bota pra outro município (Representante do Movimento de Mulheres).

Para o representante da gestão estadual, as condições de trabalho também têm colocado o médico como vítima da ausência protetora do Estado à medida que expõem os profissionais, tanto os da assistência, quanto os da regulação, a situações de estresse e conflitos:

[...] a gente teve um médico que infartou (nome do local) porque o nível de estresse é enorme, você não pode negar o acesso e você vai dar o acesso a um lugar que não tem mais acesso (Gestão- Representante A)

Eles estão sendo vítimas de uma situação que cabe a gente resolver e a gente não está conseguindo (Gestão- Representante A)

Partindo da análise das representações trazidas pelos entrevistados, pode-se inferir que o médico, e por extensão, o profissional de saúde não tem se percebido como o principal responsável pela assistência prestada à gestante usuária do SUS.

De fato, os relatos trazem farto material demonstrativo da sobrecarga para os profissionais, tanto para aqueles que estão responsáveis pela assistência direta nos serviços de saúde, quanto para aqueles que são responsáveis por regular o fluxo assistencial dentro da rede.

No entanto, alguns aspectos éticos precisam ser destacados, pois a responsabilidade do Estado não acontece apenas no momento de estabelecer a política de atenção obstétrica e neonatal ou de alocar recursos nessa ou naquela política, mas conforme já foi dito, o seu aparato institucional composto por estrutura física, equipamentos e profissionais, será a face visível desse Estado e definirá a forma como essa presença acontecerá, concretamente, na vida das pessoas.

### ***5.2.3 Percepção da Relação entre Profissionais e Usuários***

Na análise das falas dos entrevistados referentes à relação dos profissionais de saúde com as usuárias, destaque é dado ao médico por ser a figura central da cena do parto. Ele é o detentor do poder de determinar se a gestante fica no serviço para o qual foi encaminhada ou se vai seguir adiante em busca de outro local. No atual modelo de atenção ao parto, é o médico quem estabelece o mais importante contato com a parturiente e, por isso mesmo, é o alvo de todas as expectativas na relação com ela.

Em todas as falas, essa relação tem sido questionada, especialmente no que se refere ao distanciamento, à “desumanização” da relação com a gestante.

A fala de Maria Nazaré expressa com toda veemência a insensibilidade diante do outro, a invisibilidade do sofrimento dela:

Como se você fosse, assim, sei lá. Como se eles não olhassem pra você como um ser humano, visse que a pessoa tá ali numa situação daquela. (Parturiente)

Eu achei horrível o tratamento de lá. Eles muito duro, entendeu? Eles não estão nem aí pra você, pelo que você tá passando, o que você está sentindo ali. Age com muita frieza (Parturiente)

Nem sequer pra chegar e dizer assim: mãe tenha calma. Aqui não tem vaga, mas vai dar tudo certo. Não. Cada vez um chegava e dizia: olha não tem vaga. Vai ter que ir pra tal hospital, assim, assim. Desse jeito eles falavam, entendeu? (Parturiente)

O motorista da ambulância também traz em seu relato, aspectos da expressão dessa ausência do cuidado por parte dos profissionais de saúde, especialmente por parte do médico:

Noventa por cento das pacientes daqui que é transferida e certamente das outras unidades daqui de Caruaru, passa pelo mesmo sofrimento que ela passou (Motorista da ambulância)

Nenhum prestou atenção. O mais preocupado nessa história foi eu, dela não perder esse bebezinho dela. Que deu muita dó dela em ver ela sofrer daquele jeito. Só que meu conhecimento pra o conhecimento de um técnico de enfermagem é quase nada. De carro assim eu entendo tudo, agora partindo assim pra parte técnica, meu conhecimento já é menos do que o deles, né? E ela ter a coragem de deixar a paciente na mão. Ela podia ter ficado comigo e ter tentando em algum outro hospital já que a gente tava dentro da cidade (Motorista da ambulância)

Ao se referir ao dia a dia nos hospitais para onde as pacientes são transferidas, citando situações de outras mulheres atendidas, revela:

Tem médico. Só que não querem atender, né?[...] Os técnicos de enfermagem, os recepcionistas ficam escondendo os médicos dentro do hospital. Dizendo que não tinha médico, tendo médico de plantão (Motorista da ambulância)

Quando chegou lá tinha uma pediatra. Ela fez de conta que não tinha chegado ninguém. Foi o técnico de enfermagem que se espoletou lá dentro pra ela poder atender o menino. Quando ela veio atender o menino quase que o menino tinha embarcado, assim, que eu digo, quase entrado em óbito, o bebezinho (Motorista da ambulância)

Não desceu médico, não desceu enfermeira, não desceu nenhum técnico de enfermagem pra poder fazer alguma avaliação primária (Motorista da ambulância)

A gente no hospital, desce com ela, bota numa cadeirinha, pra ela não ficar sofrendo, que às vezes não tem nem banca vazia. Aí bota ela lá, ela fica lá esperando e espera muito, viu? Às vezes espera até oito horas. Às vezes a gente se revolta porque a gente sai daqui tão rápido porque o médico diz: a paciente tá grave, tem que ir um pouquinho rápido, se livre do trânsito e quando chega lá, em Recife, em alguns hospitais a gente passa doze horas pra uma paciente ser atendida (Motorista da ambulância)

A representação que surge de forma mais destacada é o **descaso** com que as gestantes e parturientes têm sido tratadas nas maternidades de todo o estado.

Descaso, muito descaso com as grávidas, muito descaso. Elas não são bem vistas, tem médico que não pode ver uma buchudinha passando na porta, já diz: pede uma senha (Motorista da ambulância)

Aí tinha um médico de plantão e disse: eu vou dormir. Ele tava ali na frente também conversando. Aí disse: eu vou dormir e só me chame aqui na triagem quando aparecer duas pacientes [...] Aí chegou uma paciente de sete e meia da noite. Ele não tinha ido dormir, não foi? A recepcionista avisou ao doutor: tem uma paciente já aqui, e ele explodiu pro lado dela: eu já disse a você que só me avisasse quando

chegasse duas pacientes. A outra paciente veio chegar de duas e quarenta e cinco da manhã aqui, e a outra bichinha aí esperando pra ser atendida. (Motorista da Ambulância)

Já os médicos alegam que esse “endurecimento” está relacionado às condições de trabalho

Eu vou te dizer que eu já passei por isso aí de ficar zangado. Não é que você não olhe. Não sei se é um mecanismo de defesa isso ou se é um esgotamento, sabe, mas chega um ponto que você não percebe mais o que é certo ou o que é errado, chega a um ponto em que você não percebe mais. Você fica endurecido mesmo, você não percebe mais o que tá acontecendo à sua volta (Representante dos Médicos)

Eu fui plantonista de um hospital em Recife, que pra chegar na minha sala, eu saía pulando os pacientes. Eu lembro que tinha assim: chão 1, chão 2, chão 3. Isso há três anos atrás (Representante dos Médicos)

Tem uma síndrome que eu tava lendo um dia desses [...] Você começa a não se revoltar mais com as coisas. Isso acontece com profissionais de saúde, também com alguns profissionais da área de economia. Você começa a não ligar, você começa a ficar (pausa). Sabe aquela sensação de névoa, de sonho? Você tá vendo aí um inferno e você passa assim: vou passando! (Representante dos Médicos)

O questionamento aqui não se faz em contraponto aos ganhos com os avanços tecnológicos, os quais permitiram nos últimos anos, indubitavelmente, a redução das mortalidades materna e infantil, mas pela constatação de que a relação de cuidado no momento do parto se deteriorou, entre outras razões, pela perda da delicadeza. Esta, na acepção trazida por Sponville (2003) “**delicadeza** (*délicatesse*)- misto de doçura e de fineza, diante da fragilidade do outro”.

#### **5.2.4 Percepção da Responsabilidade em Relação ao Parto**

É importante lembrar que no início de cada entrevista, a pesquisadora contextualizava para o entrevistado as linhas gerais da Bioética da Proteção objetivando focar as respostas de acordo com esse referencial e em seguida, lia a história de Maria Nazaré.

Embora não houvesse perguntas fechadas, o questionamento seguinte foi feito a todos os entrevistados: de quem era a responsabilidade, a quem cabia a responsabilidade sobre ela. As respostas trazem aspectos importantes a serem analisados.

Para o médico, a responsabilidade de proteger Maria Nazaré seria do Estado. No entanto, caberia também ao Estado tutelar o profissional que está no serviço de saúde:

Eu acho que o Estado falha porque ele deveria estabelecer essa sequência [garantir a referência]. E fazer valer. Eu acho, eu não entendo como é que você transfere um paciente de um hospital que está lotado pro outro, se o outro também não pode receber (Representante dos Médicos)

Mas eu acho que a maior falha da gente é não pressionar de forma efetiva e pelos meios que existem, que o Estado tome a sua atitude de tutelar tanto o paciente quanto o profissional que ele colocou na sua unidade (Representante dos Médicos)

Ainda para o médico, na percepção da responsabilidade do Estado surge a representação da **abstração do Estado**, a qual é “materializada” na figura do médico:

É muito difícil você dizer: a tutela é do Estado. O Estado é um ser que não existe, abstrato. Então ele não assume nada. O médico não assume. Você vê que há uma passagem de responsabilidade aí do começo ao fim (Representante dos Médicos)

Mas se fosse pra dizer quem é o responsável por tudo isso, fatalmente é o Estado. Mas fisicamente, quem vai ser o responsável é o médico. Porque se nesse processo aqui esse bebê morre, essa mulher morre, o colega que tá na maternidade um, dois, três, quatro, cinco ou seis, provavelmente ele vai levar a marca de ter sido responsável por essa morte. Então, mais uma vez, acho que todos são vítimas (Representante dos Médicos)

Qual a outra falha também? A pessoa que recebe, que é o médico. Eu vejo que ele não examina o paciente. Isso aí eu acho um erro dele. Ele pode até não ter vaga e transferir. Mas, primeiro ele não examinou a paciente e transferiu pra outro hospital que não tinha condições também (Representante dos Médicos)

Ao final de sua entrevista, ressalta que a responsabilidade também seria do médico

Eu acho que a gente tem responsabilidade nisso aí, independente do Estado, ter sido omissos ou ter falhado, a gente também tem uma parcela e a gente tem que tocar na ferida pra mudar (Representante dos Médicos).

Já na fala do gestor estadual, existe a percepção de que o gestor de saúde representa o Estado, de que é sua responsabilidade prover os meios necessários para garantir o parto. Destaca que é uma responsabilidade compartilhada entre os entes federativos, os quais pactuam níveis de atribuições no Sistema Único de Saúde

Pois é, a gente é esse Estado, é isso que eu estou dizendo: a gente é que não tá garantindo que ela vá ter esse leito na hora que ela precisa. (Gestão- Representante A)

O Estado tem que começar a história não é da sala de parto, ele tem que começar a história lá do começo. Tem que garantir as consultas do pré-natal e garantir que ela consiga saber onde é que ela vai parir, que se garanta que ela visite a maternidade antes do parto e que o atendimento dela esteja vinculado aquele serviço (Gestão- Representante A)

O Estado não tá dando o leito que a gestante precisa e aí tem co-responsabilidade: gestão estadual, gestão municipal [...] Ministério da Saúde é responsável - gestor federal (Gestão - Representante A)

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco aceitou o desafio e tem o compromisso de transformar essa realidade. Passo a passo, já estamos mudando. Com otimismo, trabalho, competência e contando com a parceria dos municípios e do Ministério da Saúde, faremos tudo o que estiver ao nosso alcance para minorar o sofrimento das mulheres e das famílias nesse momento singular e definitivo. Confiantes, esperamos consolidar a Rede Cegonha, em todos os componentes, destacando prioritariamente o componente mais estrangulado “parto e nascimento (Gestão- Representante B).

Para o gestor, há também a percepção de que o médico é o principal responsável por não receber a gestante que veio referenciada pela Central de Regulação de Leitos:

Acho que a princípio a primeira recusa, a primeira maternidade que recusou o acesso com senha, foi muita coragem. As pessoas às vezes subestimam. (Gestão-Representante A).

Para a representante do movimento de mulheres, é muito difícil delimitar a responsabilidade do Estado se não houver uma análise do modelo de atenção ao parto. O modelo tecnocrático levaria a inúmeras distorções, desde o papel que é atribuído ao médico até a ausência dos movimentos sociais no controle efetivo das políticas de saúde. Ressalta, ainda, o quanto o próprio Estado tem falhado em seu papel regulador:

Eu acho que tem faltado uma parte de acompanhamento. Quer dizer o Estado ele se omite no monitoramento do que ele propõe, ele não tem o papel de regular, de proporcionar formas de monitorar, de ver os resultados, de cobrar, entendeu? (Representante Movimento de mulheres)

Acho que é um grande desafio lidar com as diversidades, o Estado tem que garantir tudo, tem que garantir um parto domiciliar com segurança se é isso que ela quer. A gente sabe que parto e nascimento são eventos que extrapolam o campo médico, biomédico. Ele foi, ao contrário, colocado dentro desse quadrado, mas ele extrapola mesmo e é um evento cultural, social, antropológico, é um evento também biológico, que coloca situações de vida e morte (Representante Movimento de mulheres)

No enfoque dessa responsabilização por Maria Nazaré, aparece o destaque dado por esta entrevistada ao que se esperaria que o médico fizesse a partir de sua vinculação com a parturiente. Caberia a ele responsabilizar-se por ela no sistema de saúde, cabendo ao gestor estadual como representante do Estado, assegurar que as condutas fossem adotadas pelos profissionais:

Você vê que em todos os hospitais foi médico que atendeu essa mulher, não é possível que não saiba que a responsabilidade é dele, quando ele encaminha, quando ele bota pra outro município (Representante Movimento de mulheres)

Então aí, de quem é a responsabilidade dessa peregrinação? É uma cadeia de responsáveis. A gente vê que ao final, o que falta, é o estabelecimento de condutas: -Não, eu não posso mandar essa mulher. Pronto. Eu tenho que resolver aqui. (Representante Movimento de mulheres)

Para o motorista da ambulância, a percepção da responsabilidade com a parturiente recai, fundamentalmente, sobre o médico. Em sua percepção, o Estado faz o seu papel ao colocar profissionais nos serviços de saúde, mas cabe aos profissionais dispensarem mais cuidado aos pacientes:

Acho que a prefeitura, talvez o estado ele já faz a parte dele de contratar, de botar gente pra trabalhar, só que estão botando gente que não tem responsabilidade com o que tá fazendo. O povo era pra ser mais responsável. Feito eu tava dizendo anteriormente, que era pra gostar do que faz. Talvez o povo pense mais em dinheiro (Motorista da ambulância)

O que ficou evidenciado no presente estudo, é que parece ter havido uma cadeia de omissões em que a responsabilidade de ser o Estado em seu papel protetor foi colocada sobre os ombros do motorista:

Toda a responsabilidade nas minhas costas. Aí eu vim tentando, e em Vitória não tinha médico também. Até não foi relatado, que foi esquecido, eu tava nervoso. Parei em Vitória, (nome de hospital) e (nome de hospital), não tinha médico também. Aí não tinha opção, tive que vir pra Caruaru. Aí eu vim um pouquinho rápido, além do limite que a empresa permite, porque ela tava se sentindo tonta e enjoada, aí dá a entender que é a pressão que tá subindo já, a pressão arterial dela, né? Aí eu vim um pouquinho rápido. Tive que pegar até a contra mão, porque foi final de semana prolongado: sexta, sábado e domingo. (Motorista da ambulância)

Outro aspecto importante na análise da responsabilidade do Estado a partir da percepção do motorista é a revelação que surge sobre as reais condições em que estão ocorrendo as transferências na rede obstétrica. Diante de sucessivas falhas nesse papel de oferecer uma política pública de atenção ao parto que garanta o acesso para um grupo de mulheres usuárias do SUS, o Estado tem favorecido inúmeras situações de desproteção e de vulneração para as mulheres e seus bebês, exemplificadas no relato a seguir:

Quando chegou ali nas proximidades de Vitória a mulher começou a apertar as contrações e o menino nasceu dentro do carro. Só que o carro não tinha nada. O doutor transferiu uma paciente de UTI numa básica [ambulância]. Um prematurozinho de seis meses. Aí o carro não tinha nada, só tinha oxigênio, não tinha nada. Não tinha um cateter nasal de RN, não tinha. Aí só eu e o técnico de enfermagem. O menino nasceu com parada respiratória. Em seguida parou o coraçãozinho dele também. Aí a gente conseguiu reanimar ele, reanimava, ele tombava, reanimava, ele tombava, pegamos um O2, cortamos a mangueira e colocamos no nariz dele, quando ele voltou né? Aí ele tornou e não ficou mal mais não. Só ficou todo cianose, ele ficou o bebezinho. Aí ele botou um cateter nele ligou bem fraquinho o ar, o cateter de adulto só pra ele ficar sentindo o oxigênio melhor. Aí eu disse a ele: fica ai atrás que eu vou ter que apertar o pé pra gente chegar em Vitória...num hospital lá que a gente foi (nome do hospital). Aí quando chegou lá a

mãe lá não saia de perto do menino. Mas a gente se preocupou mais com o menino, porque a mãe sangrando, mas pra placenta sair que só saiu o bebezinho. Ai quando a gente chega lá no ( nome do hospital) lá o bebezinho todo roxo, todo sofridozinho o bichinho. Aí levemo ele lá pra cima, pro terceiro andar, quando chegou lá tinha uma pediatra. Ela fez de conta que não tinha chegado ninguém. Foi o técnico de enfermagem que se espoletou lá dentro pra ela poder atender o menino. Quando ela veio atender o menino quase que o menino tinha embarcado, assim, que eu digo, quase entrado em óbito o bebezinho. Aí ela foi, chamou as enfermeiras, vieram tudo com má vontade, que já era onze e meia da noite, vieram tudo com má vontade. Mesmo assim colocaram ele no bercinho, estabilizou ele, ai depois de uma hora e meia foram buscar a mãe que tava dentro do carro que tava preocupada com o bebezinho. Aí trouxemos a mãe e a mãe lá sangrando. Porque ela tava sangrando assim...por causa da placenta. Mesmo assim tem outro sangramento que ocorre devido ao parto. Aí fomos lá pegar a mãe, a médica demorou...outra médica já...demorou quase meia hora pra atender a mãe. Foi que a gente apertou também, porque tinha que descer com o bebezinho na UTI pra o ( nome do hospital) em Recife, que a senha do bebezinho saiu pra Recife. Aí a médica depois de meia hora atendeu ela que tinha perdido muito sangue, aí tinha que escolher a mãe que era de UTI, e o bebezinho que era de UTI. Aí teve que escolher um dos dois pra botar na UTI, ai teve que colocar o bebezinho. A gente saiu nas pressas lá, sem precisão né? Se o médico daqui tivesse usado a cabeça e ela tivesse ficado por aqui, não tinha acontecido isso não. Ai saiu todo mundo desesperado, saiu com a minha básica, com a UTI do ( nome do hospital) que é da mesma empresa voando pro ( nome do hospital), com a mãe no meu carro e o bebezinho no outro. Só que tinha outra paciente que tava em trabalho de parto dentro do carro, tava assistindo tudinho e ela começou a sofrer também porque ela tava vendo aquilo. Ela começou a ficar agitada e o bebezinho dela começou a querer nascer também. (Motorista da ambulância)

Aí em algumas transferências eu acho muito errado querer botar duas pacientes em um carro só pra hospitais muito distantes um do outro, ou então pra o mesmo hospital também, porque quando acontece isso aí, vamos dizer feito aconteceu aí: se um bota pra nascer o bebezinho de uma, vai nascer o bebezinho da outra também, ou vai desmaiar. Aí só é um técnico de enfermagem que vai. Vai um motorista que não pode fazer nada, tem que dirigir rápido pra chegar na unidade e o técnico sozinho com dois. Tá fazendo um parto de uma, como aconteceu lá, e a outra querendo passar mal. (Motorista da ambulância)

Essa constatação reveste-se em certo sentido de aspectos de crueldade, pois além da insegurança no trajeto, da incerteza em relação ao local em que serão aceitas, algumas parturientes são expostas a verdadeiras sessões de tortura ao terem que assistir ao parto de outra mulher em situação completamente inadequada.

Assistindo tudo isso dentro do carro com aquele monte de sangue, sem ter o costume de ver. Porque quando tá aqui bota um lençolzinho em cima do bucho [barriga] dela, ela não tá vendo quase o sangue, e lá está assistindo tudo. Gente que não tem costume de ver isso. (Motorista da ambulância)

Constata-se pelo relato de uma das muitas histórias presenciadas pelo motorista da ambulância, que apesar de estar consagrado pelo modelo tecnocrático como ideal, o parto hospitalar não tem ocorrido sequer nas condições mínimas preconizadas por esse modelo.

Para muitas mulheres, o parto não tem ocorrido dentro do hospital, não é o obstetra quem o tem realizado e nem é o neonatologista quem tem oferecido os primeiros cuidados ao recém nascido. Todo o aparato defendido pelo Estado através de seu modelo hegemônico de atenção ao parto parece ruir ante o esfacelamento do princípio da responsabilidade que deveria estar sendo exercido por ele.

À medida que o Estado se ausenta de seu papel protetor, parece ser o acaso quem vai assumir os riscos aos quais estarão expostas as mulheres e os seus filhos. Dependem, pois, as mulheres no momento do parto, do humor do médico, da condição da ambulância, da habilidade do técnico de enfermagem para realizar um procedimento para o qual não foi formado, do grau de compromisso do motorista, da sensibilização do vigilante, da boa vontade do maqueiro e do recepcionista, enfim, de todos os atores que têm assumido o papel de protagonistas na cena do parto.

Uma representação simbólica importante que surge a partir da percepção dos entrevistados é a de que no acesso ao parto, **as mulheres estão entregues à própria sorte.**

Na fala da parturiente, a respeito da percepção da responsabilidade na atenção ao parto, existe a percepção de que “alguém” deveria ter se responsabilizado por ela. Embora não haja a clareza sobre como se daria essa responsabilidade do Estado em relação a ela, é facilmente identificável por ela que houve falha no papel protetor, o que a deixou em situação de maior risco e desamparo:

Eu acho que era o hospital daqui. Eu acho que era (nome do hospital). Acho que não tinha nada de me mandar pra outro hospital. Acho que era responsabilidade daqui mesmo. Que assim...eu não sou daqui, eu não moro aqui? Então não tinha que me mandar pra Recife. (Parturiente)

Eu acho que é do prefeito daqui. Sei lá! (Pausa) Não sei. Da direção do hospital. (Parturiente)

Com certeza é de alguém. Pra não deixar acontecer. Isso acontece, aí se Deus o livre eu tivesse perdido a minha filha, por conta de uma coisa dessa que **jamais** era pra acontecer. **Nunca**. Em um hospital feito a (nome do hospital), não ter médico pra atender. Acho que isso é uma coisa que **jamais** era pra acontecer. Eu não sei dizer assim, de quem era essa responsabilidade. Mas eu só sei que tem alguém aí que não era pra **jamais** deixar isso acontecer. **Jamais**. (Parturiente) (grifos nossos)

Acho que era pra ser uma coisa mais assim, **uma coisa mais humana**. Você chegar num hospital, não era pra acontecer esse tipo de coisa, porque como é que só tem a (nome do hospital) e a (nome do hospital), só é os dois que tem. Aí um tá com o teto caído e o outro não tem médico. Simplesmente não tem e pronto. Isso não pode. Eu acho assim, uma coisa muito errada. Se é os únicos hospital que atende, que é pra atender as mulheres aqui da região, aí não tem médico? Eu acho isso uma **negligência** muito grande. **Uma falta de responsabilidade muito grande**. Eu acho que **isso não poderia acontecer nunca**, de não ter médico pra atender as mulher grávida quando for ter bebê. Acho que isso **jamais** era pra acontecer, **jamais**. (Parturiente) (grifos nossos)

No trecho seguinte de sua fala, Maria Nazaré expressa a total submissão à tutela do Estado na ocasião do parto, a ausência total de autonomia para decidir e buscar outras possibilidades para o nascimento de seu filho:

Não é feito antigamente, né? Antes muitas mulheres tinham [bebê] em casa, tinha as parteiras. Hoje em dia, não existe mais, né? (Parturiente)

Acho que jamais isso era pra acontecer. Nunca! A gente é quem sofre, quem corre o risco de perder a vida ou perder os nossos filhos. (Parturiente)

Do ponto de vista da análise bioética, não se pode considerar que as ações públicas estejam liberadas das responsabilidades individuais dos atores sociais que atuam em nome do Estado. O agente público (gestor, profissional de saúde) “é também um indivíduo que, enquanto tal, é agente moral e deve responder pelos custos sociais de suas decisões públicas” (SCHRAMM ; KOTTOW, 2001).

Os mesmos autores referem que, se os princípios de solidariedade e de responsabilidade, fundamentos da Ética, não são suficientes, por si mesmos, para responder concretamente às demandas morais no âmbito da saúde pública, busca-se no princípio da proteção o fundamento moral para legitimar o Estado mínimo que reconhece a sua obrigação de precaver a integridade física e patrimonial de seus cidadãos.

O Estado deve, pois, assumir obrigações sanitárias que envolvam uma ética de responsabilidade social correspondente ao que os autores acima citados, conceituam como Ética de Proteção.

### **5.3 Principais Conflitos Identificados entre Gestores, Profissionais e Usuários**

O terceiro objetivo específico estabelecido no estudo foi a análise dos principais conflitos envolvidos no acesso desigual ao parto na macrorregional Caruaru.

A partir do referencial da Bioética da Proteção utilizado no presente estudo como instrumento para a análise da moralidade da política pública de atenção ao parto, especialmente no aspecto referente à garantia do acesso, alguns conflitos centrais puderam ser identificados, revelados nas representações trazidas pelos entrevistados, os quais passam a ser considerados a seguir.

O primeiro deles é referente ao papel desempenhado pelos profissionais de saúde no cuidado com as parturientes. Esse papel relacionado ao cuidar do outro tem sido vivenciado através de um enorme distanciamento enquanto sujeitos relacionais o que contribui para a “coisificação” do outro, para a incapacidade de se colocar no lugar dele e, em última instância, para ser responsável por ele.

Hutchens (2009, p.36) ao discorrer sobre o pensamento de Levinas acerca do significado da “face” do outro em um relacionamento face a face nos diz que há algo enigmático na face do outro que nos força a reconhecer certos compromissos para com os outros. “A face de outra pessoa evoca uma responsabilidade *para com* aquela pessoa. Em todas as ocasiões em que reagimos a alguém estamos sendo responsáveis para com eles de uma maneira *indeclinável*, ou seja, irrecusável”.

Para Schramm (2008, p.15) a presença do outro é uma condição essencial para a existência da ética “(...), pois só existe ética, propriamente dita, se for inscrita em uma estrutura relacional, do tipo *eu-outro* ou *eu-tu*”.

Segundo Maturana (2009) essa preocupação com o outro é o que fundamenta a ética e tal preocupação ocorre fundamentalmente, no espaço emocional:

A preocupação ética se constitui na preocupação com o outro, dá-se no espaço emocional e tem a ver com sua aceitação, qualquer que seja o domínio no qual esta se dê. Por isto a preocupação ética nunca vai além do domínio de aceitação do outro em que ela se dá. Ao mesmo tempo, dependendo de aceitarmos ou não o outro como um legítimo outro na convivência, seremos ou não responsáveis frente a nossas interações com ele ou ela, e nos importarão ou não as consequências que nossas ações tenham sobre ele ou ela (MATURANA, 2009, p.84)

O que se torna evidente a partir do que foi trazido pelos entrevistados nas situações relatadas pode ser inferido como a impossibilidade de viver o exercício profissional mediante esse sentido da responsabilidade ‘indeclinável’ diante da face de outra pessoa.

Na história de Maria Nazaré – símbolo de tantas outras narradas no decorrer do estudo, essa atitude de cuidar da parturiente, de protegê-la, de ser responsável por ela não foi assumida pela maioria dos profissionais com os quais ela esteve em contato. Desde as maternidades de Caruaru, passando pela conduta da técnica de enfermagem que a acompanhou na remoção, até os médicos que a tiveram diante de si em todos os serviços pelos quais passou, ninguém parece ter se sentido responsável por ela.

É importante lembrar que Schramm (2008), ao contextualizar a Bioética da Proteção, alerta para o fato de que esse princípio protetor não ocorre no sentido de oferecer

uma proteção paternalista, na qual o Estado ou seus agentes assumam em nome do “suposto” bem-estar do outro, atitudes capazes de impedir o desenvolvimento de suas capacidades e o exercício de sua autonomia pessoal.

No entanto, a total submissão da parturiente ao aparato do Estado (representado por sua estrutura de atenção ao parto e por seus agentes públicos), a coloca em situação de conflito com o exercício de seus direitos como cidadã livre e capaz de fazer escolhas.

Tem-se, então, de um lado, o imperativo ético da responsabilidade com o outro vivenciada na relação médico-paciente. Esse tipo de conflito poderia ser analisado sob o ponto de vista da ética deontológica, do que seria o ‘dever fazer’. Partindo das inúmeras situações relatadas, já haveria elementos suficientes não apenas para punir as transgressões definidas em um código de condutas estabelecido pelos respectivos órgãos de fiscalização do exercício profissional (Conselhos de Medicina e de Enfermagem), como também para propor novos comportamentos que fossem eticamente justificados.

No entanto, por outro lado, o princípio da proteção amplia essa noção de responsabilidade, tirando-a do seu componente unicamente individual. À responsabilidade individual do agente público junta-se a responsabilidade social do Estado de garantir o direito de acesso aos bens e serviços de saúde para todos.

À medida que introduz outra representação para o profissional, qual seja a de representar o Estado, a de materializar a ação do Estado em seu papel de principal executor da política de atenção obstétrica, introduz uma posição adicional no espaço em que se dá a relação médico-paciente. Essa responsabilidade passa a ser também a operacionalização da política pública que deve ser ampla e proteger não apenas Maria Nazaré, mas todas as mulheres no momento em que necessitam da atuação do Estado como provedor de cuidados de promoção e proteção da saúde individual e coletiva.

Embora seja exercida pelo mesmo sujeito (no caso, o médico), a essência da responsabilidade ultrapassa a esfera individual para se constituir, concomitantemente, na materialização da responsabilidade social do Estado com os cidadãos. Talvez por isso, a atuação na cobrança por maior responsabilização do Estado precisasse ultrapassar as fronteiras da justa cobrança por melhores salários e melhores condições de trabalho, para se constituir na defesa incondicional da proteção do Estado em relação a todos que estão em situações de maior vulneração.

Não é à-toa a verbalização, tantas vezes repetidas pela parturiente, de que a ausência de proteção do Estado percebida por ela na ausência do médico, na ausência de vagas nos hospitais por onde passou, **JAMAIS** poderia acontecer.

Embora não disponha de espaço nem de instrumentos que lhe permitam exercer o papel de cobrar do Estado a proteção mínima a que tem direito, a sua capacidade de expressar a indignação diante do que lhe ocorreu é verbalizada em palavras carregadas de intenso significado de injustiça “**NEGLIGÊNCIA e FALTA DE RESPONSABILIDADE MUITO GRANDE**”, as quais não deveriam acontecer “**NUNCA, JAMAIS**”.

[...] Eu acho isso uma **negligência** muito grande. **Uma falta de responsabilidade muito grande**. Eu acho que **isso não poderia acontecer nunca**, de não ter médico pra atender as mulher grávida quando for ter bebê. Acho que isso **jamais** era pra acontecer, **jamais**. (Parturiente) (Grifos nossos)

Por fim, torna-se ainda importante destacar que a análise desses conflitos precisa chegar ao registro dos conflitos que são gerados para a mulher em sua dinâmica interna, pessoal. O “pavor” de passar novamente por uma situação como essa será decisivo em suas futuras escolhas, simbolizando uma interferência do Estado no direito à livre escolha da mulher em ter ou não mais filhos.

Eu pensava que ia morrer, ou que minha filha ia morrer. O meu maior sonho, era ser mãe de uma menina e eu dizia: meu Deus quando Deus me dá minha filha, vou perder ela assim (Parturiente)

Eu já tava passada de dor, eu já tava passada não conseguia nem mais ficar em pé. É tanto que quando iam me tirar [da ambulância] me tiravam nos braços, porque eu não conseguia nem mais ficar em pé, eu não aguentava mais. Eu só pensava que minha filha ia morrer. Só [pensava], ou eu ou ela, mas pensava mais que ela é que ia morrer. Eu ficava desesperada. Meu Deus por que isso tá acontecendo? Ficava desesperada mesmo (Parturiente)

Eu tive muito medo, foi um momento muito difícil mas eu acho que fui forte. Eu pensava tanto nela, pedia tanto a Deus, assim no meu pensamento pra que Deus não deixasse que nada acontecesse com ela (Parturiente)

Se fosse o caso de eu engravidar, nossa! Eu digo direto, eu acho que eu morria, ou senão, acho que eu ia passar a minha gravidez internada. Porque eu ia ficar muito pensativa, muito nervosa. Eu ia começar a pensar: eu vou ter que passar por tudo de novo, vai acontecer isso de novo! Entendeu? Eu fiquei com trauma de gravidez, de engravidar...Deus me livre. Quero não (Parturiente)

Eu sei que isso me trouxe uma experiência muito ruim. Eu jamais quero passar na minha vida. Nunca mais eu quero passar. Nunca mais (Parturiente)

Eu tenho medo. Eu tenho pavor. Eu tenho pânico agora, Deus me livre. Deus sabe assim que eu digo: Deus me livre. Não por orgulho, assim... Deus me livre pelo que

eu passei. Foi muito sofrimento demais, muito, muito mesmo. Só depois que tive alta, que tava em casa, foi que comecei a dizer: meu Deus, graças a Deus, depois de tudo que passei. Só um milagre de Deus, estar aqui, eu e minha filha viva, agentes duas (Parturiente)

Um segundo conflito revelado no discurso dos entrevistados é trazido pela representante do movimento de mulheres ao falar do papel dos movimentos sociais na formulação de políticas como a da humanização do parto no SUS, e constatar o que na prática tem sido referenciado por ela como a frustração de não ver a garantia dos direitos das mulheres assegurada pelo Estado.

Acho que a frustração é de conseguir muito pouco avanço pra o tipo de colaboração que a gente vem dando, nós do Movimento Feminista daqui de Pernambuco [...]. Então, eu acho que há um recrudescimento dentro do Movimento Feminista, porque não temos os espaços do controle social [...] (Representante do Movimento de Mulheres)

Essa importante afirmação testemunha que a inserção no arcabouço institucional do SUS, dos princípios de humanização do parto delineados na Política de Atenção Obstétrica e Neonatal, resultou de uma intensa articulação do movimento de mulheres com os formuladores das políticas, culminando na presença de princípios e diretrizes que procuram favorecer o atendimento humanizado ao parto nas instituições hospitalares do País.

Entretanto, no caso da política de atenção ao parto e ao nascimento, vê-se um imenso hiato entre a proposta de modelo de atenção ao parto estabelecida nas normas governamentais do Ministério da Saúde e a realidade da atenção obstétrica efetivamente prestada nas maternidades do país.

Os achados deste estudo demonstram fartamente a distância entre os preceitos que asseguram, ainda que minimamente, a mulher como protagonista da cena do parto com poder de decidir sobre o seu corpo - a melhor posição para parir, o acompanhante de sua preferência, um ambiente acolhedor - e o que foi descrito como a realidade das maternidades públicas.

Dentro desse conflito o discurso da entrevistada ressalta um aspecto que merece ser enfatizado, pois revela o quanto as instâncias de controle social têm sentido o enfraquecimento de seu poder de negociação com o Estado para discutir e propor mudanças nos rumos das políticas públicas que não vêm atendendo aos interesses coletivos e individuais.

Assim como os movimentos sociais, também a gente teve uma capacidade enorme de elaboração e estamos aí com os Conselhos de Saúde totalmente sem conseguir

executar o seu papel. Eu acho que onde há falha precisa de um acompanhamento. Não é colocar políticas no colo do gestor, no colo do profissional lá e dizer tchau, entendeu? Acompanhar a execução das ações dessa política dentro dos serviços (Representante do Movimento de Mulheres)

Isso tá na agenda e acho que no Movimento Feminista a gente tem produzido cada ano relatórios, denunciado no Ministério Público. A gente já entrou com várias ações. Eu acho que a gente se sente impotente, na verdade não existe poder, né? A não ser o poder do grito (Representante do Movimento de Mulheres)

Porque talvez chegou num ponto que muita gente desanima de ir para as Conferências, porque a gente elabora, elabora, elabora, aí falar mais o que? Está lá, tudo escrito [...] Então há um cansaço também dessa relação com esse Estado (Representante do Movimento de Mulheres)

Esse é um conflito importante a ser explicitado, pois, no caso específico do SUS, o controle social, exercido através dos movimentos sociais desempenha papel fundamental no debate com o gestor público acerca dos principais conflitos de interesses, participando, portanto, do estabelecimento de acordos coletivos que venham a ser celebrados no âmbito de cada esfera gestora do SUS.

Se os movimentos sociais expressam o “cansaço” na relação de negociação com o Estado e se os indivíduos não conseguem ter voz diante da estrutura que os oprime em seus direitos individuais e coletivos, qual a perspectiva que se coloca para a mudança dessa situação?

Esse é um alerta importante que desponta no momento em que novas e possíveis formas de executar o papel do Estado passam a ser implementadas no âmbito do SUS.

Um terceiro conflito claramente identificado no estudo refere-se ao fato de que a oferta de serviços que garantem o parto seguro tem sido incompatível com a necessidade de distribuição equânime pelo território resultando, portanto, em situações de injustiça social.

Os achados do presente estudo evidenciam que a má distribuição dos serviços de atenção ao parto tem sido responsável pelo deslocamento absurdo de gestantes na rede de saúde. A concentração de equipamentos e de profissionais nos grandes centros urbanos tem estabelecido uma lógica perversa que expõe as mulheres que já estão em situação de vulnerabilidade a riscos de maior vulneração.

Os conflitos decorrentes dos distintos direitos, deveres e interesses das usuárias, dos profissionais e da gestão pública no acesso ao parto, analisados sob a perspectiva da Bioética da Proteção remetem para um dos problemas centrais da Saúde Pública – a alocação dos recursos. Essa é uma questão central nos estudos sobre equidade. A reflexão bioética,

entretanto, utiliza o princípio da proteção para reformular a questão da escassez de recursos inserindo-a no campo da justiça sanitária.

Ora, a questão da escassez de recursos no campo da saúde pública, tem sido constatada não apenas em países em desenvolvimento, mas em todos os países que adotam sistemas nacionais de saúde, nos quais exista a garantia de acesso pelo princípio da universalidade (ARREGUY ; SCHRAMM, 2005).

Este parece ser um conflito subjacente à diferença entre a oferta de ações públicas de saúde e as necessidades da população, cabendo responder diante do imperativo da escolha, como e a quem o Estado deveria prioritamente proteger?

Em seu nascedouro, a Bioética da Proteção, define por proteção “a atitude de dar resguardo ou cobertura a necessidades essenciais, quer dizer, aquelas que devem ser satisfeitas para que a pessoa afetada possa atender a outras necessidades ou outros interesses” (SCHRAMM ; KOTTOW, 2001).

No caso da organização da assistência à saúde, parece ser eticamente justificado considerar o nascimento enquanto necessidade essencial que precisa ser resguardada, amparada, protegida. Torna-se difícil imaginar que uma sociedade justa possa organizar-se sem a proteção aos indivíduos que garantirão, em última instância, a preservação da espécie humana.

A questão da alocação de recursos remete, essencialmente, às questões conceituais ligadas à equidade e, portanto, à conceituação de justiça.

Nesse sentido, Sen (2011) traz uma importante contribuição à compreensão do conceito de justiça, ao abordar a distinção presente entre dois conceitos de justiça na antiga ciência do direito indiano: *niti* e *nyaya*. “No sânscrito clássico, ambos os termos significam justiça, entretanto, há uma sutil diferença entre eles: *niti* diz respeito tanto à adequação organizacional, quanto à correção de um comportamento, já *nyaya* refere-se ao que resulta e ao modo como emerge, em especial, a vida que as pessoas são realmente capazes de levar” (SEN, 2011, p.50).

Portanto, não basta que as instituições, as regras e as organizações sejam justas, é preciso avaliá-las de uma perspectiva mais ampla, o que resultaria em incluir o conceito de *nyaya* – a vida que emerge da aplicação dessas regras.

Assim, ao colocar esses conceitos no foco do presente trabalho, a pesquisadora destaca que não é suficiente para que se tenha justiça sanitária que o SUS garanta em seu arcabouço

jurídico-institucional o princípio da equidade entre os seus pilares. É fundamental sim, que esteja explícito, mas isso não garante por si mesmo, que a justiça no sentido de *nyaya* aconteça.

Em um belo texto, Sen resgata o que os antigos teóricos do direito indiano chamavam de *matsyanyaya* – a justiça do mundo dos peixes – nela, um peixe grande pode livremente devorar um peixe pequeno. O grande alerta trazido por eles é de que é essencial para a justiça evitar a *matsyanyaya*. “Não se deve permitir que “a justiça dos peixes” invada o mundo dos seres humanos”.

A realização da justiça no sentido de *nyaya* requer não somente o julgamento do quanto as regras e as instituições são justas, mas sobretudo requer o julgamento das próprias sociedades. “Não importa quão corretas as organizações estabelecidas possam ser, se um peixe grande ainda puder devorar um pequeno sempre que queira, então isso é necessariamente uma evidente violação da justiça humana como *nyaya*” (SEN, 2011, p.51).

No contexto da atenção ao parto no SUS, a pesquisadora considera a partir dos achados deste estudo que enquanto houver, sequer, uma Maria Nazaré não se poderá dizer que os peixes não invadiram o nosso mundo.

## 6 CONCLUSÃO

*O ato moral é um ato de relação: com o outro, com uma comunidade, com uma sociedade e, no limite, relação com a espécie humana.*

*Edgar Morin*

Todo o encadeamento teórico do presente estudo foi construído a partir da compreensão de que a crise vivenciada na Saúde Pública é, fundamentalmente, uma crise ética, e, por conseguinte, uma crise da ética.

Ao considerar essa questão como ponto central de fundamentação para o trabalho, a pesquisadora buscou encontrar, sob essa perspectiva, as respostas que lhe permitissem identificar como o Estado estaria cumprindo o seu papel de oferecer proteção àquelas mulheres que estariam em situação de vulneração durante o parto.

Os achados evidenciaram o quanto a política de atenção ao parto tem sido reveladora de situações de iniquidade e, portanto, de injustiça sanitária e social no âmbito da macrorregional estudada. Tais situações inserem-se no contexto de uma política de saúde pública que deveria por princípio, proteger os cidadãos sem colocá-los em condição de vulneração.

Essa falha do papel protetor do Estado em relação ao acesso ao parto na macrorregional de Caruaru pode ser estendida às demais regiões do estado e parece estar configurada nas seguintes representações:

a) Da Invisibilidade e da Inaudibilidade da Dor

A dor associada ao trabalho de parto tem sido descrita como uma das mais intensas experiências dolorosas vivenciadas por uma mulher. Além dos aspectos ligados ao caráter fisiológico da parturição, resultantes da contratilidade do útero, a dor do parto reveste-se de outros significados no âmbito social, cultural e emocional, dando o caráter de unicidade à experiência de cada mulher.

Independentemente da forma como o parto seja encarado – mais patológico ou mais natural, a dor é um símbolo importante de representação desse processo. A presença da dor é

um anúncio de que o nascimento se prepara para ocorrer e, requer em nossa cultura ocidental, a presença de um terceiro que se coloque no papel de cuidador, auxiliando a mulher no processo de parturição.

No entanto, o que se pode concluir a partir dos achados deste trabalho, é que essa dor não tem mais o simbolismo do cuidado para com a parturiente. Tornou-se **invisível** e **inaudível** dentro do sistema de saúde.

No modelo de atenção ao parto construído nos últimos anos, o hospital é o lugar mais adequado para o parto ocorrer em segurança e o médico é o detentor do saber sobre o corpo da mulher e sobre o processo da parturição. Entretanto, nem um nem outro têm garantido a atenção da qual a mulher necessita nesse momento em que está sob a tutela do Estado.

No cotidiano das relações entre profissionais de saúde e parturientes surgem inúmeras situações que retratam aspectos que vão desde casos de “descuidado” até casos de violência. Os relatos trazidos a este trabalho revelam que às vezes, esta acontece de forma sutil, quase imperceptível, noutras ela se dá de forma explícita através de gestos e falas grosseiros, ou ainda, de atos brutais, os quais colocam a mulher em uma situação de maior vulneração.

Ao enfatizar, também, as situações de vulneração no âmbito do cuidado do profissional de saúde resgata-se uma das especificidades do fazer em saúde que é a natureza individual da relação no cuidado com o outro. A constatação da deterioração do cuidar aparece, fundamentalmente, na perda da delicadeza – acepção já trazida ao corpo deste trabalho como sendo o resultado de doçura e de fineza diante da fragilidade do outro.

A dor física, o sofrimento, a angústia e o medo são expressões da dor do abandono, da dor do desamparo às quais estão expostas as mulheres por ocasião do parto, representando em última instância, a desproteção do Estado através de seus agentes públicos.

#### b) Do Abandono

A relevância desse símbolo no discurso trazido pelos entrevistados ao estudo é reveladora, substancialmente, da forma como o Estado vem se colocando no desempenho de seu papel protetor frente ao acesso ao parto na macrorregional estudada.

Mais uma vez, ressalte-se aqui, que os agentes públicos também estão revestidos da responsabilidade de proteção que cabe intrinsecamente ao Estado. São os gestores, as

instituições e os profissionais de saúde que apresentam a face do Estado para a parturiente usuária do SUS.

A responsabilidade que deve emergir desse contato não se restringe ao delineamento da política de atenção ao parto, mas remonta também ao conceito levinasiano de responsabilidade que define que a responsabilidade ocorre diante da face do outro.

O abandono, o descaso, o sentimento de estar entregue à própria sorte, de “não ser ninguém” surgem com muita força no texto composto pelas falas da parturiente entrevistada.

É como se houvesse um esvaziamento da capacidade de enxergar o outro como sujeito autônomo, o que contribui para a “coisificação” do outro. Nesse contexto, há de se considerar o sentido dialético dessa afirmação, pois não têm sido apenas as parturientes e seus filhos que têm se tornado invisíveis em sua dimensão de sujeitos autônomos.

À medida que os profissionais não conseguem enxergar a face do outro diante de si, também não conseguem enxergar a própria face. Mais uma vez, no sentido levinasiano de responsabilidade, a simples presença do outro já seria suficiente para chamar-nos à responsabilidade por ele.

No entanto, não tem sido essa responsabilidade que tem pautado as relações dos profissionais de saúde com as parturientes. Nem mesmo os deveres da ética deontológica parecem mobilizar o sentido do dever-fazer nos profissionais envolvidos na atenção ao parto.

A despeito de todas as justificativas relativas à sobrecarga de trabalho e outras questões consideradas relevantes por eles, o estudo constatou que nem mesmo o princípio elementar da não-maleficência tem sido observado, na grande maioria dos casos, pelos médicos que estão nas maternidades referenciadas no estudo e que representam as maternidades da rede obstétrica de Pernambuco.

### c) Do Esgarçamento dos Fios que Compõem o Tecido da Vida

Ao se utilizar dessa representação simbólica, a pesquisadora procura trazer para o texto não somente a complexidade que envolve o parto enquanto fenômeno biológico, social, cultural e antropológico, mas a reflexão sobre o que pode ser considerado como aquilo que precisa ser “tecido junto”. Daí a ligação com o simbolismo do tecido, este na acepção do que resulta do entrelaçamento dos fios numa trama. Ao falar do esgarçamento dos fios que compõem o tecido da vida, a pesquisadora se refere ao afrouxamento dos fios que compõem

essa trama, ao mesmo tempo, firme e delicada. Refere-se à banalização do que deveria ser protegido como necessidade essencial do indivíduo.

O ciclo de morte é ao mesmo tempo o ciclo de vida, já nos diz Morin. Portanto, apesar de não considerar o parto como um evento meramente biológico, o estudo conclui que ainda permanece nos dias de hoje a estreita ligação entre a vida e a morte no momento do nascimento. Toda vida traz em si a potencialidade intrínseca da morte. Essa é a esfera biológica que está inscrita em nossa hélice genética, mas como seres organizados em sociedade podemos religar saberes para alterar a cadeia de criação-destruição na assistência ao parto.

Ao final deste trabalho, a pesquisadora entende que é nessa crise da atenção obstétrica que pode ser gestada a regeneração da política de atenção ao parto. Vários são os caminhos que necessitam urgentemente ser percorridos, mas a regeneração pode partir da nossa capacidade de dar um “basta” nisso tudo como indivíduos e como sociedade.

Não podemos caminhar na direção contrária do sentido do nascimento: nascer é vir à luz, é a celebração da vida e não da morte.

A Bioética da Proteção nos forneceu uma ferramenta importante para analisar os conflitos e dilemas morais envolvidos no acesso ao parto, mas nos oferece também a possibilidade de nos posicionarmos ante os comportamentos que precisam ser proscritos por não atenderem às funções mínimas esperadas de um Estado em seu papel protetor.

Um Estado democrático pertence a todos e por todos se responsabiliza. Não exclui, não oprime, não vulnera.

A principal contribuição que este estudo pretende a partir dos resultados encontrados é dar visibilidade a uma situação que vem se tornando mais aguda a cada dia, mais crítica e mais comprometidora para um sistema de saúde que pretenda ser equânime e resolutivo.

Partindo do entendimento que a bioética tem também um papel prescritivo, propõe as seguintes recomendações:

### **6.1 Recomendações**

- a) Reduzir as situações de vulneração às quais estão sendo expostas as mulheres, aumentando a oferta de leitos obstétricos e neonatais nas sedes das Macrorregiões de Saúde;

- b) Redefinir os critérios de distribuição de serviços de atenção obstétrica e neonatal no território, diminuindo a distância entre as maternidades;
- c) Promover e garantir maior autonomia para as mulheres a fim de que elas possam desenvolver a sua capacidade de distinguir e adotar a ação mais apropriada no momento do parto;
- d) Aprofundar os estudos que correlacionem sequela neonatal com distância percorrida pela mãe em busca do local do parto;
- e) Estabelecer mecanismos mais eficazes de fomento à formação de profissionais voltada para as necessidades do Sistema Único de Saúde;

## REFERÊNCIAS

- ARREGUY, E. E. M; SCHRAMM, F. R. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v.51, n.2, p.117-123, 2005.
- BARATA, R. B. Como e Por Que As Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Org.) Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
- BERLINGUER, G. Bioética Cotidiana. Brasília: Ed. UNB, 2004.
- BOFF, L. Ética e eco-espiritualidade. Campinas: Verus, 2003.
- BRASIL. Senado Federal. Constituição República Federativa do Brasil. Centro Gráfico do Senado Federal. Brasília, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gestante de Alto Risco: sistema hospitalar de referência à gestante de alto risco. Secretaria Executiva. Brasília, 2001
- BRASIL. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.477 de 20 de agosto de 1998. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 21 ago 1998. Disponível em: < <http://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 15 jul 2011
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067 de 04 de julho de 2005. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 9 jul. 2006. Disponível em: < <http://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 15 jul.2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 26 mar. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde : Relatório Final. Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em: <<http://www.proadess.cict.fiocruz.br>. Acesso em: 8 jul.2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. RDC nº36, de 03 de junho de 2008. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 26 mar. 2011.
- BRENES, A. C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol.7, n.2, 1991, Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em: 8 jul.2011.
- CARVALHO, E. A. Saberes complexos e educação transdisciplinar. Revista Educar, Curitiba n. 32, p.17-27, 2008.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos Tecno-assistenciais em Saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol.13 n.3, p. 469-478, jul./set. 1997.

COMTE-SPONVILLE, A. Dicionário Filosófico. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

CORTINA, A ; MARTINEZ, E. Ética. 3.ed. São Paulo: Loyola, 2010.

DAVIS-FLOYD, R. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. International Journal of Gynecology and Obstetrics. vol.75, Supplement nº1, p.S5-S23, November, 2001. Disponível em: <<http://www.davis-floyd.com>. Acesso em: 31 jan.2012.

DIAS, M. A. B. Humanização da Assistência ao Parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. 2006. Tese (Doutorado). Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press, 1973.

FARIAS, S. F et al. A Regulação no Setor Público de Saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. Ciência e Saúde Coletiva. 2011, vol.16, supl.1, p. 1043-1053. Disponível em:<[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: 29 mar. 2012.

FORTES, P. A. C. Orientações Bioéticas de Justiça Distributiva Aplicada às Ações e aos Sistemas de Saúde. Revista Bioética, vol. 16, n.1, p. 25 – 39, 2008. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em: 28 ago. 2011.

GADAMER, H-G. O Caráter Oculto da Saúde. Petrópolis: Vozes, 2006.

GARRAFA, V. Apresentando a Bioética ( An Introduction to Bioethics). Universitas FACE, vol.2 , n 2 – vol.3, n 1, 2005, 2006. Disponível em: < [http:// www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/fa](http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/fa). Acesso em: 08 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Da Bioética de Princípios à Ética Interventiva. Revista Bioética, vol.13, n.1, p. 125-134, 2005. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em: 28 ago. 2011.

GARRAFA, V; OSELKA, G; DINIZ, D. Saúde Pública, Bioética e Equidade. Revista Bioética, vol. 5, n.1, 1997. Disponível em: <[http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/361/462](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462). Acesso em: 26 abr. 2011.

GIL, M. J. Dar sem (se) perder. Revista Análise Psicológica, vol.16, n.3, p.393-404, Lisboa,1998. Disponível em: < <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a05.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2011.

GOOGLE MAPS. Distancias entre cidades. Disponível em: <<http://www.google.com.br>. Acesso em: 17 mar. 2012.

GOLDIM, J.R. Bioética: Origens e Complexidade. Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Vol. 26, n. 2, p.86-92, 2006. Disponível em: <[http:// www.bioetica.ufrgs.br](http://www.bioetica.ufrgs.br). Acesso em: 16.06.2012

GROULX, L-H. Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In: A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Vários autores. Tradução de Ana Cristina Nasser, 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2010, p.95-124.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUTCHENS, B. C. Compreender Lévinas. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

JESUS, W. L. A.; ASSIS M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciência e Saúde Coletiva, vol.15, n.1, p.161-170, 2010. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf> . Acesso em: 08 jul. 2011.

KOTTOW, M. Introducción a la bioetica. Santiago: Editorial Universitaria, 1995.

KUHSE, H ; SINGER, P. What is bioethics? A historical introduction. In: ID (eds) A companion to bioethics. Oxford UK, Blacwell publ., p.3-11. Disponível em:<<http://www.books.google.com.br>. Acesso em: 30 abr. 2012.

MAIA, M. B. Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

MARTINS, A. P. V. A Ciência dos Partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, vol.13, n.3, p.645-665, set./dez. 2005.

MATURANA, H. Emoções e Linguagem na Educação e na Política. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENEZES et al. Avaliação da Peregrinação Anteparto numa Amostra de Puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 22, n.3, p.553-559, mar., 2006.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed- São Paulo: HUCITEC, 2010.

\_\_\_\_\_. Hermenêutica-dialética como Caminho do Pensamento Social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.(Org.) Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p.83-107.

MORAIS, F. R. R. A Humanização no Parto e no Nascimento: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

MORIN. E. A Cabeça Bem Feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

\_\_\_\_\_. O Método 6: Ética. 4.ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

NAVARRETE, M. L. V. et al. Introdução às Técnicas Qualitativas de Pesquisa Aplicada em Saúde. Recife: IMIP, 2009.

OLIVEIRA, M. I.C. et al. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde - Rio de Janeiro ( RJ), 1999-2001. Revista de Saúde Pública. vol.42, n.5, p.895-902, 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Hospital Jesus Nazareno. Sistema de Informações de Nascidos Vivos, 2010.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Recife, 2011a. Divulgação Institucional. Disponível em: <<http://www.portalsaude.pe.gov.br>. Acesso em: 12 mar.2012.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Recife, 2011b. Apresentação em Power Point. Rede Cegonha.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Recife, 2011c. Plano Diretor de Regionalização.

PONTES, C. A. A. Urbe Água Vida: ética da proteção aplicada ao estudo das implicações morais no acesso desigual à água potável. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

PORTO, D. Bioética e Qualidade de Vida: as bases da pirâmide social no coração do Brasil. Um estudo sobre a qualidade de vida, qualidade de saúde e qualidade de atenção à saúde de mulheres negras no Distrito Federal. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

RAWLS, J. Justiça como Equidade: uma concepção política, não metafísica. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, n. 25, p.25-59, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em: 18 jul. 2011.

SCHRAMM, F. R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Revista Bioética. Vol.16, n.1, p. 11-23, 2008. Disponível em: <<http://www.revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em: 04 mai. 2011.

\_\_\_\_\_. Lineas de Fundamentacion de la Bioética y Bioética de la Protección. In: Programa de Educación Permanente em Bioética- Introducción a la Bioética Clínica y Social. RedbioéticaUNESCO, 2007, p.2-19. Disponível em: <<http://www.redbioetica-edu.com.ar>

\_\_\_\_\_. A Moralidade da Prática de Pesquisa nas Ciências Sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 9, n.3, jul./set. 2004.

\_\_\_\_\_. A Terceira Margem da Saúde: ética natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1996.

SCHRAMM, F. R.; BRAZ, M. (Org). Bioética e Saúde: novos tempos para mulheres e crianças? Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. Principios Bioéticos en Salud Publica: limitaciones y propuestas. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Vol.17, n.4, p.949-956, jul./ago, 2001.

SEN, Amartya. A Ideia de Justiça. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SINGER, P. Ética Prática. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SIQUEIRA-BATISTA, R. ; SCHRAMM, F. R. A Saúde entre a Iniquidade e a Justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol.10, n.1, p.129-142, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em: 18 jul.2011

TOBAR, F; YALOUR, M. R. Como Fazer Teses em Saúde Pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001

TORRES, A. D. et al. Perfil epidemiológico dos recém-nascidos admitidos na unidade neonatal de uma maternidade pública no município de Caruaru,PE. Revista de Enfermagem UFPE On Line, Recife, vol.4, n. 04, 2010. Disponível em:<[http:// www.ufpe.br](http://www.ufpe.br). Acesso em: 20 mar. 2012

TRAVASSOS, C. M. ; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.20(suppl.2), p.S190-S198, 2004.

VALE, N. B.; DELFINO, J. As Nove Premissas Anestesiológicas da Bíblia. Revista Brasileira de Anestesiologia. Vol. 53, n.1, p.127-136, jan./fev., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em: 22 jan. 2012.

VUORI, H. A qualidade da saúde. Divulgação em Saúde para Debate, n.3, p.17-24, fev. 1991.

YIN, R. K. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## Apêndice A – Quadro de Instrumentos Normativos da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal

DATA	INSTRUMENTO NORMATIVO	ASSUNTO
02/03/2000	Portaria SAS/MS N°72	Inclui na tabela de procedimentos SIH/SUS: Atendimento ao recém-nascido de baixo peso.
01/06/2000	Portaria N°569/GM	Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS.
01/06/2000	Portaria N° 570/GM	Institui o componente I do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento-incentivo à assistência pré-natal no âmbito do SUS.
01/06/2000	Portaria N°571/GM	Institui o componente II do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento-organização regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal no âmbito do SUS.
01/06/2000	Portaria N° 572/GM	Institui o componente II do Programa de Humanização do pré-natal e nascimento-nova sistemática de pagamento de assistência ao parto.
14/06/2000	Portaria N° 466/GM	Estabelece como competência dos estados e do Distrito Federal os limites, por hospital, de percentual máximo de cesariana em relação ao número total de partos realizados e ainda dá definição de outras estratégias para obtenção desses procedimentos no âmbito do estado.
05/07/2000	Portaria N° 693/GM	Aprova normas de orientação para implantação do método canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.
20/09/2000	Portaria N° 1.041/GM	Institui o grupo executivo para elaboração para do plano nacional de intensificação das ações de mortalidade infantil e materna.
06/06/2001	Portaria N° 822 SAS/MS	Institui no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Triagem Neonatal /PNTN.
19/11/2002	Portaria N°2104/GM	Institui no âmbito do SUS o projeto nascer-maternidade.
28/05/2003	Portaria N°652/GM	Instituir a Comissão Nacional de Mortalidade Materna, de caráter técnico-consultivo.
16/12/2004	Portaria N°756 SAS/MS	Estabelece normas de habilitação para o Hospital Amigo da Criança integrante do SUS.
22/03/2005	Portaria N°427/GM	Institui a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da implementação do Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.
04/07/2005	Portaria N°1067/GM	Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências.
02/12/2005	Portaria N° 2418/GM	Regulamenta, em conformidade com o art.1° da Lei n°11.108, de 07 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o sistema único de saúde- SUS.
14/09/2006	Portaria N°2.193 /GM	Estruturação dos Bancos de Leite Humano.
12/07/2007	Portaria N°1683/GM	Aprova, na forma do anexo, as normas de orientação para implantação do Método Canguru.
10/01/2008	Portaria N°09 SAS/MS	Alterar o critério n°08 das normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança sobre taxas de cesarianas.
21/02/2008	Portaria N°325/GM	Estabelece prioridades, objetivos e metas do pacto pela vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.
03/06/2008	Resolução RDCN° 36	Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal.
05/06/2008	Portaria N°1119	Regulamenta a vigilância de óbitos maternos.
18/11/2008	Portaria N°2799	Institui no âmbito do SUS a Rede Amamenta Brasil.
18/11/2008	Portaria N°2800/GM	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Norte-Nordeste de saúde perinatal.
03/06/2008	RDC N°36/ANVISA	Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal.
24/02/2010	RDC N°7/ANVISA	Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva.
24/06/2011	Portaria N°1459	Institui a Rede Cegonha.

## Apêndice B - Narrativa das Histórias de Mulheres Atendidas na Maternidade de Referência da Macrorregional de Caruaru

Todos os nomes das pacientes são fictícios. Os médicos também não estão identificados.

### 1. A história de Maria Helena e sua filha Rafaela

*Dados da ficha de atendimento: Paciente atendida na Maternidade de Referência às 00h:10min, 19 anos, residente na zona rural de Caruaru, 1ª gestação. Diagnóstico de GUTT (Gestação Única Tópica a Termo+ Trabalho de parto). Feto em apresentação cefálica, ausculta 142 bpm, bolsa íntegra. Foi interna na referida maternidade e deu à luz a um RN do sexo feminino com diagnóstico de Síndrome de Aspiração Meconial + Hipóxia Grave.*

*Paciente e esposo relataram através de Termo de Denúncia a situação ocorrida. Disseram que haviam chegado à maternidade por volta das 00:00h, ocasião em que Maria Helena queixava-se de dor e diarreia. Chegando à triagem obstétrica foi atendida pelo “Médico 1”, que a examinou e afirmou que ela não estava em trabalho de parto. Prescreveu medicação para alívio da dor e a encaminhou para a residência. Conforme transcrição literal do seu relato: “(...) Falou que eu não estava em trabalho de parto, passou Buscopan e me tratou mal, jogou os exames em cima da cama e me liberou para ir para casa”.*

*Não conformados com a avaliação, ela e seu esposo decidiram permanecer na triagem obstétrica para a paciente ser reavaliada. O “Médico 2” a examinou e a encaminhou para a sala de pré-parto, não referindo para a paciente nenhuma informação sobre sua situação.*

*Relata ainda que foi mal tratada também pela técnica de enfermagem: “(...) Dizendo que se eu fosse ao banheiro e a criança caísse, ela não pegava e deixava morrer e em seguida foi dormir.”*

*Tendo passado algumas horas em trabalho de parto, sozinha, e sem que ninguém a reexaminasse, aproximadamente às 5h00min, sentido fortes dores, chamou a “Médica 3” que chegou ao local para examinar outra paciente. A “Médica 3” após examiná-la solicitou que fosse aplicada medicação e seguiu com a paciente para a sala de parto. O parto ocorreu às 06h00min. A criança nasceu banhada em mecônio fluido, em morte aparente, tendo recebido os cuidados imediatos e sendo levada para a Unidade neonatal interna. A neonatologista do plantão informou à família que o quadro da criança era grave e devido à demora para realização do parto a recém nascida poderia ficar com sequelas.*

*A criança, hoje com 02 anos e alguns meses, apresenta graves sequelas neurológicas e motoras. **Alimenta-se por meio de sonda, faz uso de medicação anti-convulsivante, faz fisioterapia motora. Não fala. Não anda e seu peso é menor que 09 quilos.** Necessita de acompanhamento especializado em Recife e Caruaru. Os pais não dispõem de recursos para prover os cuidados dos quais a filha necessita. Dependem completamente, agora, da assistência social do Estado para se deslocarem da zona rural onde residem para levarem a filha para a assistência de neurologista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta...*

*Este fato ocorreu no mês de novembro de 2009 dando origem a um inquérito administrativo requerido pela gestão da maternidade para apuração dos fatos e responsabilidades. Após mais de um ano para a conclusão, os profissionais envolvidos no atendimento a Maria Helena receberam a pena disciplinar de advertência.*

Os fatos foram também encaminhados para o Conselho Regional de Medicina para averiguação das condutas médicas. Até o momento o processo ainda se encontra em tramitação no referido Conselho.

**Neste dia havia cinco médicos obstetras no plantão da maternidade de referência macrorregional.**

## 2. A história de Maria de Fátima

*Dados do Pronto Atendimento: Paciente com 16 anos, solteira, do lar, natural de Garanhuns-PE. 2ª gestação, cesárea anterior. Paciente encaminhada para a maternidade de referência sem senha com queixas de dores em baixo ventre.*

*Diagnóstico: GUTT( Gestação Única Tópica a Termo) + TP (Trabalho de parto) + Cesariana anterior. Encaminhamento: Residência*

*A paciente foi transferida de Garanhuns para a maternidade de referência em Caruaru. Chegou às 02h57min, neste momento foi atendida pela “Médica 1” que não a examinou, não aferiu a pressão arterial, nem ao menos verificou os batimentos cardíacos. Apenas disse que voltasse para Garanhuns porque a maternidade estava em obras, não considerando que a maternidade dispunha, mesmo em obras, de 01 sala de cirurgia para os casos de emergência e uma sala com duas mesas para parto normal.*

*Ao sair da maternidade de referência, alguém lhe informou que procurasse a maternidade municipal, localizada próximo à maternidade macrorregional. Assim o fez. Chegando à maternidade municipal, foi atendida, mesmo sendo de outro município. Maria de Fátima foi examinada constatando-se que o feto já estava morto.*

## 3. A história de Maria José

*Dados do Pronto-atendimento: paciente com 18 anos, residente em Caruaru. 3ª gestação, com histórico de 1 filho vivo com 3 anos e 1 aborto há 6 meses. Fez o pré-natal em um PSF no município de sua residência.*

*A história de Maria José começa em uma segunda-feira pela manhã com um pedido desesperado de sua mãe para que a direção da maternidade interceda para que sua filha não seja novamente transferida para outro serviço, passando a narrar o que havia acontecido desde o sábado passado. Sentido dores foi levada por sua mãe para a maternidade do município de Caruaru. Ao chegar lá foi avisada que não havia médico e seguiu então para a maternidade de referência macrorregional. A maternidade de referência estava superlotada, não havendo vaga para Maria José. Após o atendimento inicial, foi encaminhada com senha fornecida pela Central de Regulação para uma maternidade em Recife.*

*No percurso da transferência com destino a Recife, Maria José passou a queixar-se de muitas dores. A técnica de enfermagem que a acompanhava entrou em contato com um médico plantonista em Vitória, seu conhecido, e após seu aval parou em Vitória para que fosse atendida por ele. Ao chegarem no hospital em Vitória, a ambulância retornou para Caruaru deixando a paciente acompanhada por sua mãe.*

*Continuando seu relato, a mãe de Maria José informa que o hospital estava lotado, com apenas um médico para o atendimento das gestantes.*

*Em torno das 22h00min o médico “aplicou uma injeção para parar as dores, retirou o soro e disse que não iria mais fazer o parto” (sic). Disse que os casos de “cesarianas” subissem e as demais voltassem para casa. Como não eram de Vitória e não dispunham de dinheiro suficiente para um transporte, permaneceram lá. Estavam no hospital sem se alimentar, pois o jantar já havia sido servido as 17h00min e só depois de “armar uma confusão” a mãe de Maria de Fátima conseguiu sair e comprar coxinha e refrigerante para ambas. Ao amanhecer e durante todo o dia permaneceram tentando um carro para voltar para Caruaru, e somente por volta das 17h00min conseguiram que um amigo fosse buscá-las.*

Quando chegamos em casa eu disse à minha filha: tome um banho e descanse que eu tenho fé em Deus que seu neném não vai nascer hoje. Comemos e fomos dormir”.  
( Fala da mãe de Maria José)

*Na segunda-feira retornaram à maternidade do município de Caruaru, não chegando nem a entrar, pois já foram comunicadas pela recepcionista que não havia médico e que fossem direto para a maternidade de referência.*

*Chegando à maternidade de referência após tanta peregrinação, a mãe da paciente procurou à Gestão da Maternidade, mesmo tendo visto que havia muitas pacientes pediu “por tudo que é mais sagrado” que não permitisse que elas passassem por todo aquele sofrimento novamente. Disse que no hospital x onde haviam permanecido não havia condições mínimas de atendimento.*

*A gestão da maternidade verificou que Maria José já estava interna no pré-parto. Os profissionais da assistência que estavam no plantão se comprometeram em não transferir Maria José, apesar da superlotação. A paciente foi submetida a uma cesariana. Ela e o bebê ficaram bem.*

#### **4. A história de Maria Izabel**

*Maria Izabel, 19 anos, residente em Altinho, realizou o pré-natal no PSF da área de sua residência. No final da gestação foi encaminhada pela enfermeira do PSF ao hospital municipal em sua cidade. Ao ser examinada pelo “médico 1” clínico, Maria Izabel encontrava-se com 41 semanas e 02 dias, batimentos cardio-fetais de 159 bpm. Como a paciente não estava em trabalho de parto foi orientada pelo médico a ir para a sua residência e retornar após 03 dias para controle e avaliação.*

*Conforme sugerido, retornou ao hospital. A paciente foi encaminhada para maternidade de referência em Caruaru, tendo dado entrada às 14h16min. Foi atendida pelo “médico 2” que a examinou e verificou que estava com 41 semanas e 06 dias, sem queixa de dores, pressão arterial 110x70mmHg. Ao toque vaginal, o colo do útero estava fechado, ausculta cardio-fetal 148bpm, caracterizando, segundo avaliação do médico, uma gestação de baixo risco, contudo, referenciou pós-datismo. De acordo com seu critério de avaliação, a paciente deveria ser atendida em uma maternidade de risco habitual, tendo solicitado senha para transferi-la para o município de São Joaquim do Monte.*

*Chegando em São Joaquim do Monte foi informada por uma técnica de enfermagem que mesmo com senha não teria leito disponível para ela, pois o hospital já estava lotado e ainda não havia médicos pediatra e anestesista. Com a mesma senha, o hospital a reencaminhou para Garanhuns.*

No trajeto até Garanhuns, pararam em Altinho para abastecer a ambulância e fazer troca de técnico de enfermagem. Foram até o hospital de Altinho, localizado no percurso para Garanhuns. O esposo da paciente estando muito nervoso e pediu para que a paciente fosse transferida para o “hospital X” em Recife e que não iria para Garanhuns. O “médico 1 clínico”, que já tinha conhecimento do caso disse que só poderia transferir através da Central de Leitos e que se ele[ esposo] e a paciente não seguissem para Garanhuns, teria que assinar um termo de responsabilidade. O esposo da paciente acabou concordando em prosseguir a viagem. Chegando ao destino referenciado, Garanhuns, o “médico 4” diz que a paciente pode aguardar até meados de dezembro [cerca de dez dias mais] e a encaminhou para sua residência.

Sendo alertada pela técnica de enfermagem que a acompanhava, compareceu novamente pela manhã no hospital de sua cidade. A “médica 2” a examinou e relatou que a paciente não tinha queixas de dor ou perdas vaginais, porém não mais auscultava os batimentos cardíofetais. Solicitou senha de transferência à Central de Regulação, sem êxito. Após várias tentativas conseguiu senha para um hospital em Recife.

No hospital de Recife confirmou-se a suspeita: **o feto já estava morto.**

## 5. A história de Maria de Jesus:

Maria de Jesus, 38 anos, residente em Petrolina, solteira, do lar, encaminhada à maternidade de referência macrorregional com senha fornecida pela Central de Regulação. Refere perda de líquido amniótico há mais ou menos 8 horas, sem dores, cesareada duas vezes (Gesta: III, Para: II) Diagnóstico: Gestação Única Tópica a Termo (GUTT) + Amniorex prematura + Cesárea anterior. Ao exame físico: estado geral bom, mucosas coradas, pulso cheio, pressão arterial 120x80, útero em forma ovóide, dilatação do colo 0, feto em situação longitudinal, apresentação cefálica, ausculta 140 bpm, grau de insinuação alto e bolsa d'água rota com líquido amniótico claro. Sem dinâmica uterina.

Prontuário apresenta Laudo para Transferência de Paciente de Hospital localizado em Sertânia com o seguinte resumo clínico: “gestante no 9º mês de gestação, com bolsa rota, colo fechado, com perda d'água há mais ou menos 1 dia. Gesta III. Para II. PA 130x90mmHg. Diagnóstico: gestante no nono mês, sem evoluir. Destino: Maternidade Macrorregional Caruaru. Diagnóstico: Paciente necessitando de tratamento especializado”.

Realizada cesariana às 9:15h, tendo nascido um bebê do sexo masculino, com peso de 3.405grs e comprimento de 49 cm. RN nasceu deprimido, Apgar 06/09, evoluiu com desconforto respiratório precoce. Apresentou hemoptose e icterícia neonatal, taquipneico, hipoativo. Hipótese diagnóstica: doença hemorrágica do RN + desconforto respiratório a esclarecer + hipóxia leve.

***Maria de Jesus percorreu três maternidades até conseguir ter o seu parto realizado (Petrolina – Sertânia - Caruaru). Distância percorrida: 508 quilômetros. Tempo estimado: mais de sete horas. Não há informação do tempo em que esperou no Hospital de Sertânia, nem sobre as condições de sua remoção.***

#### **6. A história de Maria Cristina:**

*Maria Cristina tem 17 anos, reside na zona rural de Calumbi-PE, viúva, agricultora, idade gestacional 32 semanas. Chega à maternidade em torno de 00:45h, referindo dor em baixo ventre, mantida em expectativa. Às 04h20min é reavaliada pelo médico plantonista que manteve a expectativa. Às 06h00min nasce um bebê de 32 semanas, parto normal, apresentação pélvica com proclividade de pés, pesando 2.165g e medindo 43 cm. Apresentou cianose de membros inferiores. Hipótese diagnóstica: Recém-nascido pré-termo+síndrome do desconforto respiratório+hipóxia leve. Permaneceu 12 dias internado, tendo recebido alta para a residência.*

***Maria Cristina percorreu 307 quilômetros com duração estimada de deslocamento de 3 horas e 50 minutos para chegar a uma maternidade de referência.***

#### **7. A história de Maria da Luz**

*Maria da Luz, 28 anos, reside na zona rural de Brejinho-PE, casada, agricultora, chega à maternidade com senha fornecida pela Central de Regulação, com gestação em torno da 30ª semana, em trabalho de parto, período expulsivo . (ilegível). Foi admitida aos 00:39min. O RN nasceu aos 00:50min com desconforto respiratório, prematuridade extrema, dispnéico (+2/4+), apresentando apnéia e cianose generalizada. Apgar 5/7/9. Feitas manobras especiais de reanimação (VPP com Ambu e Máscara. Realizada intubação, sendo colocado em Ventilação Mecânica Assistida. Após intubação, RN em REG, acianótico. Hipótese diagnóstica: Prematuridade Extrema + Síndrome do Desconforto Respiratório + Hipóxia Neonatal. Peso ao nascer: 1.620g e 41 cm. Permaneceu internado 11 dias na Unidade neonatal, tendo seguido para a Enfermaria Canguru, onde permaneceu por 14 dias, período após o qual, recebeu alta.*

***Maria da Luz percorreu 153 quilômetros até chegar ao serviço de referência para o alto risco, tendo se deslocado durante um tempo estimado em 1h e 57min.***

## **8. A história de Maria Anunciada**

*Maria Anunciada, 36 anos, residente na zona rural de Jurema, realizou apenas 04 consultas de Pré-natal, sendo a 1ª com 18 semanas de gestação e a última com 32 semanas.*

*No dia anterior ao parto a paciente que estava com idade gestacional de 35 semanas, apresentava febre e dores generalizadas, dando entrada no Hospital X às 18h30min com pressão arterial 110x80 e temperatura de 38° C. Tendo recebido diagnóstico de provável Dengue, o médico que a assistiu adotou a conduta de medicá-la com dipirona, soro glicosado, hidrocortisona 500mg, fenergan e metrilergometrina, conforme dados apresentados na ficha de atendimento de urgência do referido hospital. Permaneceu por um período em observação, sendo liberada em seguida para sua residência.*

*A paciente procurou, novamente, no dia seguinte o hospital de seu município por volta das 06h30min, apresentando manchas no corpo, equimose e dispneia. Foi aplicado soro glicosado, fenergan e hidrocortisona. Até o momento não estava em trabalho de parto. Quando a enfermeira foi fazer nebulização, percebeu que a paciente estava perdendo líquido vaginal. Foi conduzida à sala de parto, onde pariu seu recém nascido através do parto normal, sendo em seguida retirada a placenta. A criança nasceu sem apresentar sinais de prematuridade e com dispneia. Essas informações colhidas nos relatos da técnica de enfermagem que a assistiu e da direção do Hospital X.*

*Foram encaminhadas para a maternidade macrorregional (a mãe e a criança). A paciente foi atendida às 11h20min pela médica obstetra do plantão **que verificou que já não havia pulsação ou batimentos cardíacos. Maria Anunciada faleceu no trajeto.***

*Foi realizado contato com a família para autorização para encaminhamento ao Serviço de Verificação de Óbitos (SVO).*

*A criança foi interna na unidade neonatal externa apresentando leve infecção, abdome distendido, dispneia leve. Está fazendo uso de antibiótico.*

*A declaração de óbito atestada por médica legista do SVO apresenta como causa morte edema agudo dos pulmões, ocasionado por hemorragia pulmonar e síndrome infecciosa a esclarecer, com retirada de material para análise da suspeita de dengue hemorrágica.*

A história de Maria Anunciada aconteceu no dia em que a pesquisadora concluía a redação de sua dissertação. Apesar de não fazer parte das histórias inicialmente selecionadas para o estudo, a pesquisadora resolveu incluí-la nas histórias que compõem a história desta pesquisa. A morte dela expressa dentre outras coisas, a busca solitária de cuidados para si. Todas as demais questões relativas à responsabilidade com a parturiente também devem ser consideradas em relação à gestante no momento anterior ao parto. Maria Anunciada deixa cinco filhos: o mais velho com 16 anos e o mais novo, o bebezinho que permanece internado aos cuidados da maternidade de referência, aguardando a chegada de algum parente de sua mãe que possa acompanhá-lo.

**Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gestor e Profissional)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ( Gestor e Profissional)**

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **“A Bioética da Proteção e as Implicações Morais do Acesso Desigual ao Parto: o Caso de uma Maternidade de Referência no Agreste de Pernambuco”** na qualidade de entrevistado(a) do estudo científico acima referido, que tem como objetivo analisar as implicações morais do acesso desigual ao parto na macrorregional Caruaru. Sua participação consistirá em responder a uma entrevista com o objetivo de levantar informações sobre o acesso ao parto, bem como, sobre crenças, valores, sentimentos e conflitos relacionados ao acesso ao parto, necessárias ao estudo. Esta entrevista será gravada em aparelho de áudio e o material será transcrito posteriormente. Sua participação poderá contribuir para enriquecer o processo de discussão da assistência obstétrica e neonatal, o que poderá subsidiar os gestores na tomada de decisões. Sua participação é voluntária e você poderá abrir mão desse compromisso a qualquer momento da realização do estudo, sem que isso acarrete qualquer tipo de prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Os riscos da sua participação referem-se à exposição da sua pessoa e das suas declarações e a possíveis constrangimentos no processo de discussão dos fatos em estudo. Tais riscos serão minimizados pela garantia do sigilo das informações prestadas, bem como, pela preservação da identidade dos entrevistados na pesquisa. Este estudo não trará nenhum gasto para os participantes. Na apresentação dos resultados deste estudo em eventos e/ou publicações científicas, sua identidade, assim como quaisquer formas de identificação, serão mantidas em total sigilo. Para qualquer esclarecimento que se fizer necessário, em qualquer momento do estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Flora Raquel de Freitas Araujo, pelos telefones, (081)9488.4002/ 3719.9329, ou pelo endereço eletrônico [florafaraujo@hotmail.com](mailto:florafaraujo@hotmail.com).

Em caso de denúncias a respeito de alguma questão ética sobre esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM através do telefone (81) 2101.2639.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar. Minha participação será formalizada através da assinatura deste termo, em duas vias, ficando uma delas em minha posse e a outra com a pesquisadora

Pesquisador:

\_\_\_\_\_  
Assinatura:

\_\_\_\_\_  
Entrevistado(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura:

\_\_\_\_\_  
Caruaru, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuárias)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ( Usuárias)

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “**A Bioética da Proteção e as Implicações Morais do Acesso Desigual ao Parto: o Caso de uma Maternidade de Referência no Agreste de Pernambuco**”. Você foi selecionada por ter sido atendida na maternidade onde será realizado o estudo, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. **O objetivo deste estudo é analisar os aspectos morais envolvidos no acesso desigual de gestantes às condições adequadas de parto na macrorregional Caruaru, bem como, sobre crenças, valores, sentimentos e conflitos relacionados ao acesso ao parto, necessárias ao estudo.** Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista. Esta entrevista será gravada e depois será transcrita para o papel, exatamente como foi respondida. O único risco possível com a sua participação é o de constrangimento diante de algum questionamento, mas será garantido o total sigilo de suas informações pessoais, o que diminuirá este risco. Este estudo não trará nenhum gasto para os participantes e terá como benefício oferecer a oportunidade de analisar o acesso ao parto na macrorregional Caruaru, buscando contribuir para sua melhoria. A sua identidade será guardada. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas em meio acadêmico e está assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço eletrônico do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de denúncias a respeito de alguma questão ética sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM através do telefone (81) 2101-2639.

Nome e assinatura da pesquisadora responsável: Flora Raquel de Freitas Araujo \_\_\_\_\_

E-mail: [florafaraujo@hotmail.com](mailto:florafaraujo@hotmail.com)

Fone: (81) 9488-4002 / 3719.9329

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Caruaru, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

## Apêndice E - Contexto Teórico da Pesquisa e a Bioética da Proteção

### O Contexto da Pesquisa e a Bioética da Proteção

O nascimento é um evento que remonta à própria história natural do homem. Embora assumam distintos significados simbólicos no âmbito de cada família, revela importantes questões de ordem política, cultural e institucional, as quais extrapolam os aspectos vivenciados na esfera individual.

De um modelo de nascimento centrado na figura da parteira, o qual ocorria dentro das casas com a participação das mulheres e dos familiares, passamos para um modelo centrado no médico e no ambiente hospitalar, envolvendo um grande aparato tecnológico (MAIA, 2010).

Uma das questões centrais do Sistema Único de Saúde (SUS) refere-se à responsabilidade do Estado em garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde como direito de todos (BRASIL, 1988).

O exercício desse papel inclui necessariamente o sentido de proteção aos direitos básicos do cidadão, neles incluído o primário direito à vida. Em que pese a abrangência dos aspectos conceituais que envolvem esse direito, destaque pode ser dado ao nascimento saudável como evento representativo dos direitos de cidadania.

Apesar da responsabilidade do Estado sobre a assistência à gestação e ao parto, podem estar ocorrendo situações que dificultam o cumprimento deste dever e que são reveladoras de condições de desigualdade em nossa sociedade.

Essas situações de desigualdade, por envolverem questões de conteúdo moral, são objeto de análise da Ética Aplicada, especialmente da Bioética (PONTES, 2003).

O presente estudo pretende utilizar o referencial conceitual da Bioética da Proteção (SCHRAMM ; KOTTOW, 2001) para analisar como o Estado vem cumprindo com a responsabilidade social de dar proteção às gestantes e seus filhos, protegendo-os em suas fragilidades durante o parto e o nascimento, num momento ímpar, em que estão entregues ao Estado e com sua autonomia de decisão sobre suas vidas bastante limitada.

Embora a temática seja complexa, o presente estudo se propõe a estabelecer um recorte e investigar sob a luz da Bioética da Proteção, as implicações morais no acesso desigual às condições adequadas de nascimento a partir de uma maternidade de referência macrorregional para a gestação de alto risco no agreste de Pernambuco. O trabalho será conduzido a partir da seguinte pergunta norteadora: **Como o Estado vem cumprindo o seu papel protetor em relação ao acesso ao parto na macrorregional Caruaru?**

O estudo parte da análise de casos atendidos em uma maternidade de referência macrorregional, localizada no agreste de Pernambuco, referência secundária para gestação de alto risco. É referência para uma população de 87 municípios, estimada em 2.500.000 habitantes.

## **Apêndice F – Roteiro da Entrevista**

Tópico Guia – Entrevista com Representante da Gestão Estadual

Foco: Papel protetor do Estado

- Questões gerais sobre a pesquisa, agradecimento, autorização para gravar.

- O que você sentiu durante e após a leitura do caso?
- Como avalia o papel de responsabilidade do Estado sobre Maria Nazaré?
- O Estado falhou ? Onde? Houve Estado Protetor?
- Sabendo que a situação é comum na assistência ao parto na Macrorregional como você avalia:

1. As condições de acesso ao parto na macrorregional em relação aos aspectos: oferta, necessidades das usuárias, localização dos serviços, equipamentos, recursos humanos, regulação, articulação entre os diversos pontos de assistência, transporte sanitário.

### 2. Percepção do papel protetor do Estado

- Representações a respeito da assistência
- Representações acerca das condições de trabalho
- Representações a respeito do papel dos profissionais na relação com os usuários
- Principais conflitos identificados entre gestores, profissionais e usuários.

## Apêndice G – Roteiro Entrevista Complementar

### Entrevista Complementar com Representante da Gestão Estadual

Conforme já explicitado em contato anterior no qual lhe foram apresentados os objetivos da pesquisa, os riscos e benefícios de sua participação e a garantia de seu anonimato, bem como lhe foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual já foi devidamente assinado, gostaria de solicitar que respondesse às questões que lhe serão apresentadas, a fim de esclarecer alguns aspectos que ficaram obscuros a partir das entrevistas e da análise documental realizadas até o momento.

1. Seu nome, cargo/ função que ocupa e há quanto tempo o está ocupando?
  
2. A senhora ouviu uma história que relata a situação de uma gestante residente em Caruaru em busca de um local para o parto. Essa história parece exemplificar o que tem ocorrido com outras mulheres, não apenas na macrorregional de Caruaru, mas em outras regiões do Estado. A que a Sra. atribui essa dificuldade para conseguir o parto próximo ao local de residência?
  
3. Alguns entrevistados na pesquisa atribuem parte dessa dificuldade à insuficiência de leitos obstétricos e neonatais na rede estadual. A Sra. concorda com essa afirmação?
  
4. Em caso afirmativo, essa deficiência seria de leitos físicos ou leitos operacionais?
  
5. Em sua opinião, como o Estado vem cumprindo com a responsabilidade de oferecer proteção à gestante no momento do parto?
  
6. Fique à vontade para fazer as considerações que julgar necessárias.

Obrigada por sua participação.

## Anexo A – Carta de Anuência para a Realização da Pesquisa



SECRETARIA DE SAÚDE  
Gabinete do Secretário

### CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo a pesquisadora **Flora Raquel de Freitas Araujo**, do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Departamento de Saúde Coletiva/CPqAM/FIOCRUZ, sob a orientação da professora doutora Paulette Cavalcanti de Albuquerque e do professor doutor Carlos Antônio Alves Pontes, a realizar a pesquisa “ **A Bioética da Proteção e as Implicações Morais no Acesso Desigual ao Parto: o Caso de uma Maternidade de Referência no Agreste de Pernambuco.**”

Estou ciente e de acordo que a coleta dos dados necessários para apreensão das informações será realizada através de entrevistas com representante da gestão estadual de saúde, com profissionais de saúde da maternidade de referência e com usuárias. Tenho ciência, também, que serão analisados documentos institucionais, entre os quais: atas de reuniões do Colegiado de Gestão Regional, relatórios de Câmaras Técnicas de Obstetrícia e Neonatologia, relatórios dos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil, relatórios da Ouvidoria e da Central de Regulação de Leitos, livros de registros de pacientes e prontuários clínicos de gestantes e bebês atendidos na maternidade de referência macrorregional ou em outras unidades da rede estadual de saúde. Tenho conhecimento que serão observadas as disposições éticas da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, bem como, que me são asseguradas a garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes e durante a pesquisa; a liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência em qualquer etapa da pesquisa, e por fim, a garantia de que nenhum paciente será identificado e que terá assegurado o sigilo quanto aos dados coletados na pesquisa.

Recife, 15 de agosto de 2011.

\_\_\_\_\_  
**Antônio Carlos dos Santos Figueira**  
Secretário Estadual de Saúde

Secretaria de Saúde de Pernambuco  
Antônio Carlos dos Santos Figueira  
Secretário

Recebi em  
23/08/11  
Valéria Rodrigues  
Celia Valéria Rodrigues S. Purisol  
Suporte em Gest.  
1277

## Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



**Título do Projeto:** “A Bioética da Proteção e as Implicações Morais no Acesso Desigual ao Parto: o caso de uma maternidade de referência no agreste de Pernambuco.”.

**Pesquisador responsável:** Flora Raquel de Freitas Araujo.

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/FIOCRUZ

**Data de apresentação ao CEP:** 22/08/2011

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 37/11

**Registro no CAAE:** 0036.0.095.000 -11

### PARECER Nº 41/2011

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 01 de novembro de 2014. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 01 de novembro de 2011.

*Giselle Campozana Gouveia*  
  
 Giselle Campozana Gouveia  
 Farmacêutica  
 Coordenadora  
 Mst. SIAPE 0463376  
 CPqAm / FIOCRUZ

**Observação:**

**Anexos:**

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 01/11/2012.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n  
 CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639  
 Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639  
 Recife - PE - Brasil  
 comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

