

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

ANA CAROLINA MENDES SOARES BENEVENUTO MAIA

**PROGRAMA CEGONHA CARIOCA: DILEMAS CONCEITUAIS/
PROGRAMÁTICOS E EXPECTATIVAS NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL**

Rio de Janeiro, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

**PROGRAMA CEGONHA CARIOCA: DILEMAS CONCEITUAIS/
PROGRAMÁTICOS E EXPECTATIVAS NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Área de concentração: Saúde da Mulher

Linha de Pesquisa: Políticas e modelos de ensinar e assistir em saúde da mulher e do recém-nascido

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Antonieta Rubio Tyrrell.
Prof^ª Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ.

Rio de Janeiro, 2014.

FICHA CATALOGRÁFICA

Maia, Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto

Programa Cegonha Carioca: Dilemas Conceituais/ Programáticos e Expectativas na Atenção Pré-Natal / Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto Maia.
Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2014. 115 p.: il

Orientadora: Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Dissertação (mestrado) – UFRJ/EEAN/Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2014.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dissertação de Mestrado intitulada Programa Cegonha Carioca: Dilemas Conceituais/ Programáticos e Expectativas na Atenção Pré-Natal da Linha de Pesquisa “Políticas e modelos de ensinar e de assistir à mulher e o recém-nascido do NUPESM/DEMI/EEAN” de autoria de Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto Maia, apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 30 de junho de 2014 por:

Profa. Dra. Maria Antonieta Rubio Tyrrell, EEAN/UFRJ – Presidente

Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves, EEAAC/UFF – 1º Examinador

Profa. Dra. Rosângela da Silva Santos, FEn/UERJ – 2ª Examinadora

Profa. Dra. Ana Beatriz de Azevedo Queiroz, EEAN/UFRJ – Suplente interno

Prof. Dra. Maria de Lourdes de Souza, FE/UFSC – Suplente externo

RESUMO

PROGRAMA CEGONHA CARIOCA: DILEMAS CONCEITUAIS/ PROGRAMÁTICOS E EXPECTATIVAS NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto Maia

Maria Antonieta Rubio Tyrrell

A necessidade de diminuição das taxas de mortalidade materna, assim como a peregrinação de gestantes no município do Rio de Janeiro culminou na implantação do Programa Cegonha Carioca (PCC) em 2011, este é caracterizado por três módulos de ação, a saber: a vinculação da atenção pré-natal às maternidades do município, o transporte da gestante por ambulância no trabalho de parto, e o acolhimento e classificação de risco por um enfermeiro na porta de entrada da maternidade. Sendo assim, a pesquisa teve por objetivo caracterizar, à luz das políticas, as diretrizes conceituais, programáticas do Programa Cegonha Carioca, na Atenção Pré-natal na fase de implantação; e analisar, nas narrativas dos enfermeiros e gestores, os dilemas conceituais e programáticos do PCC na Atenção Pré-natal, bem como suas expectativas na fase de implantação. É um estudo do tipo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa, com o método de narrativa de vida, que exige um intenso trabalho de campo, com o recolhimento dos relatos e análises de documentos que os complementem. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista aberta com 15 depoentes, 5 enfermeiros da atenção pré-natal, 5 enfermeiros do módulo transporte e 5 gestores de nível local e central do PCC. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, sendo estas analisadas a partir de unidades temáticas, logo após categorizadas. O estudo foi aprovado pelo CEP da EEAN/HESFA, nº093/2011 e pelo CEP da SMS/RJ. Resultados: Foram construídas duas categorias: 1. Programa Cegonha Carioca: Dilemas Conceituais e Programáticos na Atenção Pré-natal; 2. Expectativas do Programa Cegonha Carioca na Atenção Pré-natal: Narrativas dos Enfermeiros e Gestores. Conclusão: O modelo de gestão do PCC com o subfinanciamento e a terceirização do serviço público, leva ao não cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde. A atenção pré-natal enquanto parte do PCC, é limitada à estratégia instrumental de apoio aos módulos de transporte e acolhimento. Há a necessidade de capacitação dos enfermeiros que atuam no pré-natal e sua integração com os profissionais das maternidades.

Descritores: Enfermagem Obstétrica; Cuidado Pré-natal; Política de Saúde;

RESUMEN

PROGRAMA CIGÜEÑA CARIOCA: DILEMAS CONCEPTUALES/ PROGRAMÁTICOS Y EXPECTATIVAS EN LA ATENCIÓN PRENATAL

Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto Maia

Maria Antonieta Rubio Tyrrell

La necesidad de reducir la mortalidad materna, así como la peregrinación de las mujeres embarazadas en la ciudad de Rio de Janeiro culminó en la implementación del Programa Cigüeña Carioca (PCC) en 2011, este se caracteriza por tres módulos de acción, a saber, la vinculación entre el servicio prenatal y hospitales de maternidad, el transporte de la mujer embarazada en ambulancia durante el trabajo de parto , y la clasificación de riesgo con una enfermera en la entrada de la maternidad. Así, la investigación tuvo como objetivo caracterizar , a la luz de las orientaciones políticas , conceptuales y programáticas del Programa Cigüeña Carioca en la atención pre-natal en la fase de ejecución ; y analizar en las narrativas de los enfermeros y gerentes, los dilemas conceptuales y programáticos del PCC en la atención pre-natal , así como sus expectativas durante la fase de implementación . Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, cualitativo, con el método de la narrativa de vida, que requiere trabajo de campo intensivo con la colección de informes y análisis de los documentos que se complementan. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista abierta con 15 encuestados, 5 enfermeros de la atención prenatal, 5 enfermeros del módulo de transporte y 5 gerentes del PCC em nivel local y central. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, siendo analizadas a partir de unidades temáticas, que fueron categorizadas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética (CEP) de la EEAN, n ° 093/2011 y el CEP de la SMS/RJ. Resultados: Dos categorías se construyeron: 1) Programa Cigüeña Carioca: Dilemas conceptuales y programáticos en la Atención Prenatal; 2) Expectativas del Programa Cigüeña Carioca en la Atención Prenatal: Narrativas de Enfermeros y Gerentes. Conclusión: El modelo de gestión del PCC con el subfinanciamiento y la externalización de servicios públicos lleva al no cumplimiento de los principios del Sistema Único de Salud. La atención prenatal como parte del PCC, se limita a la estrategia instrumental de apoyo a los módulos de transporte y acogimiento. Existe la necesidad de capacitación de los enfermeros que trabajan en la atención prenatal y su integración con los profesionales de las maternidades.

Descriptores: Enfermería Obstétrica; Atención Prenatal; Política de Salud.

ABSTRACT

PROGRAM CARIOCA STORK: CONCEPTUAL/ PROGRAMMATIC DILEMMA AND EXPECTATIONS AT ATTENTION PRENATAL

Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto Maia

Maria Antonieta Rubio Tyrrell

The need for reduction of maternal mortality, as well as Pilgrimage of pregnant women in the city of Rio de Janeiro resulted in the deployment of Stork Carioca Program (SCP) in 2011, this is characterized by three modules of action, namely the binding of prenatal maternity hospitals of the city, the transportation by ambulance pregnant during labor, and the host and risk classification by a nurse at the gateway of motherhood. Thus, the research aimed to characterize, in the light of political, conceptual, programmatic guidelines of Stork Carioca Program in Pre-natal care in the implementation phase; and analyze the narratives of nurses and managers, the conceptual and programmatic dilemmas of PCC in Pre-natal care, as well as their expectations during the implementation phase. It is an exploratory study, descriptive, qualitative, with the method of life narrative, which requires intensive fieldwork with the collection of reports and analyzes of documents that complement. Data collection was performed through an open with 15 respondents, 5 nurses prenatal care, 5 nurses and 5 transport module managers of local and central level PCC interview. The interviews were recorded and transcribed, and analyzed from these thematic units, after categorized. The study was approved by the Ethics Committee EEAN/HESFA, n ° 093/2011 and the Ethics Committee SMS/RJ. Results: Two categories were constructed: 1) Stork Carioca Program: Conceptual and Programmatic Dilemmas in Prenatal Care; 2) Expectations Stork Carioca Program in Prenatal Care: Narratives of Nurses and Managers. Conclusion: The management model with the CPC and the underfunding of public service outsourcing leads to non-compliance with the principles of the Health System, the antenatal care as part of PCC, is limited to instrumental strategy to support transport modules and host. There is need for training and integration of nurses working in prenatal care professionals from hospitals.

Descriptors: Obstetrical Nursing; PrenatalCare ; Health Policy.

DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo à minha orientadora,
Maria Antonieta Rubio Tyrrell pelos seus 40
gloriosos anos de carreira profissional na
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que tem me sustentado a cada dia com seu amor imensurável e tem me permitido crescer profissionalmente.

Aos meus amados pais Josias e Rita, pela dedicação a cada dia, e ao meu marido e grande incentivador Daniel.

À minha estimada orientadora e mestre, Prof^a. Dr^a. Maria Antonieta Rubio Tyrrell, pela dedicação, paciência, confiança, competência e inspiração. Um grande motivo de orgulho!

Aos meus avós e meu irmão Victor por todo amor e suporte em todas as horas.

Aos meus amigos e familiares que são tão especiais, e que também fazem parte desta conquista.

À todos os componentes (atuais e anteriores) do grupo de pesquisa de Iniciação Científica que me auxiliaram nessa caminhada de mestranda, especialmente à amiga Carolina Felipe, uma grande auxiliadora para a coleta de dados.

Aos Membros da Banca Examinadora, Profa. Dra. Maria Antonieta Rubio Tyrrell, EEAN/UFRJ, Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves, EEAAC/UFF, Profa. Dra. Rosângela da Silva

Santos, FEn/UERJ, Profa. Dra. Ana Beatriz de Azevedo Queiroz, EEAN/UFRJ, Prof. Dra. Maria de Lourdes de Souza, FE/UFSC por terem aceitado participar da avaliação deste estudo, e pelas grandes e valiosas contribuições.

Ao corpo docente e aos funcionários da Escola de Enfermagem Anna Nery, que me ensinou a ter orgulho e amar ser enfermeira.

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e à todos os profissionais que atuam no Programa Cegonha Carioca, dos gestores aos enfermeiros assistenciais que colaboraram para este estudo, e à Clínica da Família, cenário deste estudo, em especial à sua Gerente, que se tornou uma grande parceira do nosso grupo de pesquisa.

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AP – Área de Planejamento ou Programática

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CMS - Centro Municipal de Saúde

CNPq - Conselho de Desenvolvimento de Ciência & Tecnologia

DEMI - Departamento de Enfermagem Materno-Infantil

EAD - Educação à Distância

EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery

MS - Ministério da Saúde

ODM – Objetivos do Milênio

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSs – Organização Social em Saúde

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PCC – Programa Cegonha Carioca

PCI V - Programa Curricular Interdepartamental V

PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PMC – Programa Mãe Curitibana

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNSMI – Programa Nacional de Saúde Materno Infantil

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SMS/RJ - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SUS – Sistema Único de Saúde

TIH – Transporte Inter Hospitalar

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

1.	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	11
1.1	Apresentação.....	12
1.2	Formulação do Problema.....	15
1.3	Questões Norteadoras.....	18
1.4	Objetivos.....	18
1.5	Justificativa e Contribuição do Estudo.....	19

CAPÍTULO II

2.	BASES CONTEXTUAIS E CONCEITUAIS.....	21
2.1	Marcos Evolutivos na Atenção à Saúde da Mulher.....	23
2.2	A Mortalidade Materna em Foco.....	27
2.3	As Redes de Atenção à Saúde no SUS.....	28

CAPÍTULO III

3.	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	31
3.1	Tipo de Estudo.....	32
3.2	Método da Pesquisa.....	33
3.3	Cenário e Participantes da Pesquisa	35
3.4	Técnica de Coleta de Dados.....	37
3.5	Tratamento dos Dados.....	38
3.6	Cuidados Éticos	42

CAPÍTULO IV

4.	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	43
4.1	Caracterização dos Participantes	44
4.2	Caracterização do Programa Cegonha Carioca à luz da Política de Governo.....	48
4.3	Análise das Narrativas.....	52

CAPÍTULO V

5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
	APÊNDICES.....	98
	ANEXOS.....	104

Capítulo I

1. Considerações Iniciais

1.1. Apresentação

O interesse pela temática *Assistência Integral à Saúde da Mulher* surgiu a partir das experiências adquiridas como aluna Bolsista de Iniciação Científica do Conselho de Desenvolvimento de Ciência & Tecnologia (IC/CNPq) e de estudos acadêmicos realizados na área da saúde da mulher e da criança, durante o curso Graduação em Enfermagem e Obstetrícia na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Ao longo da trajetória de minha formação na graduação, no período de 2008/2 a 2012/1, pude conhecer as diversas áreas de abrangência da profissão de Enfermagem e os saberes e práticas que deve desenvolver o (a) Enfermeiro (a) para um efetivo desempenho na prática quando de sua inserção no mercado de trabalho, o que de fato confirmou o meu interesse, de imediato, pela ampliação de conhecimento na área no Curso de Mestrado em Enfermagem na EEAN/UFRJ.

Essa trajetória marcou meu desenvolvimento profissional, quando cursei no 4º período, o Programa Curricular Interdepartamental V (PCI V), denominado de *Cuidados de Enfermagem à Família Expectante*, cuja prática foi realizada na unidade obstétrica hospitalar. Haver cursado este PCI, foi fundamental no desenvolvimento na área da pesquisa, pois o mesmo era critério de seleção para participar da pesquisa em Enfermagem e Saúde da Mulher, com abordagem em todo seu ciclo vital. Destaca-se nessa proposta curricular os conteúdos programáticos relacionados principalmente, a políticas dirigidas à mulher, bases éticas e legais da prática assistencial, programas governamentais prioritários e ações básicas para a gestão e os cuidados de enfermagem a mulher no ciclo grávido-puerperal, além dos cuidados ao recém-nascido, extensivo à família e à coletividade.

Nesse período, desenvolvi experiências e competências que despertaram muitas curiosidades que se transformaram em grandes desafios na minha vida pessoal e profissional. A partir dessa vivência, percebi a necessidade de uma busca imperiosa para ampliar conhecimentos que fundamentassem minhas curiosidades e qualificasse minha atuação como discente e, é aqui que surge o desejo de me inserir em pesquisas realizadas na área por professoras do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil DEMI/EEAN, onde pudesse atuar.

Esse despertar me levou, no ano 2010, a inserção na linha de pesquisa: *Políticas de Saúde da Mulher: modelos de ensinar e assistir à mulher e ao recém-nascido* em um Projeto de Pesquisa, em desenvolvimento, que se denominava: *Atenção Básica de Saúde da Mulher e da Criança – Linhas de Cuidado de Atenção Integral e Desafios para a Prática*

*Profissional**¹, registrado no Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM/DEMI) e nele pude participar inicialmente na condição de colaboradora de toda a etapa de coleta de dados, além da formulação e categorização dos resultados. Esta experiência teve grande influência durante a minha vida acadêmica, pois fortaleceu em mim o desejo de me aprofundar na investigação científica, estudar mais as Políticas Públicas de Saúde, principalmente aquelas voltadas à Saúde da Mulher e da Criança, proporcionando um olhar do que propunha o governo e do que percebia na realidade da prática onde estagiava. Esta percepção naquela vivência me auxiliou a desenvolver um olhar reflexivo acerca das condições que se exigem e determinam daquelas que se aplicam na prática de Enfermagem, sobretudo na Atenção Básica, no que se refere à saúde da população feminina e infantil.

Finalizada essa experiência, em 2011, continuei na equipe de pesquisa, porém em um novo projeto de pesquisa, intitulado: *Capacitação Profissional em Saúde da Mulher: Integração de Estudo ao Trabalho*, registrado no NUPESM/DEMI o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola e do Hospital Escola São Francisco de Assis (CEP/EEAN/HESFA) e pelo CEP/SMS/RJ. Neste projeto, atuei como bolsista de iniciação científica (IC/CNPq), com uma proposta de Capacitação Profissional em duas Unidades Básicas de Saúde a partir das necessidades dos profissionais de saúde identificadas na pesquisa anterior, anteriormente referida.

A partir da atuação nesses dois projetos, pude participar e apresentar trabalhos em diversos eventos científicos especialmente, em enfermagem e saúde da mulher, inclusive em outros países (em coautoria com a Pesquisadora Responsável e os demais bolsistas IC). Também colaborei em conferências de nível internacional conjuntamente com minha orientadora. Esta experiência contribuiu muito para construção de uma visão da problemática, cenário e contexto em que se encontra a Saúde da Mulher no país e mundialmente e, conhecer quais os avanços ou recuos que realmente caracterizavam a situação em âmbito nacional.

No período de fevereiro a abril de 2012, tive a oportunidade de realizar um intercâmbio estudantil na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC/Portugal) no marco do Convênio entre esta Escola e a EEAN/UFRJ, e durante as atividades teóricas e práticas, pude desenvolver um acompanhamento às gestantes e puérperas, usuárias da Rede Pública de Saúde, o que despertou o desejo de aprofundar os estudos na atenção à mulher na gestação.

¹Sob responsabilidade da Prof^a. Maria Antonieta Rubio Tyrrell, aprovada pelo Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq) e registrada no Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Com a experiência vivenciada no intercâmbio acadêmico internacional e o crescente interesse em participação de experiências curriculares na Atenção à Saúde da Mulher, especialmente no ciclo gravídico-puerperal, desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso (TCC), buscando conhecer o perfil e as atividades exercidas pelo Enfermeiro na Atenção Pré-natal de baixo risco. Nessa pesquisa surgiu a inquietação acerca da atuação do Enfermeiro na Rede Cegonha, implantada/implementada a partir do Programa Cegonha Carioca no município do Rio de Janeiro em 2011.

Tendo concluído o Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, percebi a necessidade de aprimorar e expandir os conhecimentos adquiridos com as reflexões sobre as vivências de estudos acadêmicos, experiências práticas e de intercâmbio vivenciadas, vislumbrando agora, numa dissertação de mestrado, estudar os dilemas conceituais e programáticos e as expectativas dos profissionais, com relação ao Programa Cegonha Carioca na Atenção Pré-natal, como objeto deste estudo.

Nesta investigação entendemos por dilema, desde o ponto de vista etimológico como um argumento formado por duas proposições que se contradizem mutuamente², e ampliando para o significado filosófico³ entendemos como forma de alternativa da qual, dos dois membros aceitos como premissas ou princípios, só podemos tirar uma consequência. Para objetivar descrevemos um exemplo recorrendo ao dilema de Aristóteles: ou devemos filosofar, ou não devemos filosofar; ora, para sabermos se devemos filosofar, precisamos filosofar; e para sabermos se não devemos filosofar, precisamos ainda filosofar; conclusão: devemos filosofar.

A conceituação de expectativa etimologicamente² se dá como ato ou efeito de esperar; Esperança baseada em supostos direitos, probabilidades, pressupostos ou promessas. E no sentido filosófico a palavra é compreendida como antecipação de um acontecimento futuro, uma das formas da atenção ou atenção expectante, que é o preparo para a ação e a disposição das condições mentais capazes de enfrentá-la.

²De acordo com o dicionário Priberam da Língua Portuguesa <http://www.priberam.pt/dlpo/dilema>.

³Japiassu, H.; Marcondes, D. Dicionário Básico de Filosofia. Terceira edição revista e ampliada por Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2001.

1.2 . Formulação do Problema

No cenário nacional da Atenção Integral à Saúde da Mulher, podemos notar recorrentes problemas que agravam a situação de risco das mulheres brasileiras, sendo descrito na maioria dos documentos societários e nas propostas do Estado enquanto artigos, políticas, programas e manuais técnicos do Ministério da Saúde (MS). A Rede Cegonha é construída nesse âmbito, a partir dos avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), que toma como base o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN, 2000), o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida, a organização das Redes de Atenção à Saúde e o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM, 2000).

A principal necessidade na atenção à mulher em seu ciclo gravídico-puerperal, descrita também na Rede Cegonha, é a adoção de medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério prezando pela humanização. Embora a qualidade da atenção venha sendo destacada no discurso oficial, na realidade atual dos serviços de saúde, a quantidade a sobrepõe a partir da necessidade de se cumprir metas e números de atendimento por dia/mês.

Nessa proposta governamental a atenção ao pré-natal definida é no mínimo de seis consultas, o que para Anversa *et al* (2012) pode ser empregado como um indicador de qualidade na assistência prestada. E quando correlacionadas à desigualdade social, como a taxa de pobreza e cobertura pré-natal, Viana *et al* (2001) afirmam que esta é inversamente proporcional, embora ocorra interferência de outros fatores.

Esses autores, ainda indicam que a maioria dos estados com cobertura pré-natal de pelo menos seis consultas apresenta um nível econômico compatível com o esperado para a realização dessas consultas e que, a cada redução de 10% na taxa de pobreza, há o aumento de 7% na cobertura pré-natal, o que demonstra a relação entre a assistência e as condições socioeconômicas da população, embora ainda não existam evidências desta concepção no caso do Rio de Janeiro.

Sendo assim, o acesso se torna um pilar fundamental para uma estratégia de qualificação da assistência em uma sociedade desigual, onde fatores como região, estado ou município, localização e escolaridade potencializam a *exclusão da mulher*. Este ponto traz à reflexão conceitos e bases programáticas da Rede Cegonha em cenário nacional, e do Programa Cegonha Carioca no Município do Rio de Janeiro como reflexões para contribuir

aos estudos sobre o acesso com qualidade às gestantes e diminuir os altos índices de morbimortalidade materna e perinatal, conforme consta na proposta governamental.

Embora a atenção pré-natal esteja sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, para Gonçalves *et al* (2008), até o momento, permanecem questões que devem ser discutidas, como o acesso em algumas regiões e áreas do país, a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e as inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal.

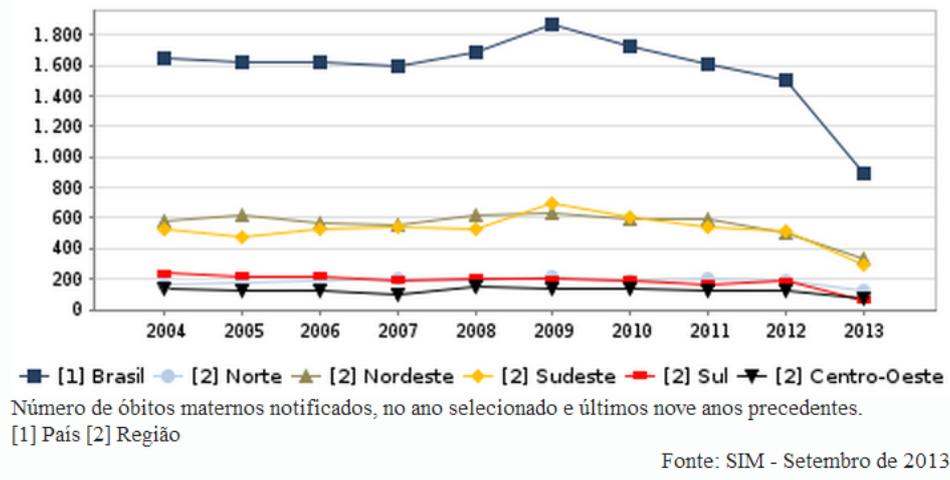
A assistência pré-natal, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2013), pode contribuir para desfechos mais favoráveis ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê. No Rio de Janeiro, a mortalidade materna apresenta ainda valores elevados, próximos a 50 por 100 mil nascidos vivos. A hipertensão arterial é a principal causa dos óbitos maternos, e ainda se encontra elevada a incidência de sífilis congênita e de formas graves dessa doença.

Na assistência ao parto o modelo de atenção hospitalar, tecnocrático e hegemônico, de responsabilidade médica, é responsável por resultados de benefícios maternos e perinatais piores que os encontrados em outros países, com igual ou mesmo menores índices de desenvolvimento socioeconômico. Os dados oficiais revelam que as taxas de cesariana nos serviços privados são superiores a 80%, número sem correspondente em qualquer outro lugar do planeta (MS. Manual da Rede Cegonha, 2011) o que agrava a situação de atenção perinatal a mulher brasileira.

As razões de mortalidade materna ainda são desproporcionalmente elevadas, considerando-se que nas últimas décadas houve melhoria de inúmeros outros indicadores de saúde das mulheres. Da mesma forma a mortalidade neonatal precoce, que reflete em grande parte a qualidade de assistência obstétrica é o componente da mortalidade infantil que vem apresentando a menor queda nos últimos anos. (DIAS, 2011)

Sobre essa situação verificamos como dados preliminares do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, que o número de óbitos maternos notificados no ano de 2013, demonstra que houve uma queda de 1.508 óbitos em 2012 para 887 no ano seguinte no Brasil, sendo 297 destas na região sudeste e 91 no Rio de Janeiro.

Gráfico 1 – Número de óbitos maternos notificados entre 2004 e 2013 no Brasil e por região.



Agravando essa situação-problema se evidencia nos serviços públicos de saúde, que muitas mulheres ainda peregrinam para encontrar um serviço de saúde demonstrando que a rede de cuidados à mulher é deficiente, fragmentada e com baixa capacidade de resolução e de responsabilidades sanitárias entre os distintos serviços de saúde, tanto em nível nacional quanto estadual.

Contudo, a atenção ao parto e ao nascimento no país é marcada por uma intensa medicalização, por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre, ainda, o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2011).

Com relação às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento⁴, preconizadas pelo Ministério da Saúde, Plano Nacional de Desenvolvimento Social (PNDS 2006), mostra um qualitativo avanço quando registra que 30% das gestantes que realizaram parto normal tiveram acesso a medidas farmacológicas ou não farmacológicas para o alívio da dor (analgesia ou utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento). A presença de acompanhante no momento do parto esteve acessível a 16% do total de parturientes do país.

⁴Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo.

Ao mesmo tempo as boas práticas para um bom acompanhamento do trabalho de parto, como o uso do partograma, não são realizadas (BRASIL, 2001 apud 2011). Além disso, a organização do trabalho das equipes de saúde pouco favorece o trabalho em equipe interdisciplinar. A dependência da ação do profissional médico na atenção ao parto tem sido apontada como uma distorção importante no modelo de atenção à gestante no Brasil, cuja superação exige, entre outras ações, investimentos na formação de profissionais, em especial enfermeiros obstetras, e na experimentação e no monitoramento de outras modalidades de acompanhamento à gestante, assegurando os princípios da humanização, das boas práticas e da segurança no parto e nascimento (Brasil, 2011).

As questões descritas ainda representam desafios a serem ultrapassados na saúde, mesmo com a implantação do Programa da Cegonha Carioca, embora esta seja relativamente recente. Nesse sentido, é necessário que no meio dessas modificações ocorridas na atenção à mulher, conheçamos o vivido por enfermeiros e gestores na implantação e execução do Programa da Cegonha Carioca e seus dilemas conceituais e programáticos bem como suas expectativas.

Embora tenhamos apresentando também aspectos relacionados à Rede Cegonha, em nível nacional, não a retrataremos especificamente, mas entendemos que se torna relevante conhecê-la, uma vez que se demonstra importante reconhecer a força que tais programas têm ganhado no cenário nacional, regional e local.

1.3. Questões Norteadoras

A proposta da Rede Cegonha (MS, 2011), ainda recente no cenário político-nacional tem se expandido no município do Rio de Janeiro. Porém, nesses três anos de implantação do Programa Cegonha Carioca, ainda não se encontram estudos sobre o desenvolvimento desse processo, o que determinou a formulação das seguintes questões norteadoras:

- Que diretrizes conceituais e estratégias apresenta o Programa da Cegonha Carioca na Atenção Pré-natal na fase de implantação?
- Quais os dilemas conceituais/programáticos e as expectativas dos profissionais na fase de implantação do Programa Cegonha Carioca na Atenção Pré-natal?

1.4. Objetivos

Com base no exposto, a fim de alcançar resultados que possam responder à problemática e às questões norteadoras anteriormente descritas, foram delineados os seguintes objetivos:

- Caracterizar, à luz das políticas governamentais sobre o pré-natal, as diretrizes conceituais e programáticas, na fase de implantação do Programa Cegonha Carioca;
- Analisar, nas narrativas dos enfermeiros e gestores, os dilemas conceituais e programáticos, na fase de implantação do Programa Cegonha Carioca, na Atenção Pré-natal, bem como suas expectativas.

1.5. Justificativa e Relevância do Estudo

O presente estudo se justifica pelo fato do Programa Cegonha Carioca ser uma proposta recente (2011), em fase de implantação, onde o discurso oficial o caracteriza como uma inovação para a melhoria do acesso e qualidade da atenção à mulher, com a finalidade de diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna e infantil. E, reconhecemos que nesse processo, surge a necessidade de se conhecer e divulgar a voz de enfermeiros e gestores sobre suas histórias de vida, na implantação do Programa Cegonha Carioca e suas implicações na prática profissional destinada a população feminina no Rio de Janeiro.

Embora seja um programa implantado em 2011, sabemos que o mesmo vem sendo construído ao longo de cinco anos e aperfeiçoados nesses três anos, com soluções paliativas para os problemas que a prática apontava como decisivos para sua implantação tais como obter ampliação de cobertura e de acesso ao atendimento às mulheres gestantes e parturientes, como requerido pelo MS e pela sociedade.

O índice de mortalidade materna ainda atinge níveis de grande significância, como já referido na problemática; além disso, é evidenciado que a principal causa (obstétrica direta) de internação hospitalar entre a população feminina no SUS ainda é no período da gravidez, parto e puerpério e factíveis de serem prevenidas; mesmo que constatamos que as causas indiretas se registrem, em dados oficiais, como causas prioritárias nesse panorama como: as doenças cardiovasculares, as violências e acidentes externos e o câncer cêrvico-uterino e mamário, doenças respiratórias e, infecto-parasitárias (PNAISM, 2011).

O estudo é relevante, para obter elementos de reflexão sobre o processo de implantação/implementação do Programa Cegonha Carioca, conhecendo os dilemas e

fortalecendo as expectativas a partir dos gestores e enfermeiros assistenciais. Além de levantar subsídios que vão nortear a plataforma de ação da proposta em nível de atenção ao Sistema Único de Saúde (SUS). E, por ser um estudo na modalidade de mestrado, a rigor, pode oferecer subsídios a partir da identificação de lacunas, conflitos e dilemas nas narrativas de profissionais que vivenciam esse processo no dia-a-dia.

Este estudo contribui também, principalmente com três elementos organizacionais e de gestão da atenção: a) minimizar os problemas relacionados com a adequada cobertura e acesso nos serviços de saúde à mulher gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido; b) subsidiar (possíveis) correções na formulação de políticas em rede à mulher no ciclo gravídico-puerperal no Rio de Janeiro; e, c) caracterizar o panorama real de implantação do Programa Cegonha Carioca quanto à prática profissional do Enfermeiro.

O estudo também, contribuirá para a ampliação de estudos registrados no Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Mulher -NUPESM, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery, servindo também como fonte de pesquisa não só para a comunidade acadêmica, mas também para enfermeiros da prática e gestores no sentido de identificar avanços ou recuos das políticas públicas de saúde, uma vez que ficará disponível na base de dados da UFRJ, e contemplará a divulgação em eventos técnico-científicos e publicações de artigos em revistas científicas.

Capítulo II

2. Bases Contextuais e Conceituais

A fim de identificar produções científicas que se relacionassem ao estudo, foi realizada uma busca nas fontes de dados LILACS, MEDLINE e CINAHL, no período de 02 a 16 de novembro de 2012. Nesta revisão, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), “Enfermagem Obstétrica / Obstetrical Nursing / Enfermería Obstétrica”, “Cuidado Pré-natal / PrenatalCare / Atención Prenatal” e “Política de Saúde / Health Policy / Política de Salud” estes foram correlacionados.

Como critérios de inclusão foram delimitados artigos em português, inglês e espanhol, publicados entre os anos de 2000 a 2012, a escolha se deu pelo ano de implementação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPS, 2000), como um marco na Atenção Pré-natal. Foram excluídos da busca, editoriais de revista, cartas, artigos em que os textos completos não estavam disponíveis.

Na primeira busca foram encontradas 630 produções científicas, quando refinada com base nos critérios estabelecidos, o número de produções foi para 131, e após a leitura foram identificados 16 artigos científicos que se aproximaram à temática estudada, porém poderíamos afirmar que inexistem desde a ótica da enfermagem na averiguação das implicações para o exercício profissional a partir de narrativas dos próprios enfermeiros e de gestores que participam da implantação/implementação do Programa Cegonha Carioca e no atendimento direto às mulheres no pré-natal. Estas constatações são coerentes com o período (curto) de vida da implantação do Programa Cegonha Carioca que se limita a três anos.

Essas constatações, mesmo que quantitativas inicialmente e insuficientes para a temática proposta, nos levam a (re) pensar principalmente dois fatos; de um lado, reconhecer a contribuição que este estudo acrescentará a produção de conhecimento na área da saúde da mulher e na profissão, possibilitando a discussão de uma proposta governamental recente, por meio das narrativas de vida e, de outro lado, a possibilidade de (re)visar dilemas e perspectivas na operacionalização do programa, num cenário onde é notória a convocação e destacada atuação do Enfermeiro na atenção a mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Sendo assim, o respaldo a partir de estudos que discutam os aspectos conceituais e programáticos que apresenta o Programa Cegonha Carioca, assim como as expectativas para a atuação do Enfermeiro é essencial para o desenvolvimento e a afirmação da qualidade da assistência de enfermagem no âmbito do Programa como real contribuição na melhoria da gestão e da assistência à mulher, respeitados seus direitos da vida reprodutiva e de cidadã.

2.1. Marcos Evolutivos na Atenção Integral à Saúde da Mulher

A saúde da mulher tem sido foco de discussões desde a década de 70, quando surgiu Programa Nacional de Saúde Materno Infantil - PNSMI em 1974, com a finalidade de reduzir a morbimortalidade materno-infantil, sendo a mulher vista como *objeto de reprodução*, e o modelo de atenção focalizado em seu processo de reprodução a preservação do conceito, numa vertente de prestação de saúde higienista com definição de ações médicas voltadas ao pré-natal, parto e puerpério com ausência de uma clara definição do papel do Enfermeiro (TYRRELL,1994).

Na década de 1980, ocorreram diversas transformações, cresce a organização de movimentos sociais e democratização, como o movimento feminista, levantando discussões acerca dos direitos à procriação, sexualidade e saúde, planejamento familiar, discriminação do aborto, democratização da educação para a saúde, e outras medidas entendidas na esfera da saúde pública e não do ato médico (FARAH, 2001).

Como resposta às reivindicações sociais cada vez mais crescentes, o governo lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM em 1983 e o tornou público em 1984, diferenciando a atenção à saúde da mulher da assistência prestada à criança e reconhecendo o direito à cidadania da população feminina que ganha cada vez mais força nos movimentos sociais (feministas), sendo a mulher focada como sujeito da reprodução com abrangência de ações clínico-ginecológicas e definição da Consulta de Enfermagem como função do Enfermeiro (TYRRELL, 1994).

O Programa ganha destaque pelo Ministério da Saúde (MS), e apoio dentro do movimento de mulheres, por representar, no conjunto das suas concepções, um substancial avanço em relação à proposta anterior. Em 1984, são veiculados os documentos técnicos que iriam nortear as chamadas "ações básicas de assistência integral à saúde da mulher", englobando o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas; as doenças sexualmente transmissíveis, a assistência ao parto e puerpério. Posteriormente foram sugeridas as ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade (SEPULVEDA, 2001).

Nesse contexto é importante registrar que a Organização das Nações Unidas (ONU, 1975) declarou o “Ano Internacional da Mulher” (1975) e como desdobramento da importância da temática e posteriormente ampliou para a “Década Internacional da Mulher” (1975 a 1985), tornando este período como um dos mais relevantes no sentido de estimular

debates e discussões em países que são membros da ONU e da OMS e nos governos nacionais da problemática e política especificamente para a condição feminina.

No fim da década de 80, dentro do panorama das políticas públicas de saúde tem-se a origem do Sistema Único de Saúde (SUS, CF, 1988), fortalecendo a discussão acerca dos direitos das mulheres, que estão intrinsecamente ligados a seus princípios e diretrizes, sendo estes a universalidade, integralidade das ações, equidade e descentralização dos serviços a partir da municipalização e participação popular.

A década de 90 se caracterizou por importantes alterações legislativas que deram seguimento ao texto constitucional em relação à igualdade de homens e mulheres na vida pública e privada, como consequência desses movimentos e referem-se a três necessidades básicas: a) qualificação dos recursos humanos em saúde em geral, principalmente, como responsabilidade do Estado; b) adoção de um modelo humanizado da assistência integral à saúde da mulher no ciclo reprodutivo conclamado pela sociedade; e, c) educação e conscientização sobre o respeito aos direitos de cidadania e sexuais e reprodutivos, tanto das pessoas que cuidam quanto das que são cuidadas. Nestes determinantes para o alcance dessas necessidades a qualificação dos recursos humanos em saúde deixa muito a desejar (TYRRELL, 2010).

Já final dos anos 90, para a melhoria da assistência obstétrica, a Área Técnica de Saúde da Mulher, em conjunto com a Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva, elaborou um plano em três etapas, sendo a terceira referente à atenção no pré-natal e ao parto, enfocando a qualidade da assistência, o acesso, também considerado como um indicador da qualidade da atenção, e a humanização da atenção. Tais ações partiam da necessidade de diminuir a morbimortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, com a perspectiva da humanização como grande fio condutor (SERRUYA, LAGO e CECATTI, 2004).

No ano 2000, o Ministério da Saúde instituiu o *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento* (PHPN), através da Portaria nº 569-570-571/GM estabelecendo princípios e diretrizes com determinantes de organização e funcionamento dos serviços de saúde em prol da saúde da mulher, na perspectiva de gênero e de humanização da assistência à mulher nos serviços de saúde (BRASIL, 2000).

O PHPN, no novo século, traz a humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto, na cartilha de apresentação do programa, a humanização da assistência é ratificada como a principal estratégia, seguida da apresentação dos aspectos conceituais sobre humanização (BRASIL, 2000 apud SERRUYA, CECATTI e LAGO, 2004):

A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro, diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, MS, PHPN, 2000).

A proposição da humanização, tal como declarada pelo Estado, é acima de tudo, o reconhecimento da autonomia da mulher, enquanto ser humano, e da óbvia necessidade de tratar este momento com práticas que, de fato, tenham evidências e permitam aumentar a segurança e o bem-estar da mulher e do recém-nascido, respeitando, sobretudo as suas escolhas (Wagner, 2001 apud Serruya, 2003) e ainda acrescentaríamos respeitando sua cidadania.

Nesse sentido, o PHPN instituiu uma série de medidas, com o estabelecimento de critérios mínimos e pagamento de incentivos às instituições de saúde, com o objetivo principal de melhorar a qualidade da gestão e da assistência. A criação do SISPRENATAL, um sistema de informação e acompanhamento, foi uma medida fundamental do Programa, onde este sistema deveria se constituir em um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar esta atenção e melhorar a gestão dos serviços. Até a instituição do Programa, no SUS, os dados referentes à assistência Pré-natal restringiam-se à cobertura e ao número absoluto de consultas, não permitindo avaliações mais detalhadas da qualidade do cuidado pré-natal (GOLDBAUM, 1996; NOVAES, 2000; SERRUYA, 2003).

Para Serruya, Cecatti, Lago, (2004), o PHPN traz um formato inédito, sendo um dos poucos programas direcionado a gestantes implementado em um país em desenvolvimento, com destaque para quatro fatos: a) intervenção planejada em um país em desenvolvimento, estruturada com medidas para as diferentes instâncias da assistência; b) desenho que buscava mudar um paradigma na atenção, com estabelecimento de critérios mínimos; c) incentivo financeiro rigorosamente atrelado ao cumprimento desses critérios; e, d) sistema de informações que permitia o monitoramento e a avaliação da assistência em curso.

Humanizar e qualificar a atenção em saúde, nessa proposta oficial, implica em aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade conduz ao estabelecimento de relações entre sujeitos, mesmo que estes possuam características distintas quanto às condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (Brasil, MS, 2004). Desta forma, o PHPN foi delineado como uma política nacional focada na atenção aos direitos das mulheres em período gravídico, com o objetivo de melhorar a qualidade obstétrica e a redução da mortalidade materna e perinatal, em conjunto com outras medidas.

Outra questão que adquiriu força a partir do PHPN foi a transição paradigmática dos estudos sobre saúde da mulher para os de gênero e saúde, que se traduz na superposição de conceitos, noções e teorias e mistura termos como “*mulher, gênero, feminino e feminista*, os quais têm significados muito distintos: Uma ‘mulher’ é um indivíduo específico (...); ‘gênero’ denota relações de poder entre os sexos e refere-se tanto a homens quanto a mulheres (...) ‘feminino’ refere-se a maneirismos e comportamentos idealizados das mulheres num lugar e época específicos que podem também ser adotados por homens; e ‘feminista’ define uma posição ou agenda política” (SCHIENBINGER, 2001).

Nesse período também, foi divulgado o primeiro Manual Técnico de Assistência Pré-Natal (MS, 2000), o documento direciona aspectos importantes de organização da assistência, os fatores de risco reprodutivo, os níveis de execução da assistência pré-natal e os cuidados básicos no pré-natal, tais como: diagnóstico, calendário de consultas, controle de peso, pressão arterial, edema e altura uterina, acompanhamento do crescimento fetal, ausculta dos batimentos cardíaco-fetais, exames laboratoriais, esquema de detecção da diabetes mellitus gestacional e vacinação.

As diretrizes estabelecidas pelo MS em relação ao pré-natal, através do PHPN e do Manual Técnico, proporcionam aos profissionais de saúde que prestam assistência gestante a ordenação e sistematização de procedimentos e condutas que devem ser realizadas durante a consulta pré-natal (Neuman *et al*, 2003). Esta padronização torna a atenção ao pré-natal mais igualitária e orienta a prática profissional, contribuindo para a qualidade da assistência.

Em 2004, o Ministério da Saúde verificou a importância de considerar a saúde da mulher como área prioritária, implementando uma *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, em nossa opinião, incorporando, de fato e de direito, no discurso oficial o enfoque de gênero, integralidade, promoção da saúde, direitos sexuais e reprodutivos, planejamento familiar, atenção ao abortamento, combate à violência, prevenção e tratamento de mulheres com HIV/AIDS, portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer

ginecológico. Além disso, ampliaram-se as ações voltadas às mulheres rurais, com deficiências, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas, entre outras (BRASIL, 2004). Em 2011 essa política é fortalecida e reafirmada pelo MS, especificando e explicitando as diretrizes e as ações básicas, constantes na proposta de 2004 sendo esta proposta melhor explicitada em alguns aspectos operacionais.

Todos os avanços ocorridos no cenário das políticas públicas voltadas à saúde da mulher demonstram a força dela, principalmente em movimentos sociais, e a transforma em protagonista de seu próprio cuidado, e para manter uma atenção de qualidade, pautada no desenvolvimento das políticas, se faz necessário o acompanhamento direto dos profissionais de saúde através de sua qualificação. Contudo, sentimos falta de avanços nos determinantes dos eventos sobre problemas e enfermidades relacionados às condições sociais e culturais.

2.2. A mortalidade materna em foco

Os programas e políticas de atenção à saúde da mulher se coadunam em um objetivo central: a redução da mortalidade materna. Entende-se por índice de mortalidade materna o número de óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos (n.v), sendo estas mortes resultantes de complicações diretas ou indiretas da gravidez, parto e puerpério.

No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subnotificação das declarações das causas de óbito e a omissão do registro do óbito em cartório. A subnotificação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, pois se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Muitas vezes, pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da declaração de óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde, esse procedimento ainda não é realizado com qualidade.

Outro obstáculo é a omissão do registro do óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares (clandestinos) ou pela falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania.

A Organização Mundial de Saúde (1998) define a morte materna como aquela que ocorre durante a gestação ou no período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, por qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas voltadas a ela, porém não por causas acidentais ou incidentais.

A morte materna é um evento norteador da assistência, além de representar um grande problema de saúde pública por se tratar de uma morte evitável em 92% dos casos.

A redução da mortalidade materna também foi colocada em foco pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2000), ao analisar os maiores problemas mundiais, quando estabeleceu oito (08) Objetivos do Milênio – ODM, que devem ser atingidos por todos os países até 2015, o que foi redefinido até 2025, sendo destes o quinto direcionado a melhorar a saúde das gestantes, com uma das metas de reduzir a mortalidade materna até 35 por 100 mil nv.

Como panorama, observamos que, com base em dados oficiais, no Brasil (2010) foi registrada redução na mortalidade materna desde 1990, nesse ano, a razão de mortalidade materna corrigida era 140 óbitos por 100 mil nv, enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil nv, e em 2010 para 68 óbitos por 100 mil nv, o que representa um notório avanço na diminuição das altas taxas dessa mortalidade, porém ainda insuficiente para cumprimento da meta ODM, que não conseguiremos atingir até 2015, e muito abaixo do considerado tolerável pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que é uma taxa de mortalidade materna de até 20 óbitos a cada 100 mil nv.

2.3. As Redes de Atenção à Saúde no SUS

As redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. Diferentes conceitos coincidem em elementos comuns das redes: relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos. (CASTELLS *apud* MENDES, 2000, P.78)

Em um contexto de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público, observa-se como têm sido crescentes as propostas de redes no suporte às políticas públicas para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, e administrar políticas, programas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais; onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã (INOJOSA, 2008; OUVENEY, 2008; FLEURY e OUVENEY, 2007).

Como principais vantagens das redes, Podolny e Page (*apud* Mendes, 2011), citam que a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e

a utilização das informações existentes são fundamentais para produzir novos conhecimentos; a legitimação e status, a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permite reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; e benefícios econômicos porque relações de intercâmbio possibilitam ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade.

Por outro lado, o envolvimento de numerosos atores dificulta a prestação de contas, o processo de negociação e de formação de consensos pode ser lento; a diluição de responsabilidades pode afetar o alcance dos objetivos; pode se dar a exclusão de atores sociais ou regiões importantes em função da fragilidade dos critérios de participação; e as dificuldades de controle e coordenação das interdependências tendem a gerar problemas na gestão (FLEURY e OUVÉNEY, 2007).

Dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), a rede ganha sentido a partir da necessidade de transformação de um sistema fragmentado, onde os esforços são voltados para a demanda espontânea em emergências, não havendo uma atenção contínua. Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias.

A situação de saúde brasileira vem mudando e, hoje, marca-se por uma transição demográfica acelerada e se expressa por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas. Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde, totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas.

Por isso, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde (RAS), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira, provavelmente a mais bem sucedida e sustentada experiência de RAS do SUS, é no Programa Mãe Curitibana (PMC). Este Programa foi instituído pela Resolução nº 002/99, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, de 8 de março de 1999, com foco na atenção materno-infantil, adotando elementos próprios da RAS, a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

O processo se deu através da territorialização sanitária articulada com os níveis de atenção para a conformação das RASs, os territórios definidos foram: o domicílio, correspondente à residência de cada família; o micro área, espaço de atuação de um Agente

Comunitário de Saúde (ACS), envolvendo 100 famílias, em média; a área de abrangência, o espaço de responsabilidade de cada Unidade Básica de Saúde (UBS) ou de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) e onde deve se dar a autossuficiência em Atenção Básica de Saúde (ABS); o distrito sanitário, espaço de, mais ou menos, 200 mil pessoas, onde se deve ofertar a atenção secundária à saúde; e o município, o espaço geográfico do município, onde se deve dar a autossuficiência em atenção terciária à saúde, num município metrópole.

A carteira de serviços do Programa Mãe Curitibana, na APS compõe-se de atenção pré-natal de baixo risco, planejamento familiar, monitoramento da gestante de alto risco até a consulta puerperal e atenção à criança. Essas atividades são registradas pelas pessoas usuárias por meio da carteira de pré-natal da Mãe Curitibana e das cadernetas de saúde da criança, diferenciadas para meninos e meninas.

Os resultados do PMC são positivos, houve uma queda na razão de mortalidade materna em Curitiba desde sua implementação, e entre os anos de 2008 e 2009 o município conseguiu atingir a meta de desenvolvimento do milênio (ODM/ONU, 2000) para o Brasil, que era reduzir a mortalidade materna até 35 mortes por 100 mil nv chegando a 29,75. Ao cumprir 15 anos de existência, o PMC, constitui uma experiência reconhecida como bem-sucedida e sustentada de atenção materno-infantil organizada na perspectiva de RAS (MENDES, 2011).

Seguindo o modelo de Rede de Atenção à Saúde, a Rede Cegonha surge como uma estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Sendo assim, a proposta da Rede Cegonha é formulada nesse contexto, considerando a importância de se trabalhar regionalmente para a garantia do acesso com qualidade à atenção à saúde materna e infantil. (BRASIL, 2011)

Capítulo III

3. Proposta Teórica-Methodológica

A fim de identificar os dilemas que caracterizam a implantação do Programa Cegonha Carioca no Rio de Janeiro, e alcançar os objetivos propostos, optamos por um estudo do tipo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa.

A escolha da pesquisa exploratória tomou como base um grupo componente de pesquisa de campo, com três finalidades da mesma: a) desenvolver hipóteses ou questionamentos, b) aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e, c) clarificar conceitos, fundamentais dessa modalidade de pesquisa (LAKATOS E MARCONI, 2007).

Ainda segundo esses autores, a pesquisa exploratória trata de investigações de pesquisa empíricas que tenham o objetivo de formular questões ou um problema a ser estudado, ou até mesmo modificar e esclarecer conceitos que constam na proposta do Programa Cegonha Carioca.

Köche (2009) acrescenta que esse tipo de pesquisa é adequado para casos em que ainda não apresentem um sistema de teorias e conhecimentos desenvolvidos. *Nesse caso é necessário desencadear um processo de investigação que identifique a natureza do fenômeno e aponte as características essenciais das variáveis que se deseja estudar.*

De acordo com Gil (2010), o estudo exploratório visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses, tendo como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições, aumentando o conhecimento acerca do fenômeno investigado.

A pesquisa descritiva objetiva descrever as características de determinado grupo ou fenômeno, indo além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação. Almeja-se, nesta pesquisa, a inserção do pesquisador neste contexto, uma vez que também faz parte integrante do grupo pessoas aquelas que apresentam como foco o levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população sobre determinada situação. (GIL, 2010)

Esse autor cita ainda a existência de pesquisas que, "embora definidas como descritivas a partir de seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias".

Sendo assim a pesquisa descritiva relaciona-se a tomar conhecimento do que, com quem, como e qual é a intensidade do saber e fazer dos profissionais que atuam na tanto na gestão como na execução do Programa Cegonha Carioca.

Considerando o exposto por Lakatos e Marconi (2007), Köche (2009), e Gil (2010), observa-se que este tipo de estudo exploratório descritivo facilita um processo que abrange a

familiaridade com os sujeitos e o ambiente, o esclarecimento da natureza do problema metodológico, e a formulação de objetivos, hipóteses ou conceitos explicativos para levantar e descrever relações de situações e sua natureza, objetivando proporcionar uma nova visão do objeto de estudo.

O propósito deste estudo na abordagem de natureza qualitativa se deu pela flexibilidade e particularidade em relação ao objeto de estudo, o que permitiu maior aprofundamento e detalhamento dos dados, além de uma investigação do subjetivo, o que acrescentou muito à discussão dos resultados (GIL; LICHT; SANTOS, 2006).

Além disso, através de um estudo qualitativo podemos descrever a complexidade de determinado problema, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos, o que se correlaciona diretamente ao método selecionado (RICHARDSON et al, 2009).

3.1. Método da pesquisa

O método utilizado nesta pesquisa é a *narrativa de vida*, que exige um intenso trabalho de campo, com o recolhimento dos relatos e análises de documentos que os complementem.

O método da narrativa de vida advém da pesquisa social, sendo constituído por sociólogos na Escola de Chicago. Segundo Goldenberg (2000), a pesquisa da Escola de Chicago teve a marca do desejo de produzir conhecimentos úteis para a solução de problemas sociais concretos enfrentados no cenário da cidade de Chicago, naquele período. A expressão “história de vida” utilizada pelas ciências sociais é a tradução do inglês *life history*.

Bertaux⁵ (2010) define o método Narrativa de Vida como um procedimento metodológico que utiliza a história de uma vida, narrada ao entrevistador tal qual foi vivenciada pelo sujeito, levando o pesquisador a focar o ponto de convergência ou divergência dos seres humanos, em suas condições sociais, da cultura e da práxis, assim como as relações sócio estruturais e da dinâmica histórica.

⁵ Daniel Bertaux, nasceu em fevereiro de 1939 na França. Sociólogo que incorpora a seus estudos a biografia, mobilidade social e narrativa de vida. Fundador e presidente da European Sociological Association e membro da International Sociological Association. Inspirado pelos estudos de Oscar Lewis incorporou o método de narrativas de vida em seus estudos sociológicos para demonstrar a interconexão dos sujeitos de uma investigação. Autor do livro: *Narrativas de Vida - a Pesquisa e Seus Métodos*, 2010.

O mesmo autor acrescenta que este tipo de abordagem busca apreender o que se sucede socialmente, sendo fundamental tentar passar do particular para o geral, desvendando no próprio terreno observado formas, relações, mecanismos, lógicas de ação, lógicas sociais, processos recorrentes – suscetíveis de estarem igualmente presentes em numerosos contextos similares. Esse enfoque nos auxilia a compreender um determinado grupo social que tenhamos interesse, ou no caso, uma política de Estado.

O método, Narrativa de Vida estuda um fragmento da realidade social histórica e não só a individualidade e/ou a singularidade de determinados grupos, sendo sua elaboração de forma singular como o indivíduo reproduz determinados aspectos de seu passado que considera relevantes para a situação presente (BERTAUX, 2010; SANTOS E GLAT, 1999 *apud* BARRETO, 2013).

No campo da Enfermagem, este método já tem sido utilizado em teses e dissertações e aplicados em disciplinas de pós-graduação. Representa a construção da história de uma vida com a reflexão sobre a mesma, enquanto a narra no contexto do presente, liberando seu pensamento crítico, que, além de selecionar os fatos, determina o significado atribuído a eles, realizando um verdadeiro balanço de sua vida (RIBEIRO E SANTOS, 2000).

A narrativa de vida exige do pesquisador uma escuta ativa e comprometida, e nos leva a tentar compreender o universo do qual aquele indivíduo faz parte, destacando-se a subjetividade na construção e reconstrução de seu papel social. Permite então, ao sujeito, o direcionamento do estudo a partir de como este lidou em particular com os acontecimentos de sua vida (BARRETO, 2008).

A partir das particularidades colhidas em um relato de vida, é importante organizá-lo junto a outras histórias de modo a ser possível compará-los, com o objetivo de buscar o que há de geral dentro do específico, implicando, às vezes, similaridades ou diferenças, e no fenômeno denominado de “diferencialidade”, onde pessoas que se encontram num mesmo plano têm a possibilidade de desempenhar papéis e exercer suas atividades de modo bem distinto, devido às diferenças de suas personalidades (BERTAUX, 2010).

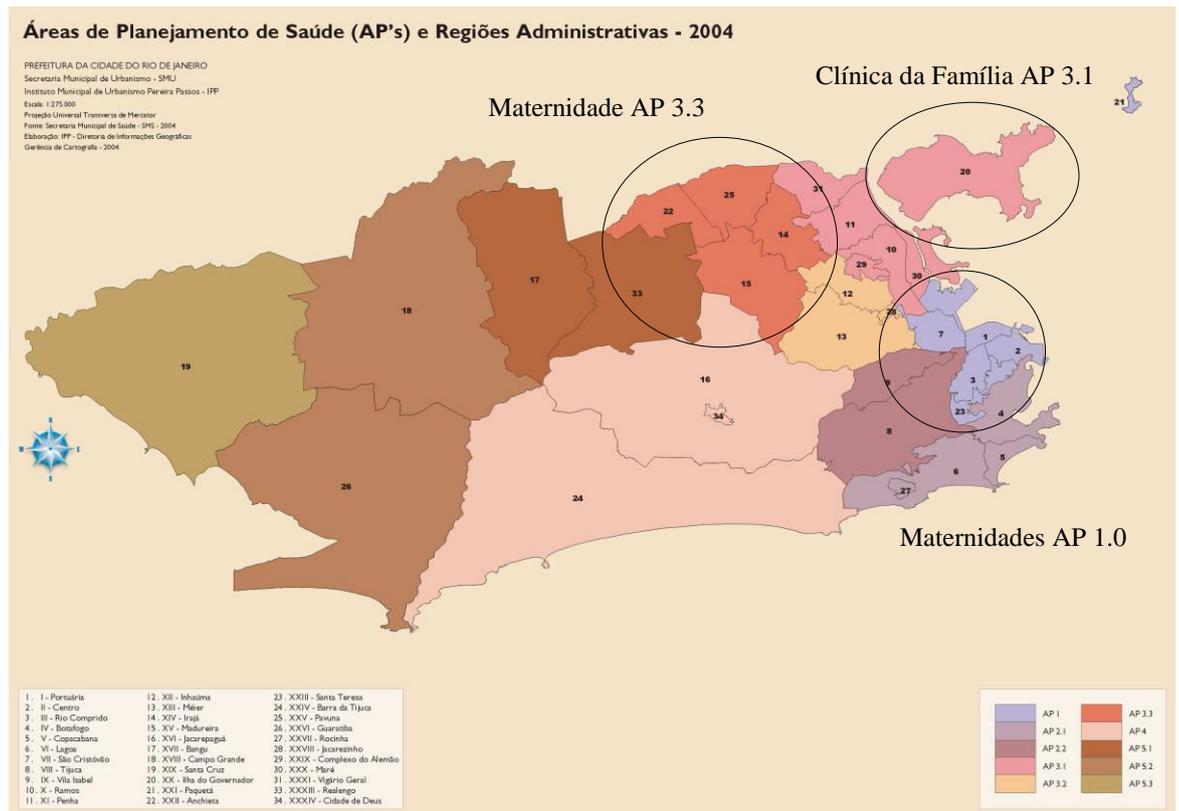
Associando esse método ao Programa Cegonha Carioca, podemos inferir que o mesmo facilitou, a partir do vivido individual, a compreensão da realidade coletiva a cerca da implantação do Programa, e a identificação dos dilemas vividos, pelos profissionais que se encontravam na atuação direta com o usuário, ou gestores de nível central e local dos serviços de saúde. De acordo com Lewis (Lewis *apud* Barros, 2000), podemos então assim compreender que o método escolhido ofereceu uma visão cumulativa, múltipla e panorâmica da situação a ser analisada.

3.2. Cenário da Pesquisa e Depoentes

Inicialmente o cenário foi caracterizado como Clínica da Família da Coordenação de Área Programática - CAP 3.1. Esta Clínica da Família localizada na Zona Norte do município do Rio de Janeiro por meio da Estratégia de Saúde da Família, oferta o serviço de pré-natal e está vinculada ao Programa Cegonha Carioca. Posteriormente houve necessidade de abranger outros cenários que compreendem o PCC no atendimento à gestante, com a inclusão do módulo de transporte, que serve como um meio de condução da gestante assistida no Pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde até a maternidade que é referência daquela área programática.

Na logística do módulo transporte os profissionais se distribuem em bases alocadas em maternidades e em alguns Centros Municipais de Saúde, realizando a cobertura dos serviços de uma determinada área programática. Nesse estudo foram contempladas duas maternidades, base do transporte, sendo uma da área programática 1.0 e outra da área programática 3.3. Uma terceira maternidade, também localizada na área programática 1.0, serviu como campo para as entrevistas, porém esta não é base para as ambulâncias do Programa Cegonha Carioca, embora a mesma unidade seja uma referência de uma das bases de ambulâncias distribuídas pelo Rio de Janeiro.

O mapa a seguir caracteriza a distribuição do Município do Rio de Janeiro por área programática e localiza os serviços de saúde que foram cenários deste estudo.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, SMS/RJ

Os depoentes foram 15 profissionais ligados ao Programa Cegonha Carioca, dentre estes 5 foram enfermeiros que atuam na atenção pré-natal na Clínica da Família supracitada, 5 enfermeiros do módulo transporte, divididos entre as duas bases apresentadas, e 5 gestores do PCC (3 médicos e 2 enfermeiros), compreendendo três grandes níveis de gestão, a gerência local de uma Clínica da Família, a direção e coordenação do programa por parte da Organização Social em Saúde, e a gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

A obtenção de narrativas de profissionais de saúde (assistenciais e gestores) que atuam em diferentes áreas programáticas possibilitou conhecer características que são comuns a todas as áreas a partir das diretrizes e ações constantes da proposta de governo no PCC e também esclarecer especificidades e variações no atendimento, tempo de espera da ambulância e maternidades de referência do referido Programa.

Como critérios de inclusão foram selecionados: enfermeiros que atuem no Programa Cegonha Carioca, e gestores de qualquer categoria profissional, das unidades de saúde, bem como gestores de área programática, e de subsecretarias relacionadas à Atenção à Saúde da Mulher e ao Programa Cegonha Carioca, que compõe a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/SMSRJ. Os critérios de exclusão determinados foram: profissionais que estejam de

férias ou de licença do trabalho, ou que em qualquer momento da pesquisa, não queiram mais participar.

Como o método de narrativas de vida atenta para o estabelecimento de vínculo entre pesquisador e pesquisado no contexto em que se desenvolve a relação, a seleção das unidades de saúde e sujeitos se deu a partir do desenvolvimento da pesquisa de iniciação científica aprovada pelo CEP EEAN/HESFA/UFRJ e CEP/SMSDC/RJ: *Capacitação Profissional em Saúde da Mulher: Integração de Estudo ao Trabalho*, realizada nas Unidades Básicas de Saúde, cenários da pesquisa onde atuo como Colaboradora.

Acreditamos que a estratégia de conhecer a narrativa de vida, referente à implantação e atuação no Programa Cegonha Carioca, de profissionais que atuam na assistência direta e que atuam na gestão mostrou nos relatos de vida vivências fundamentais e diversificadas na construção de fatos e acontecimentos do PCC no Rio de Janeiro, na visão desses profissionais e seus principais dilemas conceituais, programáticos e expectativas.

3.3. Técnicas de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, de janeiro a março de 2014. A primeira, relacionada com a aplicação de um questionário aos enfermeiros- sujeitos do estudo, com perguntas abertas e fechadas e tem com a finalidade de caracterizar o perfil dos profissionais que atuam no PCC. E a segunda etapa consistiu no planejamento e desenvolvimento de entrevistas abertas aderentes ao método de narrativas de vida.

A caracterização dos sujeitos foi feita mediante um questionário que compreende quatro blocos de perguntas: a) Identificação, b) Dados socioculturais, c) Dados laborais, d) Formação e Qualificação. A presença do entrevistador é dispensável para seu preenchimento, no entanto, ao entregar-lhe o instrumento pessoalmente aos sujeitos, o entrevistador pode oferecer as informações necessárias aos sujeitos antes deles responderem para desta forma orientar e ter êxito no levantamento dos dados, o que foi feito neste estudo (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Para Boni e Quaresma (2005), o questionário consegue atingir várias pessoas ao mesmo tempo obtendo um grande número de dados. Ele garante também uma maior liberdade das respostas em razão do anonimato, evitando vieses potenciais do entrevistador. Geralmente, através do questionário, obtêm-se respostas rápidas e precisas, conforme requerido para a caracterização dos sujeitos. Neste caso ele serve de base para a construção do quadro que registra o historiograma.

Enfatiza-se que para a narrativa de vida, é necessário que não haja predeterminações e padronizações, o que nos leva a entrevista aberta adotada neste estudo “*Fale-me a respeito de sua história como enfermeiro na implantação do Programa Cegonha Carioca*”, onde os entrevistados discorreram livremente sobre o tema que lhe foi proposto. O profissional tem também, a liberdade para desenvolver cada situação, em qualquer direção que considere adequada.

A ordem dos assuntos abordados não obedece a uma sequência rígida, e sim, é determinada frequentemente, pelas próprias preocupações e ênfases que os entrevistados dão aos assuntos e para focar os assuntos a serem abordados utilizamos um roteiro que é definido por Bertaux (2010), como um “filtro”.

Com a utilização do “filtro” o pesquisador deverá informar seus interesses de conhecimento no momento de seu primeiro contato com o sujeito promovendo um contrato de entrevista. Havendo aceitação por parte do sujeito a proposta inicial se transformará em pacto e o pesquisador poderá dar início à entrevista. Caso perdure por parte do sujeito alguma dúvida, cabe ao pesquisador explicar-lhe. Esse pacto filtra, orienta e predetermina uma entrevista, cabendo ao sujeito à decisão de falar ou não sobre o assunto em questão (BERTAUX, 2010).

A interferência do pesquisador deverá limitar-se ao mínimo indispensável, pois o material obtido deverá ser um discurso onde categorias, ordem cronológica e distribuição no tempo são dadas pelo narrador. É importante explicitar para os sujeitos que eles podem falar sobre o que julgarem importantes para eles. O pesquisador que utiliza a narrativa de vida deve sempre ter em mente que quem está na posição de comando é o pesquisado, que deve falar o que é importante para si (RIBEIRO E SANTOS, 2000).

Como auxílio à coleta de dados, utilizamos a gravação de áudio para as entrevistas, que segundo Santos e Santos (2008) é uma técnica fundamental, pois permite que o entrevistador preste mais atenção ao depoimento cedido, além de preservar e registrar todos os detalhes da fala dos depoentes. Com as gravações de áudio, os conteúdos dos relatos foram transcritos, iniciando sua análise desde o momento de sua compilação, sendo complementado com as anotações feitas em um diário de campo.

3.4. Tratamento dos dados

O tratamento dos dados se iniciou a partir da descrição do instrumento de caracterização dos sujeitos, onde se estabeleceu uma apresentação dos depoentes,

concomitantemente ao historiograma complementado com as informações obtidas nas narrativas de vida dos sujeitos. A singularidade da entrevista reside no fato de permitir aprofundar informações contidas na biografia dos depoentes, entendidas como “o conjunto de representações associadas aos acontecimentos vividos pelo(s) entrevistado(s)”, estas complementaram os dados fornecidos no questionário e auxiliaram na análise das narrativas de vida. (ALONSO, 1995 *apud* BORGES, TORALES E GUERRA, 2011).

Após a caracterização das depoentes, foi realizada a do Programa Cegonha Carioca a partir de documentos que contém as diretrizes, manuais, e anexos técnicos disponíveis do PCC e da Rede Cegonha, bem como de trabalhos científicos relacionados a essa temática. Nesse último caso, foram encontradas apenas 2 produções, uma a cerca do PCC e a outra da Rede Cegonha.

A análise das narrativas se realizou a partir das transcrições simultâneas das entrevistas, uma vez que nessa modalidade de pesquisa, a análise tem início muito cedo e se desenvolve paralelamente a coleta das narrativas. Os resultados da análise das entrevistas realizadas inicialmente não estão somente integrados aos modelos em via de construção, mas são retomados no roteiro de entrevista. A análise na perspectiva do método se trata de extrair somente as significações pertinentes ao objeto de estudo da pesquisa, o que faz adquirir o status de indícios. (BERTAUX, 2010)

No processo analítico foram respeitadas a individualidade e a especificidade de cada depoente, contudo, seus discursos foram categorizados de acordo com os temas que emergiram dos discursos dos profissionais e dos discursos dos gestores do PCC, porém não houve um estabelecimento prévio de categorias de análise.

Os primeiros relatos obtidos foram essenciais para que o pesquisador compreendesse uma parte da realidade até então desconhecida do Programa Cegonha Carioca. Essa fase designada de exploratória teve como objetivo a construção e desconstrução de conhecimento. A análise se iniciou desde as primeiras entrevistas, o que facilitou a escolha das pessoas a serem entrevistadas posteriormente, e finalizou quando as entrevistas não revelaram mais valores ao conhecimento sociológico do objeto social, visto que é pela comparação entre as narrativas de vida que obtemos a consolidação de um modelo. A fim de que essas comparações fossem válidas e surgissem as recorrências, foi necessário que os conteúdos latentes de cada narrativa fossem explicitados (BERTAUX, 2010).

Para realizar a análise das narrativas transcritas, iniciei a leitura flutuante do material visando impregnar-me do discurso dos gestores e profissionais do Programa Cegonha Carioca, a fim de agrupar os assuntos emergentes por aproximação. As unidades temáticas

identificadas foram destacadas com caneta hidro cor para sua codificação, onde emergiram 48 unidades temáticas.

As unidades temáticas definidas a partir das entrevistas foram:

- 1) Enfermeiro;
- 2) Enfermeiro Obstetra;
- 3) Médico;
- 4) Acolhimento;
- 5) Visita à maternidade;
- 6) Valor social do Programa Cegonha Carioca;
- 7) Ambulância do Programa Cegonha Carioca;
- 8) Módulo transporte;
- 9) Peregrinação de gestantes;
- 10) Acesso;
- 11) Kit Enxoval;
- 12) Quantitativo de ambulâncias insuficiente;
- 13) Kit enxoval como contrato psicológico;
- 14) Aceitação do Kit enxoval pelas gestantes;
- 15) O Programa Cegonha Carioca como estratégia política;
- 16) Qualidade do Pré-natal;
- 17) Preenchimento do cartão da gestante;
- 18) Capacitação dos enfermeiros atuantes no Programa Cegonha Carioca;
- 19) Qualificação profissional;
- 20) Humanização na assistência;
- 21) Comunicação em Unidade Básica de Saúde e Maternidade;
- 22) Referência e contra referência de maternidade;
- 23) Classificação de risco;
- 24) Tempo de espera pela ambulância;
- 25) Diferenciação entre Programa Cegonha Carioca e Rede Cegonha;
- 26) Conceituação do Programa Cegonha Carioca;
- 27) Programa Cegonha Carioca como projeto de governo;
- 28) Programa Cegonha Carioca como marca;
- 29) Planejamento e logística do Programa Cegonha Carioca;
- 30) Acompanhamento do Programa Cegonha Carioca por índices de qualidade;
- 31) Pré-natal pautado em protocolos;

- 32) Incentivo e adesão das gestantes ao pré-natal
- 33) Planejamento da visita à Maternidade;
- 34) Gestão do Programa Cegonha Carioca por OSs;
- 35) Garantia da qualidade da atenção acima do tipo de vinculação empregatícia do profissional de saúde;
- 36) Programa Cegonha Carioca como apoio ao pré-natal;
- 37) Importância do conhecimento da maternidade pela gestante;
- 38) Garantia do mínimo de seis consultas;
- 39) Necessidade de expansão do número de ambulâncias;
- 40) Necessidade de escuta dos profissionais do módulo transporte;
- 41) O tele atendimento no Programa Cegonha Carioca;
- 42) O financiamento do Programa Cegonha Carioca;
- 43) O transporte inter hospitalar como parte do módulo transporte;
- 44) O conhecimento da referência entre as gestantes;
- 45) Garantia do acompanhante na maternidade;
- 46) O papel do enfermeiro obstetra na atenção ao parto;
- 47) Reorganização da porta de entrada na maternidade;
- 48) Vinculação;
- 49) Atenção Pré-natal como instrumento;
- 50) Necessidade de terceirização de serviços;
- 51) Redução das taxas de mortalidade materna;
- 52) Necessidade do serviço em rede;
- 53) Capacitação dos enfermeiros da Atenção Pré-natal;

Após a codificação foi realizada nova leitura das entrevistas na íntegra, comparando as unidades temáticas, buscando a possibilidade de descobrir novos temas e a maneira de construir os agrupamentos das unidades temáticas que emergiram, nos quais deram origem a duas categorias: 1. Programa Cegonha Carioca: Dilemas Conceituais e Programáticos na Atenção Pré-natal; 2. Expectativas do Programa Cegonha Carioca na Atenção Pré-natal: Narrativas dos Enfermeiros e Gestores.

Sendo assim, seguindo os passos determinados por Bertaux (2010), se chegou resultados tendo as categorias formuladas, analisadas e fundamentadas de acordo com as diretrizes da instituição e execução do Programa Cegonha Carioca, pela Secretaria Municipal

de Saúde do Município do Rio de Janeiro, as Políticas de Atenção à Saúde da Mulher, e do Sistema Único de Saúde.

3.5. Cuidados Éticos

O presente estudo, como parte integrante de um projeto mais amplo da pesquisadora autora e orientadora, a pesquisa “Capacitação Profissional em Saúde da Mulher: Integração de Estudo ao Trabalho” registra-se que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP/EEAN/HESFA/UFRJ), através do parecer 093/2011. E submetido, ainda, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS/RJ) e unidades de saúde do município, supracitadas no cenário da pesquisa, através de cartas de solicitação à direção da Unidade, sendo aprovado sob o número de protocolo 284/11.

A fim de manter a confiabilidade do estudo foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi fornecido aos sujeitos da pesquisa em duas vias, ficando uma cópia com o indivíduo e a outra com o pesquisador, obedecendo as normas estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Capítulo IV

4. Apresentação e Discussão dos Resultados

A apresentação e discussão dos resultados está estruturada em 3 etapas: a primeira é a caracterização dos depoentes da pesquisa, com a apresentação do historiograma dos participantes, a segunda é a caracterização do Programa Cegonha Carioca, a partir das diretrizes e bases do PCC e da Rede Cegonha. E a terceira apresenta a análise das narrativas subdivididas em duas categorias.

4.1. Caracterização dos Depoentes

Para melhor definir os depoentes deste estudo, os classificamos inicialmente a partir de suas categorias profissionais e codinomes, para depois apresentar o historiograma.

Quadro 1 – Apresentação geral dos depoentes por codinome e categoria profissional.

Codinome	Enf. Pré-natal 1	Enf. Pré-natal 2	Enf. Pré-natal 3	Enf. Pré-natal 4	Enf. Pré-natal 5
Categoria Profissional	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro
Codinome	Enf. Transporte 1	Enf. Transporte 2	Enf. Transporte 3	Enf. Transporte 4	Enf. Transporte 5
Categoria Profissional	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro
Codinome	Gestor 1	Gestor 2	Gestor 3	Gestor 4	Gestor 5
Categoria Profissional	Enfermeiro	Médico	Enfermeiro	Médico	Médico

A seguir apresentamos o historiograma dos participantes do estudo (gestores e enfermeiros assistenciais do PCC) a partir dos resultados das entrevistas:

Quadro 2 - Historiograma dos Depoentes

	Codinome	Historiograma
1	Enf. Pré-natal 1	38 anos, do sexo feminino, solteira, é enfermeira há 3 anos e 8 meses, trabalha em uma Unidade Básica de Saúde do município do Rio de Janeiro há 3 anos, com vínculo empregatício estabelecido através de uma Organização Social (OSs), com carga horária de 40 horas semanais. Realiza consultas de pré-natal de risco habitual de acordo com o Programa Cegonha Carioca já há 3 anos, desde sua implantação. Detém capacitação em saúde da mulher.
2	Enf. Pré-natal 2	31 anos, do sexo feminino, casada. É enfermeira há 3 anos, trabalha em uma Unidade Básica de Saúde do município do Rio de Janeiro há 3 anos, com vínculo empregatício estabelecido através de uma Organização Social (OSs), com carga horária de 40 horas semanais. Realiza consultas de pré-natal de risco habitual de acordo com o Programa Cegonha Carioca desde sua implantação.

		Possui especialização em Saúde da Família e detém capacitação em pré-natal e planejamento familiar.
3	Enf. Pré-natal 3	28 anos, do sexo feminino, mantém uma união consensual. É enfermeira há 5 anos, trabalha em uma Unidade Básica de Saúde do município do Rio de Janeiro há 2 anos, desde que veio da Bahia, onde já atuava como enfermeira da Atenção Básica de Saúde. Possui vínculo empregatício estabelecido através de uma Organização Social (OSs), com carga horária de 40 horas semanais. Realiza consultas de pré-natal de risco habitual de acordo com o Programa Cegonha Carioca há 2 anos, desde que iniciou em seu atual emprego. Possui especialização em Enfermagem Cirúrgica e capacitação em saúde da criança e atenção pré-natal.
4	Enf. Pré-natal 4	29 anos, do sexo feminino, casada. Atua como enfermeira há 6 anos, trabalha em uma Unidade Básica de Saúde do município do Rio de Janeiro e possui vínculo empregatício estabelecido através de uma Organização Social (OSs), com carga horária de 40 horas semanais. Realiza consultas de pré-natal de risco habitual de acordo com o Programa Cegonha Carioca há 3 anos, desde a implantação do Programa. Trabalha em outra instituição, uma maternidade pública de outro município do estado do Rio de Janeiro perfazendo o total de 64 horas laborais. Possui especialização nos moldes de Residência em Saúde Pública e capacitação em pré-natal, e realização de exame colpocitológico.
5	Enf. Pré-natal 5	41 anos, do sexo feminino, situação conjugal separada. Atua como enfermeira há 12 anos, trabalha em uma Unidade Básica de Saúde do município do Rio de Janeiro, é funcionária pública, e atua no Programa Cegonha Carioca há 3 anos, desde sua implantação, e já passou por mais de duas instituições, desde unidade hospitalar municipal até unidade básica de saúde, sendo esta com carga horária de 40 horas semanais. Trabalha em outra instituição, perfazendo o total de 64 horas laborais. Possui especialização em Pediatria e Neonatologia e Docência do Ensino Superior. Informou deter capacitação em pré-natal, puericultura e realização de exame colpocitológico.
6	Enf. Transporte 1	37 anos, do sexo feminino, casada. Atua como enfermeira há 15 anos, e trabalha no módulo transporte do Cegonha Carioca há 3 anos. Mantém vínculo empregatício em duas instituições, sendo uma funcionária pública e outra por contratação de OSs, perfazendo o total de 56 horas semanais. É especialista em enfermagem obstétrica e já realizou capacitação em aleitamento materno, e oficina de trabalho de parto.
7	Enf. Transporte 2	26 anos, do sexo feminino, solteira. É enfermeira há 3 anos, atua há 1 ano e 6 meses no módulo transporte do Programa Cegonha Carioca, mantendo vinculação contratual por OSs. Atua também em outra instituição (OSs) perfazendo o total de 60 horas semanais. É especialista em Gestão Hospitalar e Infectologia, e detém capacitação em enfermagem materno-infantil, aleitamento

		materno, trabalho de parto e puerpério e infectologia neonatal e obstétrica.
8	Enf. Transporte 3	37 anos, do sexo feminino, casada. Atua como enfermeira e trabalha no módulo transporte do Cegonha Carioca há 1 ano e 7 meses. Mantém vínculo empregatício por contratação de OSs, com carga horária de 30 horas semanais. Especializou-se em enfermagem obstétrica nos moldes de residência, não pontuou as capacitações que já participou.
9	Enf. Transporte 4	26 anos, do sexo feminino, solteira. Atua como enfermeira no módulo transporte do Programa Cegonha Carioca há 11 meses. Mantém vínculo empregatício por contratação de OSs, com carga horária de 30 horas semanais. Se especializou em enfermagem obstétrica nos moldes de residência.
10	Enf. Transporte 5	27 anos, do sexo masculino, mantém uma união consensual. É enfermeiro há 3 anos, e trabalha no módulo transporte do Programa Cegonha Carioca há 2 anos e 6 meses, por contrato pela OSs, com a carga horária de 30 horas semanais. Atua em outra instituição de saúde como funcionário público, perfazendo o total de 60 horas semanais de trabalho. É especialista em Enfermagem Obstétrica e cursa pós-graduação em Enfermagem do Trabalho.
11	Gestor 1	46 anos, do sexo feminino, mantém uma união consensual. É enfermeira há 24 anos, trabalha há 3 anos na gestão do Programa Cegonha Carioca, desde sua implantação e participou do planejamento do mesmo, totalizando 5 anos; e também trabalha como enfermeira assistencial em uma maternidade do Rio de Janeiro, tendo assim vinculação como servidora pública e contrato por OSs. É especialista em Enfermagem Obstétrica e detém capacitação em enfermagem obstétrica para atuação na sala de parto desde 1998.
12	Gestor 2	38 anos, do sexo masculino, casado. É médico há mais de 10 anos, atua na Organização Social (OS) entre 5 a 10 anos, mantendo a carga horária semanal de 40 horas, como gestor do Programa Cegonha Carioca e é diretor de uma maternidade do município do Rio de Janeiro. Possui especialização e capacitação, porém não especificou em quais áreas.
13	Gestor 3	32 anos, do sexo feminino, casada. É enfermeira há 12 anos e gerente de uma Clínica da Família/Unidade Básica de Saúde há 3 anos, com vínculo empregatício por contrato com OSs, com carga horária semanal de 40 horas. Atua também como enfermeira plantonista em uma maternidade do Rio de Janeiro, perfazendo o total de 60 horas semanais de trabalho. É especialista em Saúde Pública, Saúde da Família, Geriatria e Gerontologia. Com relação à capacitação, já participou de diversos cursos na Fundação Oswaldo Cruz.
14	Gestor 4	35 anos, do sexo masculino, solteiro. É médico há 13 anos, mantém vínculo empregatício como funcionário público da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro há 5 anos e atua na gestão de uma subsecretaria de saúde, com carga horária de 30 horas semanais. Tem 3 anos de participação no Programa Cegonha Carioca. Possui pós-graduação “ <i>strictu sensu</i> ” com título de

		mestrado, detém também capacitação, mas não informou as áreas.
15	Gestor 5	50 anos, do sexo feminino, casada. É médica há 27 anos e trabalha como funcionária pública na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro há 20 anos, com carga horária de 40 horas semanais. Mantém um cargo de coordenação na Subsecretaria de Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência, na área de maternidades e hospitais pediátricos. Participou do planejamento e implementação do Programa Cegonha Carioca, atuando no mesmo há 5 anos. Possui pós-graduação “ <i>strictu sensu</i> ” com título de doutorado e capacitação nas áreas de saúde pública, saúde da mulher e saúde da criança.

O estudo contou com quinze participantes, sendo doze do sexo feminino e apenas três do sexo masculino; a idade variou entre 26 a 50 anos, destes quatro são solteiros, sete casados, três mantêm uma união consensual e um é separado.

A maioria (12) dos depoentes foi de enfermeiros distribuídos nos serviços de Atenção Básica de Saúde (Clínicas da Família) e de transporte do PCC, estes últimos alocados em Maternidades do Município do Rio de Janeiro que servem como base referência na assistência e na gestão. Entre os enfermeiros o tempo de atuação variou entre 3 e 24 anos.

Os outros três participantes eram médicos e entre estes o tempo de atuação variou entre 10 e 27 anos de carreira, todos são gestores, em nível de direção do PCC pela OSs, e direção de uma maternidade municipal, dois funcionários públicos atuantes na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, na gestão de subsecretarias e superintendências ligadas ao Programa Cegonha Carioca.

Se tratando dos aspectos laborais, foi observado que doze depoentes mantinham vínculo empregatício por contratos firmados com OS, destes haviam cinco que também atuam como servidor público, três no município do Rio de Janeiro e dois em outros municípios do Estado. Houve também o relato de um profissional do transporte que atua em duas OSs diferentes, sendo uma do PCC e outra que gerencia uma maternidade do município.

A atuação no Programa Cegonha Carioca variou de 11 meses há 5 anos, contando com o período de planejamento do Programa até sua implantação e todo seu desenvolvimento até os dias atuais. Dois gestores, um enfermeiro e um médico, informaram atuar há 5 anos no PCC, por terem participado do escopo do então projeto, que com o seu desenvolvimento se tornou um programa. Entre os outros participantes, a maioria atua com base no PCC desde sua implantação, totalizando três anos.

Quanto à qualificação destes profissionais, doze possuem pós-graduação “*lato sensu*”, ou seja, especialização, e destes 05 informaram ser especialistas em enfermagem obstétrica, onde quatro atuam no módulo transporte e um na gestão do Programa, dois depoentes informaram possuir pós-graduação “*strictu sensu*”, um com título de Doutorado e outro de Mestrado. Com relação à capacitação, todos (15) informaram ter passado por capacitações, porém estas não foram específicas do Programa Cegonha Carioca, e sim temas gerais de saúde.

4.2. Caracterização do Programa Cegonha Carioca à luz da Política de Governo

Com a problemática atual de saúde da mulher e da criança, inclusive constantes em documentos do governo local e nacional, descreve-se que a qualidade da atenção ainda é precária e a medicalização ainda persiste, diversas ações têm sido implementadas com a finalidade de reverter este quadro, não só a nível nacional (união, estado e município), mas também internacionalmente, sem o efeito positivo desejado. Neste sentido a ONU (2000) definiu os Objetivos do Milênio (ODM) para serem cumpridos até o ano de 2015, destacando-se a redução da mortalidade materna e infantil e ampliando os planos e propostas dos governos/Estados membros da ONU.

No Brasil e não é diferente no Rio de Janeiro, a situação problema de atendimento a população brasileira se caracteriza de forma objetiva por: insuficiência de vagas por causa do sucateamento do espaço público; a precarização dos serviços públicos de saúde; a demora no atendimento com longas filas de espera; os hospitais com número de pacientes acima da capacidade de atendimento causando “superlotação” e a focalização da atenção aos mais pobres.

Na área da atenção à saúde da mulher a situação agrava-se quando verificamos os seguintes complicadores: “peregrinação” da gestante; indefinição da unidade de referência para o parto; a recusa de atendimento para parturientes em algumas unidades, descuido com a capacitação dos profissionais de saúde em geral e da enfermagem em particular; falta de recursos humanos suficientes para a implementação das políticas públicas consequentemente de “concursos públicos” para assumir “cargos públicos”, dentre outros.

Com base nisso a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) lançou o Programa Cegonha Carioca (PCC), 28 de março de 2011, que consiste em uma tentativa da Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde e da Defesa Civil (SMSDC/RJ) de *reduzir os índices de mortalidade materna e infantil no município através da organização e*

qualificação da atenção ao pré-natal e ao parto e pós-parto. Este Programa, como definido por essa Secretaria, é uma proposta de *atenção à gestante que perpassa todo o ciclo gravídico puerperal da mulher*, se expandindo como Rede Cegonha, com base na iniciativa do Governo Federal.

A justificativa dessa proposta, de certa forma, é classificada na forma de objetivos, no Anexo I, do Programa Cegonha Carioca aponta a erradicação da peregrinação das gestantes em busca de atendimento para o parto; a redução do índice de Mortalidade Materna; a manutenção da tendência de queda na Mortalidade Infantil; a redução de complicações evitáveis e melhora dos indicadores de qualidade do cuidado materno e neonatal e; humanização da atenção ao parto e nascimento.

O PCC definindo como base as diretrizes do Pacto pela Saúde, o Pacto Pela Redução da Mortalidade Materno-Infantil e o Programa de Qualificação das Maternidades, impulsionou a criação pelo Ministério da Saúde (MS) da Rede Cegonha em nível nacional, normatizada pela Portaria nº 1.594, de 24 de junho de 2011. Esta estratégia visa fomentar a *implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses*, organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade, e reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha, nessa proposta e a partir do papel do Estado, sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção à mulher no parto e ao nascimento que garante uma assistência humanizada e de qualidade, permitindo que a mesma vivencie a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza, como uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o (a) parceiro (a) envolvido (a).

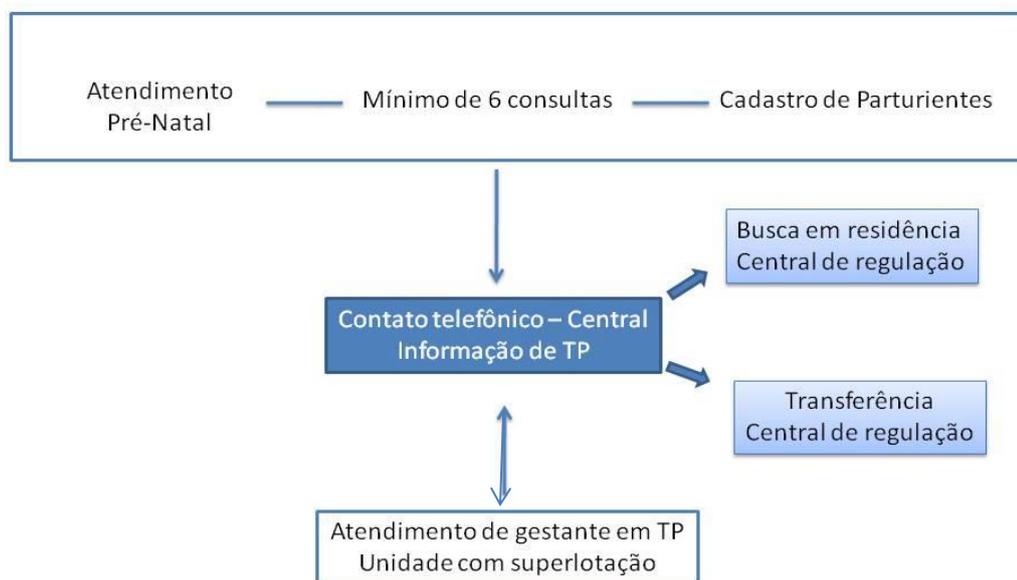
O PCC, inicialmente, se organizou através de três módulos (ou componentes), o primeiro é a vinculação entre os serviços de pré-natal do município do Rio de Janeiro e as maternidades disponíveis, com uma organização de logística e regulação referenciando as Unidades Básicas de Saúde divididas por área programática aos serviços de maternidade. O segundo é o transporte para assegurar a vinculação a uma maternidade de referência oferecendo atendimento móvel por meio de ambulâncias às gestantes de suas residências até a unidade de referência ou entre unidades hospitalares, caso o perfil da gestante não esteja dentro das condições de atendimento de determinada unidade de saúde ou por falta de vagas.

O acolhimento se caracteriza como o terceiro módulo do PCC e conta com uma visita a maternidade de referência antes do momento do parto onde as usuárias conhecem o local e estrutura do hospital, participam de uma reunião com parte da equipe da unidade que transmite a elas a rotina da maternidade e tiram dúvidas sobre o momento da internação e do parto além das gestantes receberem o enxoval.

Um aspecto importante sobre a visita à maternidade é a entrega do “Passaporte Cegonha Carioca” às gestantes, esta é feita pelos profissionais, que realizam a reunião e as visitas guiadas nas instituições, sendo explicitado para elas e seus acompanhantes a “garantia” de vaga no momento do parto na maternidade referência. Esse passaporte é preenchido com a data provável do parto e tem anexado os exames feitos durante o pré-natal, a fim de “comprovar” a participação no programa e garantir o “direito” de ser atendida na maternidade referenciada. Estando a futura mãe orientada para levar o passaporte no dia do parto.

No acolhimento outra determinação no PCC é a recepção da gestante na maternidade para ser assistida no trabalho de parto. O primeiro atendimento que a mulher recebe ao chegar a maternidade é feito por um enfermeiro do PCC que a avalia e classifica quanto ao risco da gestação, sendo esta classificação reavaliada sempre que necessário.

Para melhor compreensão da estratégia estabelecida, caracterizamos o fluxo do PCC:



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, SMS/RJ, 2010.

Após acompanhamento pré-natal, com o cumprimento de no mínimo seis consultas, as gestantes em trabalho de parto podem entrar em contato com a central telefônica, tipificada como tele atendimento, para solicitar transporte de ambulância para a maternidade de

referência, definida desde o pré-natal conforme a grade de referências. Se a maternidade de referência estiver com superlotação, a unidade poderá entrar em contato com a central telefônica e solicitar transporte de gestantes em trabalho de parto para outra unidade. Esse serviço, denominado de transporte Inter hospitalar (TIH), também é solicitado quando a gestante chega por seus próprios meios em uma maternidade, que não é a sua referência, para assim ser remanejada de acordo com sua área programática.

Quanto à estrutura da Rede Cegonha, esta compreende quatro componentes: a qualificação do pré-natal, o componente parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, e o componente sistema logístico: transporte sanitário e regulação (Brasil, 2011). Com a incorporação da Rede Cegonha ao Programa Cegonha Carioca no Rio de Janeiro o serviço se tornou unificado com os componentes das duas propostas somando-se ao PCC a qualificação do pré-natal incluindo também o módulo transporte que é responsável por fazer a ligação da gestante entre o pré-natal e a maternidade, objeto deste estudo.

Cabe enfatizar que o município do Rio de Janeiro, como pioneiro nessa estratégia, manteve a denominação do “Programa Cegonha Carioca”, o que se tornou conhecido entre os serviços de saúde do Município e da população carioca. Este processo leva a uma associação entre as diretrizes do Programa e da Rede, que acabam não sendo bem esclarecido para os profissionais de saúde, o que precisa ser corrigido.

Para que a gestante possa ser assistida pelo Programa Cegonha Carioca é necessário que ela realize o pré-natal em Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua referência. O fortalecimento da Atenção Básica em Saúde (ABS) é fundamental para um cuidado integral da gestante. Nessa perspectiva existem vários aspectos a serem observados para considerar o pré-natal qualificado. Esses aspectos complementam-se e representam marcadores de qualidade, que deverão ser buscados por todos no âmbito do PCC.

Com relação à gestão do programa, esta é mantida através de organizações sociais de saúde (OSs) selecionadas por meio de editais licitatórios, caracterizando assim uma gestão privada e terceirizada de um serviço público. A abrangência se expandiu de forma gradual, iniciando apenas nas áreas programáticas 3.2, 4.0, 5.1, 5.3 inseridas na rede SUS do município do Rio de Janeiro, hoje essa cobertura foi ampliada a todas as áreas do município do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ, 2010), sem contudo, prever recursos financeiros, humanos, materiais e de logística.

Sabemos que em meio à prática profissional, os princípios propostos pelo Ministério da Saúde tem que ser adequados à realidade local. A busca pela prevenção e promoção à

Saúde ainda não é realidade absoluta entre a população, o que continua a gerar superlotações em hospitais e uma demanda grande em nível secundário e terciário.

Se tratando da mulher em seu ciclo gravídico, o panorama é o mesmo, ainda há gestantes que não são acompanhadas pela assistência pré-natal, e apenas buscam o serviço de saúde em vias de proximidade do parto sendo encaminhado diretamente às emergências das maternidades, o que leva a uma fragmentação do modelo proposto pelo Programa Cegonha Carioca fortalecendo o modelo tradicional de atendimento ao parto no Rio de Janeiro.

É importante ressaltar que ainda são poucas as fontes que trazem informações e conhecimentos tanto acerca do Programa Cegonha Carioca quanto da Rede Cegonha, em nível nacional, até mesmo nos documentos oficiais. O estudo de Cavalcanti (2012) relata que falta de elementos tão importantes dificulta a transmissão do que é e do que se pretende com a rede, podendo originar várias dúvidas e falta de consenso entre os envolvidos, e com isso, gerar entraves na implementação da Rede Cegonha nas localidades e na compreensão da proposta de um modelo inovador como definido pelo governo.

4.3. Análise das Narrativas dos depoentes

A análise das narrativas dos enfermeiros e gestores permitiu construir as categorias temáticas, caracterizar os diferentes módulos e conhecer a história de vida de cada profissional, dentro de sua particularidade de vivência, na fase de implantação do Programa Cegonha Carioca. Alguns entrevistados deram início às entrevistas contando sua história de inserção no Programa e seus discursos foram demarcados por sua atuação enquanto enfermeiro (e/ou) gestor.

Na análise das narrativas de vida dos profissionais que atuam no Programa Cegonha Carioca, foram possíveis destacar as unidades temáticas que deram origem a duas categorias, sendo a primeira, “Programa Cegonha Carioca: Dilemas Conceituais e Programáticos na Atenção Pré-natal”, e a segunda “Expectativas do Programa Cegonha Carioca na Atenção Pré-natal: Narrativas de Enfermeiros e Gestores”.

A primeira categoria abrangeu quatro subcategorias, a saber: a) Implantação do PCC: da peregrinação da gestante à reestruturação em rede desde o pré-natal; b) Implantação do Programa Cegonha Carioca: da reestruturação da atenção pré-natal em rede (?) a necessidade de qualificação profissional; c) Implantação do Programa Cegonha Carioca: da necessidade de qualificação profissional à expansão para a qualificação humanizada no pré-natal; d)

Implantação do PCC: da expansão para a qualificação humanizada no pré-natal à necessidade de vinculação à maternidade.

A segunda categoria compreendeu três subcategorias: a) Capacitação dos Profissionais do Programa Cegonha Carioca; b) Vinculação qualificada do domicílio à maternidade; Atenção Humanizada no Programa Cegonha Carioca.

4.3.1. Programa Cegonha Carioca: Dilemas Conceituais e Programáticos na Atenção Pré-natal

a) Implantação do PCC: da peregrinação da gestante à reestruturação em rede (?) desde o pré-natal

Para entendermos porque e como se deu a implantação do programa, é necessário que conheçamos o cenário que era vivido pelas gestantes no Rio de Janeiro antes da implantação do PCC. As gestantes, quando estavam próximas ao fim da gravidez tinham alta do acompanhamento pré-natal no serviço de saúde, isso quando o realizavam, sem que houvesse uma referência para o acompanhamento do parto em uma maternidade. Era responsabilidade apenas da mulher, buscar uma maternidade que pudesse assegurar o acesso ao atendimento, o que na maioria dos casos levava a “peregrinação” das gestantes ou “superlotação” dos serviços de saúde, e contribuía para incrementar os índices de mortalidade materna e neonatal, e como consequência o desrespeito aos direitos constitucionais definidos na Política de Atenção Integral em Saúde da Mulher (Brasil, MS, 2004 e 2011).

O estudo de Melo et al (2007), já demonstrava o contraste da organização socioeconômica espacial da cidade em que havia uma distribuição desigual e na maioria dos casos ausência de leitos obstétricos e neonatais, alternando padrão de escassez ou falta em algumas áreas e excesso em outras, o que levava a gestante a percorrer grandes distâncias com resultados maléficis para sua condição de gestante e de mulher. Sendo estes elementos, juntamente com a precariedade das maternidades e fatores condicionantes desfavoráveis de ordem político, biológico, social e cultural, agravantes relevantes de sua condição de cidadã.

Dentro desse contexto vemos por parte de um dos entrevistados caracterizando esse cenário, com a denominação de “peregrinação nociva”:

Aquela em que tendo necessidade de ficar internada, ou de fazer algum procedimento a mulher é liberada da porta de maternidade. Porque a peregrinação

passiva, que e a mulher foi liberada, “minha senhora, tá tudo certo”, e ela não se convence disso e busca outra maternidade, também não é boa, também não é agradável, também não queremos, mas ok! Essa acontece de vez em quando, essa a gente não tem 100% do controle sobre ela. Mas aquela peregrinação nociva, de “está cheio aqui filha, vai pra outra (maternidade)”, aquela que o guarda fala “não tem vaga hein, tchau!” essa tinha que ser erradicada. Gestor 2

Embora o Programa Cegonha Carioca tenha sido lançado pelo então prefeito do Rio de Janeiro, Eduardo Paes, em 28 de março de 2011, este já vinha sendo planejado desde o final de 2009, inicialmente pensado com a denominação de SAMU Cegonha, que acabou se tornando Cegonha Carioca, tendo seu contrato fechado com a Organização Social em Saúde (OSs) que venceu a seleção em 2010, efetivando o referido programa para contratualização de pessoal de enfermagem.

O planejamento do programa, segundo os gestores, contou com três objetivos principais, a diminuição da mortalidade materna e infantil, a erradicação da peregrinação e a melhoria da qualidade do acolhimento na maternidade. A fim de atingir esses objetivos o projeto começou com a busca pela vinculação, e então foi observado que para vincular a gestante à maternidade, seria necessário começar pelo pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A gestante seria vinculada ao pré-natal em uma UBS e desta a uma maternidade de referência, assegurando desta forma a continuidade do atendimento.

A falta da vinculação pré-natal-parto, com a desorganização da porta de entrada era responsável por perpetuar a peregrinação. E aí ao final de 2009, e nos primeiros meses de 2010, vai tomando forma e ganhando o nome de Cegonha Carioca, esse plano de ação pra esse novo ciclo de gestão. Primeiro sai o nome de SAMU Cegonha, e então vira Cegonha Carioca, esse nome nasce quando algumas ações que compõe o Cegonha já estavam sendo colocadas em prática. Gestor 5.

Fui solicitada pra fazer a consultoria quando a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ) começou a desenhar também o Programa Cegonha Carioca, isso em torno de um ano, um ano e meio, antes da parte que eu estou gerenciando ser implantada, e aí começou a reformulação a partir do pré-natal. Gestor 1.

Parece simples, mas a gente está falando de 300 unidades de ABS, 50 mil mulheres e 12 hospitais, fora hospitais federais, que aqui não entram necessariamente, alguns entram está falando de uma estruturação SISREG pesada, de reestruturação de rede, então se levou um ano para fazer toda essa logística e planejamento. Gestor 2.

Segundo os depoimentos, desses gestores, verificamos que, após o planejamento do programa desde 2009, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro lançou em outubro de 2010 o edital de convocação pública para parcerias com organizações sociais (OSs) para a gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Programa Cegonha Carioca. E desde o lançamento do Programa a gestão é feita através de OSs. Esta gestão por OSs vem sendo amplamente criticada na atenção obstétrica e neonatal e em todo o SUS.

Neste sentido, concordamos com Rezende (2008), de que a entrada das OSs no gerenciamento do SUS é um mecanismo que privilegia a “terceirização” e “privatização” dos serviços de saúde. E, acrescentamos caminhando contrário às definições constantes nas diretrizes e ações definidas no SUS.

Para Correia (2011), esse fenômeno se denomina de privatização do público, ou seja, apropriação por um grupo privado, “não estatal”, do que é público, com a transferência da gestão das atividades das políticas públicas para o setor privado mediante repasse de recursos, de instalações públicas e de pessoal. Onde a principal lógica que rege o setor privado é a lógica do mercado e a busca incessante do lucro, contrário ao que preconiza a Constituição Federal (BRASIL, CF, 1988).

A Constituição Federal (1988), vigente no país, estabelece a participação de instituições privadas de forma complementar ao SUS, porém, o que é observado é a substituição do controle e gestão com repasse da responsabilidade do Estado para organizações sociais privadas daquilo que é considerado indelegável.

Em grande parte das Unidades Básicas de Saúde atuais, principalmente nas Clínicas da Família, a gestão e contratação são realizadas por Organizações Sociais em Saúde, não havendo uma só em todo o município, mas diversas que são distribuídas nas áreas programáticas do Rio de Janeiro. O Programa Cegonha Carioca acaba por ter a atuação de diferentes gestões, já que o transporte e o acolhimento são de responsabilidade de uma OS, e a atenção pré-natal dividida nas gestões das UBS. O que dificulta a linearidade da a integração dos profissionais e do serviço para uma atenção em rede.

Os profissionais entrevistados neste estudo, enfermeiros assistenciais e gestores, possuem, a maioria, vinculação contratual por diferentes OSs. Alguns não se mostraram contrários ao tipo de gestão e contratação imposto no município do Rio de Janeiro e conseqüentemente no Programa Cegonha Carioca, destacando que, segundo suas narrativas, a qualidade da assistência independente do tipo de vinculação profissional, assegurando seu espaço no processo de trabalho (público ou privado) desde que funcione.

Uma pessoa concursada não tá nem aí, ela é praticamente imune à demissão, isso faz diferença! Não é todo profissional, porque já cansei de ver profissional concursado que trata bem o paciente, mas existe toda a diferença, com certeza, ainda existem falhas, ainda existem casos de qualquer ser humano, mas é uma diferença muito grande (entre o profissional concursado e o contratado). Enf. Pré-natal 1

Eu acho que se for uma coisa que esteja funcionando, que seja efetiva, eu não vejo problema nenhum. Funcionou, isso que importa para a população. Enf. Pré-natal 2

Eu acho que a partir do momento em que o programa funciona, está trabalhando e tem profissional competente, eu acho que não interfere se é contratado, se é

funcionário federal, estadual, eu acho que isso aí não tem muito haver, o importante é garantir a qualidade. Enf. Pré-natal 3

Não vejo problema em relação à gestão por OS, até porque todos, de uma certa forma, acabam sendo agentes públicos, então essa diferenciação aqui na Clínica da Família eu não vejo. Até mesmo nos profissionais que trabalham na ambulância, por ser via OS, eu não vejo nada assim diferente se fosse um estatutário. Gestor 3

Há uma opção da Secretaria desse mecanismo de gestão, eu hoje avalio como uma decisão acertada, e particularmente para o Cegonha Carioca que tinha que comprar enxoval, contratar ambulância e tinha aspectos logísticos muito específicos e difíceis na administração direta. Já pensou, atrasa licitação e não tem enxoval? Os mecanismos da administração direta são desafiadores, então quando tem essa especificidade de ambulância, enxoval, então há a gestão e a contratação operacional, o que a OS faz é conduzir essas questões operacionais. Gestor 5

Os relatos descritos anteriormente traduzem duas conotações conceituais: uma voltada à permanência do enfermeiro na assistência, por contrato pela OSs, que reflete um esvaziamento do debate na dimensão político-social do “concurso público”, isto é, “cargo público” no serviço de saúde. Isto caracteriza, de um lado, uma posição ao parecer de “consciência ingênua” que segundo Freire (1983) tende a um simplismo na interpretação dos problemas sobre decisões políticas e impermeáveis à investigação; e de outro, satisfaz-se com as aparências da ação e é frágil na discussão da identidade e competências profissionais. Uma outra conotação traduz a segregação dos trabalhadores na área da saúde, o que para Inglez (2012) ao se encontrarem em regime de contratação distintos (público e privado) não se identificam como “coletivo” ou “classe” e acreditam lutar por conquistas e direitos também distintos.

Outro destaque que se focaliza nesses relatos se relaciona a tipificar a população como espectadora do SUS, onde o que importa é o resultado final: a garantia do acesso e da qualidade da atenção sem importar a participação social, definida pela Lei Orgânica de Saúde 8080/90, que regulamenta e estabelece a participação da comunidade na gestão do SUS com a Lei 8.142/90. Esta lei ao definir a participação da população na gestão do SUS, significa considerar os setores organizados da sociedade civil a participarem na construção e fortalecimento do sistema de saúde desde as suas formulações, planos, programas e projetos, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos, para que sejam atendidos os interesses da coletividade (CORREIA apud INGLEZ, 2012).

Nas OSs o controle social, é substituído pelos conselhos de administração internos da entidade, não existindo conselho gestor participativo (público), o que acaba se configurando como um corte da participação social na gestão do SUS (REZENDE, 2008).

A última narrativa em pauta, a partir de um gestor nos chamou muito a atenção quando diz que concorda com os contratos de gestão por OSs, trazendo a tona um dilema programático que se relaciona com os entraves inerentes às burocracias enfrentadas na administração pública, para a operacionalização de um programa como o da Cegonha Carioca. A depoente destaca que a abertura de licitações pela administração direta/pública pode acarretar um atraso de entregas do Kit enxoval, assim como interferir na disposição de ambulâncias para o módulo, ou seja, a administração pública comprometeria o desenvolvimento do Programa Cegonha Carioca, embora a mesma seja ativa e presente no acompanhamento da gestão pela OS responsável, com a emissão de relatórios mensais.

Há também os profissionais que durante suas narrativas não se mostraram favoráveis a gestão e contratação de um programa de saúde pública por uma OS, e os principais argumentos foram com relação ao tipo de contrato ir contra a Constituição e a falta de concurso público, que não lhes dá uma estabilidade trabalhista, e barateia o custo da mão de obra, desarticulando também a concepção de vínculo entre o profissional e o usuário.

Infelizmente a OS, por ser uma organização social ela é responsável por gerir os recursos humanos pra uma atividade fim, sendo que se a gente for pensar na lógica da constituição, o modelo que vivemos hoje, não é o que é preconizado pelo Sistema de Saúde em que a gente tem que ter uma equipe concursada pública que seja capaz de gerir seu corpo profissional e acompanhar e avaliar como tá sendo isso, mas não é o que vemos na realidade, a OS não é um modelo de gestão compatível com o que preconiza a Constituição. Eu não sei dizer como funciona a avaliação de como tá sendo gasto esse dinheiro, o que agente tem de *feedback* são os da ouvidoria que são dados qualitativos. Enf. Transporte 2

Eu sou funcionária pública de Caxias e sou contratada pela OS daqui. A minha contratação foi através de um concurso, teve prova, teve prova de título, para uma contratação, então assim, eu acho muito conveniente para o Governo. Porque apesar da gente ganhar mais, a gente custa menos, você não tem estabilidade trabalhista, você trabalha em cima de meta, se você não cumprir meta você pode ser demitido, se a sua gerente hoje não está gostando do seu cabelo ela pode te demitir, então a gente está sempre vulnerável, eu acho que principalmente o enfermeiro, que não é uma profissão muito valorizada, que tem muitos profissionais, e que rapidamente se consegue 20 pra estar no seu lugar. Então eu acho que com a OS o funcionalismo público vai acabar. Com a OS não tem vínculo, como é que você faz um vínculo com um profissional que ele pode ser mandado embora a qualquer momento. Enf. Pré-natal 4

Eu acho complicado porque às vezes você quer trabalhar de uma forma, e sendo por OS, você tem um vínculo que foge da Constituição. Se você não seguir aquela linha, aquele modelo que é o desejado, você é facilmente descartado, isso é complicado, está sempre em jogo o seu emprego, às vezes você quer fazer uma coisa que você acha certo, mas que programa não é certo e você tá limitado. Enf. Transporte 4

O Programa Cegonha Carioca, até mesmo pelo contrato de gestão (de atividade fim e não meio) que propõe o apoio ao gerenciamento, execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos por uma instituição privada, tem sido caracterizado pelo Estado e pelos

profissionais como marca e estratégia política do governo em serviços de saúde. Este fenômeno traduz temporalidade na manutenção de um projeto e limitação na sua expansão como modelo de gestão na perspectiva do SUS.

Daí que para os gestores o PCC não podia continuar como projeto com descrição – esboço de intenções ou de tarefas a realizar e sim como Programa com descrição detalhada de projetos ou partes planejadas, visando alcançar um objetivo direcionado a gestão do PCC.

O Cegonha Carioca é o seguinte, a gente usa a marca, quando a gente fala Cegonha Carioca é uma marca, ele é uma marca de Projeto de Governo, de Projeto de Estado. Mas o que significa Cegonha Carioca sem entender o que esta ao redor dele? Porque Cegonha Carioca é muita coisa, e um monte de coisa tem a marca Cegonha Carioca como um grande guarda chuva, que envolve mulher e bebê, mas você tem uma série de etapas que são mais visíveis e outras que são menos visíveis. Gestor 2

Então embora essa logo fofinha dessa cegonha bem carioca, malandra, jeitão de cegonha malandrona, desse logo em diante todo mundo vê o programa, porque tem “trocentas” enfermeiras, fazendo “trocentas” coisas, em “trocentos” lugares, então e muito visível. Gestor 2

No início era um projeto, mas face à abrangência e de como ele é articulado em toda a rede, ele passa a ser um programa. Não tinha como trabalhar como um projeto, mas como ele foi implementado e como ele abrangeu, ele se transformou num programa de governo, vamos dizer, é um legado, que foi deixado por essa gestão. Gestor 1

Então quando a gente fala de Cegonha Carioca, a gente está falando de três módulos, que são todo o trabalho de vinculação pré-natal parto que se concretiza na visita que a gestante faz. O acolhimento e classificação de risco com uma equipe exclusiva na porta de entrada, e a ambulância para o transporte da gestante, esses três módulos estão alocados em toda totalidade da Atenção Básica e da Atenção Hospitalar. Gestor 5

Essas narrativas também denotam a caracterização do PCC como um “projeto político”, que tipifica um “projeto de governo”, de certa forma, de cunho eleitoral (denominado de “legado” – com fins de transmitir a outrem), onde se difunde o logotipo criado como símbolo ou medida convencionada para fácil reconhecimento da população e a obtenção de uma “marca” que influencia a identificação do atual governo, se caracterizando também como uma estratégia de “marketing” no sentido de comercializar um produto requerido pelo mercado, descaracterizando a identidade dos profissionais, neste caso dos enfermeiros.

Este fenômeno como tipo de propaganda produz uma difusão deliberada e sistemática da mensagem governamental visando criar uma imagem positiva e estimula a população atendida a comportamentos de aceitação e visibilidade do governante, no contrário do atendimento às necessidades dos usuários.

Agora com relação à política, eu fico assim receosa quando mudar o governo, o programa é maravilhoso, eu acho que deveria continuar, mas a gente sabe que essas coisas de eleição são muito complicadas. Eu observo que essas OSs, podem estar funcionando, mas desde o momento que não seja mais interessante, mesmo que esteja atingindo meta, se entrar outro governo ou então se esse governo não for mais interessante vai acabar. Enf. Transp. 1

Se essa OS continuar, porque eu não sei, a cada governo que muda às vezes troca a OS, troca o Programa depende do Governo, então isso também é muito instável, o contrato ele acaba e tem que ser renovado, então eles contratam uma outra OS para colocar em prática o transporte, então começa tudo de novo e isso tem um impacto na qualidade. Às vezes você pode estar em uma empresa e depois não estar mais e assim acontece a rotatividade, isso é muito ruim pro trabalhador, a gente não tem uma estabilidade e a gente sabe que acontece isso no Rio de Janeiro e em outros estados do Brasil. Enf. Transp.2

Há uma consolidação de alguns princípios que foram construídos na atenção ao parto nos últimos 15 anos que foram mantidos, trocou Prefeito, trocou Secretario, mas isso foi mantido, então eu acredito piamente na estabilidade dessas conquistas que foram consolidadas aqui. Especificamente no Cegonha, eu jamais defenderia uma administração direta para os enxovais e para a ambulância. São atividades que elas estão ali muito claras. No Brasil inteiro é assim, como atividades que podem estar em um contrato de gestão. Gestor 5

É nítida a preocupação do profissional com a manutenção do Programa, principalmente de modelo de gestão de um serviço público (por entidade privada) e de permanência do emprego (como ocupação remunerada a que alguém se dedica) como propostas pelos próximos governantes. O Programa, na opinião pessoal, é visto como interessante e meta de determinado governo e não como demanda para atendimento da necessidade da população-alvo para o tipo de atendimento operacional relacionado com a atenção pré-natal, o acolhimento e o transporte para a maternidade, talvez como mercadoria (?) no sentido do que comprou ou terceirizou e que se expõe à oferta.

Se contrapondo às narrativas dos profissionais do transporte, o gestor 5 se mostra seguro quanto à manutenção do PCC por outros governos futuros, apontando que houve a consolidação de princípios que emergiram de governos anteriores, e a boa aceitação da marca política Programa Cegonha Carioca pela população, o que, no caso de suspensão do PCC, na opinião do gestor de nível central, poderia se caracterizar como um retrocesso político na Atenção à Saúde Materna e Neonatal no Município.

Outro aspecto abordado nas narrativas pelos profissionais diz respeito à relação entre o Programa Cegonha Carioca e a Rede Cegonha, a primeira estabelecida em nível municipal e a segunda à nível federal. No Rio de Janeiro, o Programa Cegonha Carioca foi lançado antes da Rede Cegonha, contudo os dois acabaram se completando criando uma complementação

principalmente na concepção de rede em destaque para a vinculação com a maternidade onde a inserção da qualificação do pré-natal, a atenção à puérpera e à criança até os dois anos de idade amplia-se.

Precisava criar a vinculação, que é uma meta da Rede Cegonha, perceba que eu estou falando de coisas que de repente vão virar a mesma coisa. Perceba que o Ministério da Saúde aprendeu com o Cegonha Carioca e o Cegonha Carioca aprendeu com o Ministério da Saúde, então se as coisas hoje são as mesmas, é porque foram desenvolvidas em conjunto. Gestor 2

Eu não fui informada dessa mudança, e na prática eu não vi nenhuma (implantação da Rede Cegonha). O Cegonha Carioca a meu ver contempla o transporte, a visita ao hospital, porque assim quando você fala Cegonha Carioca, você pensa na ambulância (transporte) e você pensa na visita à maternidade. Enf. Pré-natal 1

É um programa a nível nacional, mas que teve início aqui, eu acho com o Cegonha Carioca que é uma forma de melhorar a assistência pré-natal com a garantia de ter um acesso certo na hora de ter neném, eu acho que é isso. Enf. Pré-natal 2

Eu não vejo diferença entre Programa e Rede, eu vejo tudo como um todo. Eu vejo o Cegonha como um programa, digamos um programa de ampliação, é um programa que é tipo um apoio ao pré-natal, onde ele garante a gestante o acesso à maternidade, garante que ela conheça o local onde ela vai fazer o parto dela, porque antigamente a maternidade que aceitasse ela estava fazendo, e hoje ela se sente mais a vontade, faz a visita, elas conhecem o local que vão ter o neném, eu acho que o programa é isso, a garantia de um parto melhor, mais humanizado. Enf. Pré-natal 3

Se agente levar pelo ângulo em que a Rede inclui todos os momentos, do pré-natal ao puerpério a gente não tem Rede Cegonha, porque na hora que você vai fazer a consulta de uma gestante com exames de pré-natal em alguns lugares você consegue esses exames com muita facilidade, em outros você não consegue. Então se é rede, é rede pra tudo, a gestante deveria ter o acolhimento de uma maternidade próximo a sua residência e isso não existe, é tudo muito distante. Enf. Pré-natal 5

Em relação à atenção pré-natal com o PCC eu não vejo ainda muito o PCC no pré-natal das equipes. Só essa troca mesmo de mandar a planilha para as maternidades, para estar recebendo enxoval, pra visita enfim... Eu tenho muito contato com a direção, então a gente acaba fazendo, meio que ligando direção pra direção para resolver esses problemas pontuais, porque que uma gestante não foi inserida na planilha por uma falha da minha equipe, então a gente acaba estreitando esse elo, mas nada formalizado e sim porque eu conheço a direção de lá. Gestor 3

A candidata Dilma adorou o nome Cegonha, do PCC, e batizou uma das cinco redes prioritárias de sua proposta de governo e depois de seu programa. Batizou a questão perinatal de Rede Cegonha. Assim como tem a Rede de Atenção Psicossocial, de Urgência e Emergência, o Governo Federal organizou suas ações em 4 anos em cinco redes prioritárias, a da área de Atenção ao Parto foi batizada com o nome fantasia de Rede Cegonha, além dessa similaridade com o nome é que o PCC, e mesmo antes dele a Secretaria já tinha um compromisso muito grande com os valores da Rede Cegonha, a mudança de atenção ao parto com menos intervenção, o direito ao acompanhante, já eram coisas muito claras para SMS/RJ, a Rede Cegonha introduz o vínculo pré-natal maternidade, que o PCC já vinha trabalhando, a Rede Cegonha fala de um transporte seguro, e em algum momento pensa até em um incentivo no transporte da mulher, isso não foi pra frente, mas existe. Então assim há uma convergência entre os programas, eles tem o mesmo DNA, intenção, o mesmo objetivo. Só que o Cegonha Carioca já estava em curso, já estava na rua antes da Rede Cegonha. Com o advento da Rede Cegonha, hoje há um repasse para algumas

Maternidades Municipais definidas no âmbito do Estado, e esse repasse financeiro ajuda no custeio dessas unidades, então hoje existe por parte do Governo Federal uma ajuda no custeio de umas Maternidades. Enxoval e as ambulâncias são de recurso próprio da Prefeitura. Gestor 5

A Rede Cegonha faz parte do Cegonha Carioca, que o objetivo é estimular a formação da rede entre as UBS, as maternidades e as demais unidades da rede SUS do Rio de Janeiro. Gestor 4

A conceituação sociológica de rede⁶ traz à discussão a configuração das relações observadas em um conjunto de vínculos que unem entre si os membros do grupo. A sua densidade, a transitividade das relações, o tamanho dos subgrupos são outras tantas propriedades desse conjunto, no caso do Programa Cegonha Carioca, a partir do ponto em que este se amplia a uma rede, observa-se como “membros do grupo” os componentes da atenção, onde estes precisam estar unidos estabelecendo um conjunto de vínculos.

A narrativa de um dos gestores salienta a vinculação entre as duas propostas, porém para os profissionais assistenciais ainda há desconhecimento conceitual e programático sobre o que é e o que o compreende o Programa Cegonha Carioca e a Rede Cegonha. Com a incorporação do Programa à Rede é necessário que se complemente (amplie) o Programa à Rede, para a qualificação do pré-natal, a atenção ao parto, à puerpera e à criança até os dois anos de idade, estes três objetivos vinculados, principalmente, à Atenção Básica de Saúde (ABS), não são abordados pelos gestores aos profissionais da assistência desde sua implantação, parece ser que os profissionais verificam esses aspectos na execução das ações programadas.

O estudo de Cavalcanti et al (2013), define a Rede Cegonha como uma estratégia que visa enfrentar o problema do elevado número de óbitos de mulheres e de crianças por meio de iniciativas que mudem esse cenário (de peregrinação, de exclusão à vinculação do pré-natal à maternidade) existente no Brasil. As ações dessa estratégia, segundo esse autor, buscam a melhoria da atenção destinada a sua população-alvo e tem como objetivo de diminuição da mortalidade materna e neonatal o que é comum às duas propostas. No município do Rio de Janeiro, mesmo após a implantação da Rede Cegonha, o Programa Cegonha Carioca permanece como serviço as gestantes mantendo-se caracterizado pelo transporte e a visita à maternidade com o recebimento do kit enxoval.

⁶ Dicionário de Sociologia. Sob a direção de Raymond Boudon, Philippe Besnard, Mohamed Cherkaoui e Bernard-Pierre Lécuyer. Tradução de António J. Pinto Ribeiro. Publicações Dom Quixote, Lisboa, 1990.

Aqui se faz necessário também trazer a definição de Redes de Atenção à Saúde conforme o Ministério da Saúde adota na operacionalização da Rede Cegonha, onde destacamos a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica à saúde, o que diverge com a narrativa do gestor 3, que salienta que a comunicação entre os níveis de atenção é realizada na informalidade das relações, sem que haja uma institucionalização das relações como proposto no documento oficial.

b) Implantação do Programa Cegonha Carioca: da reestruturação da atenção pré-natal em rede (?) a necessidade de qualificação profissional

Os profissionais atuantes no PCC afirmam, de um lado, conhecê-lo sem ter tido treinamento específico dado que esse conhecimento segundo os relatos advêm de dois fatores: um deles refere-se ao entendimento do Programa na realidade da execução das ações e papel que lhe é assegurado nele e, desta forma garantir a assistência prestada, seja ela no pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde, no transporte da ambulância ou na maternidade. O outro fator se relaciona ao encaminhamento de orientações, por correio eletrônico, de como as gestantes devem participar do Programa sem ter tido prévio treinamento.

De outro lado, os relatos evidenciam certo tipo de capacitação de forma eventual sobre o uso do protocolo no pré-natal e a aprendizagem de procedimentos específicos quando realizam as ações no dia a dia.

Eu acho que em algum momento precisaria que o Cegonha estivesse mais próximo das equipes, que capacitasse eles, muitos sabem o que é o Cegonha Carioca, mas para muitos profissionais o objetivo do Cegonha Carioca é só dar o enxoval, a visita a maternidade pra que tenha segurança na hora do parto, e a ambulância vem buscar, para muitos profissionais o Cegonha Carioca se restringe a isso. Gestor 3

Eu não tive treinamento nenhum, eu conheci o programa na realidade através das outras enfermeiras, quando eu ia perguntar alguma coisa, o que eu sei na realidade é que agora está tendo a ambulância também, o que eu sei é que eles garantem o acesso da gestante à maternidade, a ambulância garante o transporte na hora da dor pra fazer o parto. Enf. Pré-natal 3

Pelo menos eu não participei de nenhuma (capacitação), eu recebi um e-mail da gerente, que vinham as orientações como que as gestantes poderiam participar da Cegonha Carioca. Enf. Pré-natal 1

Nós não fomos capacitados, nem com relação ao programa, tivemos algumas capacitações com relação ao protocolo de enfermagem no pré-natal, nem me lembro quando foi minha última capacitação. Foi logo que eu entrei. Porque a gente não aprende as coisas no manual, a gente aprende na prática, você aprende fazendo. Então assim pra fazer uma palpação uma manobra de Leopold, dar um toque de colo do útero, colher um preventivo. Enf. Pré-natal 4

Segundo o MS a Rede Cegonha (BRASIL, 2011) prevê a qualificação de todas as equipes de atenção básica dos municípios que aderirem a proposta, onde se ofertam os Kits UBS, Kit Gestante, cursos de educação à distância (EAD) e instrumentos de apoio à qualificação do processo de trabalho (instrumentos de auto avaliação, instrutivo para implantação do apoio institucional, outros). Contudo nos relatos das enfermeiras da Atenção Básica de Saúde, como referido anteriormente, evidenciam afirmações contrárias com as definições sobre a matéria na proposta, o que representa uma fragilidade da Rede com relação à necessidade de qualificação da atuação à mulher no ciclo gravídico-puerperal como conclamado oficialmente na Política de Recursos Humanos para o SUS e na Política Nacional de Educação Permanente (2002 e 2009 respectivamente) e nos próprios programas governamentais.

Na Política de Recursos Humanos para o SUS (2002), já se apontava para as Tecnologias Educacionais como um importante desafio na viabilização das propostas de capacitação e formação de Recursos Humanos para a saúde. E fica evidenciado a necessidade de formação, de requalificação, e de educação permanente das pessoas que já estão inseridas no trabalho da saúde, aliando-se ao desenvolvimento de tecnologias de ensino, tanto presenciais quanto à distância que, garantindo a observância das características e necessidades da clientela, promova, de um lado, acesso dos trabalhadores aos processos – em especial aqueles que nunca têm essa oportunidade – e de outro lado, além de não diminuir o acesso da população, possibilite que ela seja atendida por profissionais qualificados.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009) nos remete à Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, inciso III, que atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde, levando as questões da educação na saúde a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema.

Nos documentos disponíveis sobre a Programação da Cegonha Carioca não se encontram registradas propostas de capacitação e qualificação dos profissionais, ao contrário do que relatam neste estudo os gestores e enfermeiros assistenciais, de que os profissionais atuantes no módulo transporte e acolhimento são treinados frequentemente, recebem qualificação (técnica e moral) necessária a seu funcionamento e ao preenchimento de desconhecimento de noções básicas sobre a especificidade da área, para se obter o funcionamento do serviço.

Teve uma época que a gente se deparou com alguns profissionais, que estavam entrando e não era falta de experiência, mas não tinha noção do que era gestante, do que era obstetrícia, ficou meio perdido, mas eu acho que agora tudo já se encontrou.
Enf. Transporte 1

Tudo nesse projeto tem educação continuada, tudo nesse projeto tem treinamento, o que eu acho que a gente mais faz aqui dentro é treinamento, sem a qualificação constante esse negócio não funciona bem não... É uma qualificação técnica e é uma qualificação moral, porque é o seguinte, eu ensino a técnica, mas tem que acreditar, se você não tiver a fim de trabalhar com mulher grávida e bebê, trabalha na UTI, tem um monte de lugar para trabalhar. Gestor 2

E essa é uma das propostas que tem na Rede Cegonha, a equipe ela tem que ser qualificada e manter essa qualificação no desenvolvimento. Gestor 1

Essas narrativas apresentam uma polêmica caracterizada por controvérsias entre gestores e enfermeiros assistenciais quanto ao processo de capacitação e qualificação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde e das maternidades. Mesmo a qualificação do pré-natal sendo o primeiro componente da Rede Cegonha mostra notoriamente que o Programa Cegonha Carioca ainda não conseguiu ampliar sua estratégia enquanto qualificação do pré-natal, para a Atenção Básica de Saúde, pois esta atenção no pré-natal ainda continua limitada a instrumentalização do controle de consultas realizadas pela gestante, marcação da visita e vinculação à maternidade.

c) Implantação do Programa Cegonha Carioca: da necessidade de qualificação profissional à expansão para a qualificação humanizada no pré-natal

Na perspectiva de fortalecer a Atenção Básica de Saúde à mulher gestante - como uma rede de atenção integrada – há necessidade de ter capacidade cada vez mais ampliada de cuidar da gestante de forma integral, para isto o Ministério da Saúde definiu as principais ações a ser observadas para se considerar o pré-natal qualificado. São três (03) as principais ações que se complementam e representam marcadores de qualidade: a) captação precoce da gestante; b) acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade; e, c) a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto. (BRASIL, MS, 2011)

Dentre esses aspectos observa-se que a vinculação da gestante ao local, que se traduz pela segurança do transporte à garantia do acesso do leito obstétrico, o que objetiva o atendimento ao parto através do pré-natal (de gestantes inscritas no PCC). Segundo as narrativas abaixo descritas, isto marca a diferença entre o pré-natal realizado antes e depois da implantação do Programa Cegonha Carioca:

O Cegonha pra mim é importante, mas só veio a acrescentar na questão do transporte, da conversa, de conhecer a maternidade antes, de dar o kit pra quem precisa, mas na nossa assistência não mudou nada, nem melhorou nem piorou. Enf. Pré-natal 2

O pré-natal é feito com base no protocolo que é utilizado no Brasil, eu acho que o Cegonha veio só complementar, é um item a mais que a gente adicionou nas consultas de pré-natal. Enf. Pré-natal 3

Se você levar em conta as consultas, o acompanhamento mensal, não mudou. Eu vejo que o programa trouxe o que, algo que você diz assim, por exemplo, tem mulheres que não querem fazer o pré-natal, aí você diz poxa, mas tem uma ambulância, a ambulância pega você aonde você quiser. Isso, às vezes ajuda com que ela passe a ter adesão, digamos assim né, é como se criasse algo assim, pra que ela veja algo diferente, porque são pessoas muito, muito, muito, que não tem às vezes nem o que comer, e que ela não tem às vezes expectativas de nada de bom que acontece. Aí você diz assim: “não, você pode visitar, você pode ter o enxoval”, tem umas que ficam aguardando o dia da visita porque a criança não tem o que vestir, e ela vem ao pré-natal, então assim, não surti pra quem tem dinheiro, mas surti pra quem realmente precisa. Enf. Pré-natal 1

Hoje eu tenho uma responsável do Cegonha, no qual as outras enfermeiras das outras equipes passam pra ela as datas pra visitação a maternidade. Vejo que realmente, está ligada a essa questão de receber o kit, elas vão até a maternidade e esse é o único contato que nós temos nesse momento com o PCC, porque em apoio realmente ao pré-natal eu não consigo realizar. Gestor 3

Na atenção à mulher no período gravídico o pré-natal provavelmente foi o que menos sofreu influência do Programa no que tange a mudanças técnico-assistenciais de práticas e procedimentos, as modificações se apresentam de forma programática e operacional com a inserção da vinculação (pelo transporte) do pré-natal ao parto numa maternidade de referência (local assegurado para o parto) o que indica a diferença, pelo PCC.

As enfermeiras assistenciais assinalaram que realizam o pré-natal de risco habitual, na maioria das vezes por preferência das próprias gestantes, mesmo sendo uma rotina as consultas intercaladas com o médico, seguindo o roteiro proposto nos manuais do Ministério da Saúde. Este modelo já se evidenciava nos anos 80 do século XX, quando se discutia a melhoria do modelo de atenção integral definido no PAISM e referendado na PNAISM (Brasil, PAISM, 1984; PNAISM 2011). Observando-se, talvez, no Programa Cegonha Carioca, alguns avanços, também já discutidos a época e fortalecidos em 2000 com o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (Brasil, PHPN, 2000) referente ao acolhimento e humanização do atendimento.

Elas adoram fazer o pré-natal com a enfermeira, parece que a gente é mais humana, tem a humanização entranhada, conversa mais, ouve. Eu acho que poderiam colocar a questão do parto humanizado, elas se questionam muito do atendimento. Eu acho que falta mais a humanização do atendimento deles (maternidade). Enf. Pré-natal 2

Logo que elas chegam, na primeira consulta que sempre passa comigo, eu não deixo o médico fazer a primeira. Às vezes ele não tem muita técnica para isso, então normalmente a gente agente tem implantado assim, é rotina, primeiro é com o enfermeiro, depois o médico, enfermeiro, médico, e no final só com o médico. Enf. Pré-natal 1

Todas as gestantes que eu atendi não queriam ser atendidas pelo médico. O médico que sabe fazer o pré-natal é o obstetra, então as gestantes reclamam, dizem: “eu quero fazer com você”, se elas puderem fazer o pré-natal todo comigo elas fazem, eu acho que a gente dá mais atenção. Enf. Pré-natal 4

Para estudiosos da temática, as gestantes que realizam o pré-natal com enfermeiros, se declaram satisfeitas de serem atendidas por eles com nas consultas, devido à forma como se estabelecem as relações de comunicação, na qual o acolhimento e a escuta são privilegiados na Consulta de Enfermagem, que tem base legal, e neste caso no Pré-natal⁷. (SHIMIZU E LIMA, 2009)

O estudo de Santos *et al* (2010), que traz a satisfação e as expectativas da gestantes quanto à atenção pré-natal prestada pelo Enfermeiro, aponta que as gestantes demonstraram-se satisfeitas com o serviço, porém foi identificado que as informações sobre mudanças fisiológicas advindas da gestação, autocuidado e cuidados com o filho são parcialmente suficientes, demonstrando existir uma lacuna importante a ser preenchida e que é de responsabilidade do setor saúde.

Em outro estudo que tratou da satisfação das gestantes no pré-natal, os autores Barbosa *et al* (2011), destacam a relevância do papel do enfermeiro na ESF, onde este deve mostrar à população a importância do acompanhamento da gestação na promoção da saúde, prevenção e tratamento, durante e após a gravidez, bem como informá-la dos serviços disponíveis. O estudo também ressalta a necessidade de se atender às expectativas da clientela, com particular atenção aos padrões de serviços e resolutividade dos problemas, quando se refere à satisfação da cliente.

Com a implantação do PCC o preenchimento do cartão da gestante se tornou imprescindível, em que pese as dificuldades no procedimento correto, este é denominado de “Passaporte da Cegonha Carioca”, e há um espaço exclusivo para anotação da Maternidade de referência daquela área programática assegurando-se o local do parto, porém ainda há questionamentos com relação ao preenchimento do cartão e exclusão do programa das gestantes não inscritas no referido programa.

Hoje se você perguntar para uma cliente, ela pega o cartão pré-natal coloca na mesa e diz pra você qual é a unidade de referência dela. A maioria delas já sabe qual é a maternidade de referência desde o primeiro dia. Gestor 2.

⁷ Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987: regulamente e legitima a Consulta de Enfermagem e determina como sendo uma atividade privativa do Enfermeiro.
Resolução do COFEN nº 159/93: dispõe sobre a obrigatoriedade da realização da Consulta de Enfermagem.
Resolução do COFEN nº 223/99: dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência a mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Às vezes o cartão da gestante é mal preenchido, você tem que buscar todos os exames, o que leva o maior tempo no atendimento, por conta disso é complicado, tem gestante que não é tão orientada, que perde os exames que perde as coisas, e as vezes a gente demora no atendimento ou não faz o atendimento tão completo por conta dos dados de pré-natal que são poucos. Enf. Transporte 4

Eu não sei dizer muito como são as consultas, alguns cartões são muito bem preenchidos, não vejo tantos erros assim. Eu acho que isso parte muito da mulher, não valoriza esse estado de gravidez, eu não sei se é por causa do público que a gente pega, que são pessoas carentes, e muita das vezes eu pego um cartão muito incompleto e eu pergunto por que não está completo e ela fala “ah eu não fui na consulta, só fui em duas”, ou então, “ah eu descobri tarde que estava grávida”, “ah eu não consegui vaga no posto”, “os exames demoram muito”, ainda tem muitos problemas da rede que complicam a equipe do pré-natal, para fazerem um bom acompanhamento. Enf. Transporte 2

É essa comunicação, às vezes em uma própria marcação de visita à maternidade, essa comunicação se mostra um pouco falha quando a maternidade de referência não tem os dados precisos daquele pré-natal. Quando aquele cartão de pré-natal não vem preenchido de forma correta, quando faltam dados básicos, como primeira ultrassonografia, ou a gestante esquece a primeira ultrassonografia, por exemplo, e ela não sabe precisar a data da última menstruação, você não sabe nem mesmo a idade gestacional daquela gestante, e isso leva a falta de comunicação oriunda da falta de capacitação também no Pré-natal. Enf. Transporte 5

A vinculação da gestante a uma maternidade desde o início do pré-natal transmite uma segurança maior à mulher e a empodera de seu direito de acesso ao serviço de saúde para o parto, além de ser um passo importante na identificação e humanização da atenção.

Para garantir o seu direito de acesso, fazer a visita à maternidade e receber o Kit enxoval segundo o critério estabelecido no PCC, a gestante deve realizar, no mínimo, seis consultas, e de acordo com os enfermeiros do pré-natal são garantidas até um número maior de consultas de pré-natal até o fim da gravidez quando requerido pela própria gestante ou sua condição de acompanhamento do estágio pré-natal. Essa estratégia pode parecer positiva quando vista como um incentivo à realização do pré-natal, porém ela apresenta um caráter excludente quando há casos de gestantes que, por alguma razão, não cumprem o mínimo de seis consultas ou que realizam o pré-natal pela rede privada e desejam fazer o parto na rede pública.

Ela veio de fora do Rio de Janeiro, aí chegou fez a primeira consulta de pré-natal, mas já estava com 7 meses e pouco, aí agendei o retorno dela, não deu tempo! Quando foi na outra semana ela chegou, “Aí acho que eu to passando mal! Eu to com dor, eu to com dor!” Aí eu falei vai direto pro hospital, mas ela não foi pro lugar de referência, ela foi para uma outra Unidade, ela não quis chamar a ambulância, ela tinha carro para levar. Aí eu fiquei mais assim com a questão que a menina falou que ela tinha que ter seis consultas e não receberia (o kit enxoval). Porque é separado pelas consultas aí na consulta seis estava lá um asterisco. Enf. Pré-natal 1

A minha área de atuação é uma área de classe média, então assim, a maioria dos pré-natais que eu avalio são mulheres que tem plano de saúde, mas que o plano de saúde

não cobre a questão da maternidade, então elas vem, fazem um acompanhamento paralelo aqui, pra poder ter a garantia de ir lá para o encontro do serviço pela Cegonha. Receber o kit é o mínimo, porque elas não precisam daquele kit, querem ter a garantia da ambulância, e ter um local pra ter o neném. Enf. Pré-natal 2

Essas narrativas de vida descrevem situações das gestantes que não se enquadram nos critérios técnicos estabelecidos pelo PCC, mostrando que nas UBS são assistidas as gestantes que procuram o serviço, mesmo que estas estejam acompanhadas no serviço de saúde privado, ou iniciem o pré-natal tardiamente, não completando o mínimo de seis consultas (que são as programadas), contudo não lhes é permitido receber os Kits e o transporte para o local de parto. Desta forma esta situação que se relaciona com a universalização do acesso (SUS) não é respeitada no Programa Cegonha Carioca visto que a gestante não cumpriu as normas protocoladas, embora o PCC esteja inserido na perspectiva do SUS.

Para Inglez (2012) a restrição de benefícios do PCC, regulamentada pelas regras do mesmo, levam à mercantilização da saúde, demarcando claramente a divisão dos sistemas – público e privado. Além disto, anula-se o caráter universal de atendimento do sistema público, estando o SUS na cobertura de necessidades básicas destinado à população mais pobre e ofertando a cobertura da possibilidade de todos os serviços por meio do sistema privado para a população que pode pagar. Desta forma, evidenciase um desrespeito ao que está estabelecido na Constituição Federal (1988) e na LOS (8080/90) sobre o acesso universal ao SUS.

A visita à maternidade de referência zela pela continuidade do atendimento ao pré-natal, e o conhecimento físico e de funcionalidade hospitalar, e é marcada a partir das vinte e oito semanas de gestação, sendo a trigésima semana colocada como período ideal, onde a gestante está se aproximando do momento do nascimento, porém ainda há um distanciamento daquela mulher que já apresenta, na sua avaliação, os sinais do processo da parturição.

Mas qual é o objetivo que a gente tem com a visita Cegonha? É mostrar que a maternidade não é um local de dor, agonia e cheiro esquisito, embora tenha mulher gritando e cheiro esquisito. É apenas o nascimento... Com a visita Cegonha a mulher é convidada a conhecer fisicamente a maternidade, os profissionais, e os processos de trabalho da maternidade antes do parto. Gestor 2

É a própria ambiência, o cheiro, como são os profissionais, como eles estão vestidos, como que eles se movimentam nessa unidade, o que tem ali dentro, por mais que eu não conheça, mas eu vou ver um equipamento que parece de última geração, isso traz um nível de segurança muito grande pra mulher, ela sabe o que é o local onde ela vai buscar no curso dela do trabalho de parto tem uma ambiência adequada ao processo no qual ela vai passar logo mais”. Gestor 1

Tem umas até que perguntam, “ah, quando é que eu posso fazer a visita?” às vezes elas estão na segunda consulta, que aí ela cria um pouco mais de intimidade, aí que perguntam, “quando é que eu vou fazer a visita ao hospital?”. Enf. Pré-natal 1

A visita a gente organiza a data de acordo com o nosso livro de visitas, a partir de 28 semanas logicamente que a gente tem alguns problemas com as gestantes que não vão, que faltam, chegam atrasadas e precisam ser remar cadas, muitas vezes começam o pré-natal tardiamente, a gente consegue inserir, há algumas reclamações acham que a culpa é nossa não entendem que a paciente chegou aqui com 36 semanas. Algumas pacientes chegam lá e querem só ganhar o kit, elas não entendem que tem que passar pelo acolhimento, assistir uma palestra, mesmo a gente explicando no pré-natal que não é isso. Enf. Pré-natal 4

Nesses relatos verificamos que a visita à maternidade antes do parto é determinado pelo programa, permitindo que através da vinculação se possibilite o conhecimento físico do local do parto com sua logística e equipamentos bem como a relação entre a gestante e os profissionais.

Em nosso entendimento podemos inferir que fica uma lacuna de argumentação, na afirmação dos enfermeiros do pré-natal e do gestor (1) de que a mulher ganha “segurança” (?) ao visitar o local onde vai ter o neném. Esta questão poderá ser tratada em investigações a partir das narrativas das gestantes em futuros trabalhos nesta linha de pesquisa.

A preparação da gestante para a hora do nascimento é fundamental para que esse acontecimento ocorra de forma saudável, e possibilita que as mulheres trabalhem suas ansiedades, de forma que a confiança e a compreensão substituam o medo. Esse pode ser vencido pela desmistificação da hora do parto, por meio da troca de experiências e esclarecimento sobre o conhecimento do processo de gestação e parto. (MONTEIRO E TAVARES, 2004). Em nosso entendimento desde antes ou durante o pré-natal e não no processo do parto.

Embora a importância da visita à maternidade seja evidenciada, como descrita, existe também outro fator que pode incentivar as gestantes a participar dessa atividade, é o recebimento do kit enxoval. O kit do enxoval é composto por uma bolsa, com a marca do Programa Cegonha Carioca, contendo trocador, manta, toalha e roupas para o bebê, todas também personalizadas. O que é fundamental para mães pobres, que não contam com recursos financeiros para dispor deste tipo de recurso, em algumas mulheres este chega até ser o único enxoval do bebê, outras encaram como uma complementação do que já foi adquirido, e existem aquelas que não utilizam a bolsa por se sentirem envergonhadas, já que têm o símbolo do programa da prefeitura.

Para os profissionais de saúde que atuam no pré-natal a bolsa serve como um grande incentivo à sua realização, e para os gestores o kit é visto como um contrato psicológico firmado entre a mulher e a prefeitura, onde a gestante que cumpre as regras do PCC são presenteadas, além de diminuir o gasto de todo o sistema de saúde com intervenções e

internações que podem ser prevenidas e, de certo modo, influencia na identificação com o governante.

A área que eu trabalho é carente, eu vejo que elas têm interesse no pré-natal, até porque elas não tem dinheiro pra fazer, digamos, as consultas em outro local, elas tem interesse de fazer a visita que é pra ganhar o kit do Cegonha Carioca, elas tem interesse também pelo fato do transporte, da ambulância, pelo fato também que muitas vezes elas não tem dinheiro de pegar um táxi. Enf. Pré-natal3

As pessoas que tem mais condições financeiras são pessoas escolarizadas, então elas sabem a importância das coisas, e assim as pessoas de baixa renda às vezes precisam de uma contrapartida pra aderir determinada coisa, apesar de ser importante pra elas, para o neném, para a saúde delas. Enf. Pré-natal2

Embora elas queiram o kit, elas não querem usar, porque tem vergonha de andar com a bolsa. Uma ou outra fala “não, mas é muito grande, e vem escrito Prefeitura aqui, ali” e eu falei que já vi com madame, gente fina lá em Copacabana usando, depois que eu falei, algumas vezes, até vi algumas andando com a bolsa. Enf. Pré-natal 1

O papel do kit enxoval é um contrato psicológico com essa mulher, sendo premiada por fazer aquilo que a gente quer que ela faça. Se essa mulher completar o pré-natal numa boa, for pra maternidade correta e usar o sistema direito, ela diminui o custo do sistema inteiro. A bolsa que não passa de 150 reais, é muito mais barata do que essa mulher rodando na cidade, do que esse bebê nascer com pós-maturidade, e essa criança ficar três meses em uma UTI. Então é muito barato pra você combinar com ela o fim de um bom pré-natal e o início de um bom trabalho de parto, é um contrato psicológico. Gestor 2

O estudo de Barreto *et al* (2013), mostrou o entendimento das mulheres a respeito do pré-natal como um cuidado essencial a ser realizado durante a gestação. A assistência prestada pelo enfermeiro no pré-natal de risco habitual ganhou espaço com a Estratégia de Saúde da Família e hoje já é reconhecida pelas gestantes. Contudo é importante registrar que não aparecem evidências de ter aumentado o número de Enfermeiros por concurso público e parece ter um aumento deste contingente por contrato nas OSs, os efeitos desse fenômeno podem ser estudados a rigor em outras investigações específicas.

A atenção pré-natal, enquanto parte do programa de governo, se apresentou como o ponto mais frágil do Programa Cegonha Carioca, necessitando de expansão, com enfoque na qualificação dos enfermeiros generalistas e inserção de enfermeiros obstetras nas Unidades Básicas de Saúde especialmente para a atenção ao ciclo gravídico-puerperal. O que poderia ser assegurado com concursos públicos para especialistas na área, fato que se contrapõe ao contrato de pessoal profissional por OSs.

d) Implantação do PCC: da expansão para a qualificação humanizada no pré-natal à necessidade de vinculação à maternidade

Após se obter a vinculação da gestante ao pré-natal, e deste à maternidade, foi necessário buscar um meio de a gestante chegar até a maternidade no momento do parto. Em um município de grande dimensão espacial, onde maior parte dos serviços de saúde que possuem maternidade se localiza no centro e seus arredores, e a maioria das gestantes usuárias do serviço público são de baixa renda, e atendidas 3,48 vezes antes de parir, é necessário que haja um serviço de transporte, principalmente nas áreas mais distantes.

Inicialmente este serviço no programa nasceu para dar cobertura no caso de remoção domicílio-maternidade às gestantes residentes da área de planejamento (AP) 3.2 e 5.3, e da AP 4,0 e 5.1, onde foi primeiramente implantado o módulo, que tinham como referência para o parto o Hospital Maternidade Carmela Dutra referente a AP 4.0, o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla -Acari e o Hospital Maternidade Alexander Fleming da AP 5.1, contando com 10 viaturas e a tolerância de 30 minutos de espera após o contato da gestante para atendimento da ambulância.

Hoje o transporte, segundo o governo, faz a cobertura de 100% dos serviços do município, porém há registros das dificuldades enfrentadas nos serviços por não haver um aumento no número de viaturas, ou seja, se expandiu a área territorial de abrangência do transporte sem que houvesse o número de viaturas suficientes, o que ocasionou maior tempo de espera das gestantes pela ambulância. Este fato trouxe, certo descrédito a viabilidade da segurança e do tempo de espera e transporte pela ambulância, portanto, do vínculo da gestante à maternidade contrariando também a universalização do acesso e o direito ao atendimento, como preconizado pelo PCC.

Além disso, o transporte, na maioria das vezes, desconhece informações importantes sobre a situação das gestantes e de suas necessidades neste serviço.

O transporte é composto de viaturas, hoje são 10, provavelmente serão ampliadas ainda pra melhorar, hoje elas são 10 e cobrem 100% do município, só atuam dentro das fronteiras do Município do Rio de Janeiro, porque são ambulâncias da Prefeitura. Gestor 2

Não adiantava nada essa estruturação toda, essa organização de referência, a formalização de vínculo, o acolhimento, mas você não conseguia colocar essa mulher em acesso com isso tudo aqui, o máximo que a gente conseguia era um acesso mais próximo era nas Unidades Básicas, que era um acesso muito mais próximo da residência da mulher, mas a referência, isso ficava dificultada. O módulo transporte, principalmente lá na Zona Oeste, ele garante o acesso a toda essa linha de cuidado. Gestor 1

Eu não sei se é porque a rede se expandiu de tal forma, ou tem poucas ambulâncias pra muita gestante, eu observo que o tempo de espera das ambulâncias é muito maior agora, antes a gente ligava e eles davam 40 minutos, agora já teve dia do médico solicitar de tarde e a ambulância chegar aqui 9h da noite. Enf. Pré-natal 2

A questão da visita eu acho que interessa, o enxoval também, que de um jeito ou de outro acaba sendo um incentivo. Eu melhoraria é o número de ambulâncias pra fazer esse transporte das gestantes. E ampliar pra todo o Brasil, porque tem estados que ainda não tem. Enf. Pré-natal 3

No módulo transporte do PCC, a ambulância desempenha um papel muito importante no acolhimento da gestante e no acompanhamento qualificado da situação de parturição em que se encontra a mulher no PCC. A ambulância, além do motorista, é tripulada por um enfermeiro, em sua maioria generalista que, segundo o gestor, é treinado para o atendimento ao trabalho de parto e acaba até por atender os partos dentro da própria viatura, o que na visão dos depoentes não é corriqueiro, mas também não é raro de acontecer.

A ambulância é tripulada pelo enfermeiro, que não é um especialista, a priori, porque a gente não exige que seja um enfermeiro obstetra, mas a gente qualifica intensivamente, não são parteiros experientes na sua maioria, mas todos foram qualificados em atendimento ao trabalho de parto, e todos os eventos de trabalho de parto que ocorreram foram com sucesso. Eles não são eventos comuns, parto dentro da ambulância não é corriqueiro, mas também está longe de ser raro, acontece várias vezes por mês, lembrando que a gente faz mais de 1.800 transportes por mês, acontecer 3, 4 vezes é raro. Gestor 2

A intenção do módulo transporte não é realizar partos na ambulância, é você fazer classificação de risco, fazer todo o acolhimento, a escuta ativa e fazer com que aquela mulher fique tranquila, e levá-la em segurança e a tempo de ter o bebê dentro da Maternidade dela de referência, já com o risco classificado. Acontece as vezes da gente fazer parto na ambulância, eu já fiz alguns partos na ambulância. Enf. Transporte 2

O atendimento na ambulância é bem diversificado, a gente tira desde dúvidas de pré-natal, que às vezes é uma queixa bem básica, que poderia ser resolvida com o pré-natal. E só mesmo acolher a paciente, tirar a dúvida já resolve já da conta da necessidade dela, às vezes é uma gestante grave, com um neném grave, que nem é o objetivo da ambulância do Cegonha, mas a gente acaba realizando o atendimento, hipertensa, com complicações de gestação e até gestante que já está em trabalho de parto ativo e a gente acaba não dando tempo de chegar na maternidade e a gente acaba realizando o procedimento, a gente assiste o parto na ambulância ou na residência da paciente, ou como já aconteceu em um Posto de Saúde. Eu já fiz parto dentro do domicílio da paciente e em Posto de Saúde, nunca dentro da ambulância. Foi uma experiência boa, graças a Deus foi tudo bem, todos bebês a termo, não era nada grave e foi boa a experiência, pra família, pra mulher, eu acho que foi muito bom. Enf. Transporte 4

As narrativas descrevem que para acessar o transporte a gestante que cumpriu o mínimo de seis consultas de pré-natal e conta com seu “Passaporte Cegonha”, faz uma ligação para o serviço de tele atendimento, solicita a ambulância e informa seus dados de identificação e endereço, e assim a ambulância vai até o local onde a gestante se encontra, o

enfermeiro acolhe e faz a classificação de risco, e se necessário transportam a gestante para maternidade assegurando desta forma a vinculação com a maternidade.

A ambulância pode ser solicitada no domicílio, a gente orienta, passa o número pra elas, ou aqui. Às vezes o que acontece é da gestante vir parar aqui e a gente solicita. Nunca tive dificuldade, às vezes demora um pouquinho, até pelo número de ambulâncias ser inferior ao número de gestante, mas assim, nunca deixaram de vir. Enf. Pré-natal 3

Muitas de nós já chegamos na casa da paciente e nos deparamos com DPP, com situações que deu tempo pra ela chegar na maternidade e ser atendida rapidamente, coisa que se ela fosse de repente “ah vou esperar meu marido de noite pra poder ir”...Enf. Transporte 1

Quem passa o procedimento pra gente é uma Central da Prefeitura e o que eles dão pra gente é apenas o nome da mulher, o endereço e alguma referência, a gente vai pra lá sem saber nada do que está acontecendo se a gente precisa ir realmente com sirene, se é grave, se não é. A gente vai as cegas até a residência da mulher, só chegando lá é que sabemos o que está acontecendo, e é meio complicado isso, ir sem saber o que está acontecendo lá. Enf. Transporte 4

No início do módulo transporte, o tele atendimento funcionava com atendentes de “telemarketing” juntamente a um enfermeiro de plantão que coordenava o serviço, entretanto, além do custo de um profissional qualificado, ocorriam situações de o enfermeiro esclarecer dúvidas e, de certa forma, prestar atendimento pelo telefone, o que não era adequado, já que o profissional não estava em contato direto com a usuária e suas reais necessidades de atendimento. Com essa situação o tele atendimento passou a contar somente com os agentes de telemarketing que registram a chamada da gestante e encaminham o registro para a ambulância do PCC. As narrativas dos sujeitos demonstram contradições nos relatos dos gestores e dos profissionais do módulo transporte no que tange à participação do enfermeiro neste serviço na condição de interlocutor da qualidade da informação e de autonomia técnica de ofertar um serviço pelo tele atendimento.

No começo a gente estava implantando e estava começando a fazer, e a gente deixou uma enfermeira de plantão dentro do tele atendimento pra ela coordenar os trabalhos. A gente viu que na verdade era um desperdício de dinheiro, porque era uma profissional obviamente mais cara, era uma enfermeira de plantão, que não faz sentido, estou desperdiçando o trabalho de uma enfermeira do lado de um telefone e que acabava virando consulta telefônica, e isso é antiético, é melhor não ter, porque se você põe uma enfermeira pra atender ao telefone invariavelmente ela vai fazer perguntas do tipo “ah, mas o que a senhora tá sentindo?” aí já era, não é pra fazer propedêutica pelo telefone, então é melhor não ter. Gestor 2

O tele atendimento, no caso feito por enfermeiros, eu achava bastante interessante porque a gente acabava triando. A gestante chegava pra gente com dor em baixo ventre, contratação e a gente fazia a triagem dela. Então a gente ia muito mais pra trabalho de parto mesmo, fase ativa, então a gente ia quase sempre pra levar pra maternidade. E houve uma transição no módulo tele atendimento, agora quem está lá são profissionais de nível médio que não tem entendimento nenhum da área de

obstetrícia, eles simplesmente pegam a ligação e encaminham pra gente. Então a gente pode encontrar de tudo, tanto período expulsivo quanto uma unha encravada, e de certa forma eu acho isso ruim porque você acaba prendendo uma ambulância em um atendimento desnecessário que poderia estar de repente pegando um período expulsivo, que a gente vê muita gestante chegando lá em período expulsivo e aí fala “poxa liguei pra esse Cegonha e ele não me atendeu”. Enf. Transporte 5

Era excelente, porque o enfermeiro dissipava um pouco as situações e agora a gente encontra um pessoal que atende as ligações que começa do nome errado, ao endereço errado, ao bairro errado, como já me mandaram pra Cosmos e era Vila Kosmos, então eu acho que aonde tudo começa eu acho que talvez precisa ser revisto. Enf. Transporte 1

Ele (atendente) não discute, ele não avalia, ele não faz nenhuma ponderação ele só checa se a mulher está registrada no programa. Grávida, registrada no programa, pedindo ambulância, estou indo aí pegar você. O primeiro profissional que tem autonomia pra dar uma opinião técnica de saúde é o enfermeiro fisicamente quando está na frente da mulher, antes disso, ninguém tem autonomia. Gestor 2

Além da locomoção da gestante para a maternidade, de acordo com o gestor 2 o módulo transporte também realiza transportes Inter hospitalares (TIH), que compreendem 20% do serviço. Este ocorre de acordo com a logística e regulação do programa, quando há a lotação de uma maternidade, e preservando a garantia do acesso, é necessário que encaminhe a gestante a uma unidade que disponha de leitos e de um transporte com um enfermeiro, profissional este que poderá atender ao parto habitual caso ocorra.

A gente faz TIH, a gente faz transporte Inter hospitalar porque como a rede é muito complexa e como eu estou falando de 50 mil partos por ano, de vez em quando lota a maternidade de Bangu, porque é dentro da comunidade, é uma região que as mulheres vêm com mais facilidade, porque tem acesso de trem, de ônibus, é muito fácil chegar, isso acontece, por exemplo, muito na Herculano Pinheiro, que é do lado do Mercado de Madureira, muito fácil chegar. Então lota, e aí? Aí o Cegonha tem esse suporte que é de suportar encaminhamentos com segurança de mulheres de uma maternidade pra outra em ambulância especializada, com um enfermeiro que tem capacidade de atuar em um trabalho de parto, caso aquilo aconteça dentro da ambulância. Gestor 2

O TIH é uma maneira de auxiliar esse processo de deslocamento de um local para outro, e muitas vezes eles solicitam uma transferência de uma mulher que poderia ser transferida pra casa, então eu acho que deveria ser discutido isso, e aí a mulher fica esperando, sentada esperando com dor, uma vez que ela podia estar esperando em casa, no conforto da casa, com a família. Enf. Transporte 2

Acontece muita transferência TIH por falta de informação da mulher, as mulheres sabem que a maternidade dela é aquela, mas vai pra outra, porque ouviu que aquela maternidade tá matando bebê, aí vai pra outra. Enf. Transporte 3

Eu acho válido por um certo lado porque refere a mulher pra maternidade correta dela, não superlota as maternidades, mas por outro lado há uma falta de conscientização dos profissionais médicos, eles acabam transferindo coisas sem necessidade pra se isentar de responsabilidades, por exemplo, a mulher não está em trabalho de parto, se aquela mulher fosse referência daquela maternidade com

certeza ele mandaria ela de volta pra residência, explicaria, orientaria para voltar depois, mas como a referência é outra, eles chamam a ambulância pra levar pra maternidade e no caminho a gente já tem que ir conversando com a gestante, avisando que talvez ela não fique internada, porque não está em trabalho de parto, as vezes, esta em pródomos, as vezes não é nada demais e é um gasto público, um deslocamento de uma ambulância, de profissional sem necessidade. Enf. Transp.4

Em relação a TIH, acontece muito em razão da referência, ou seja, acontece muito, um exemplo, eu estou de plantão no Hospital Maternidade Fernando Magalhães se a gestante que é referência do Hospital Maternidade Carmela Dutra vem ser atendida aqui no Fernando Magalhães em trabalho de parto, eu não posso interná-la no Fernando Magalhães, eu tenho que levar pra referência dela. Então eu disparo uma ambulância do Cegonha, ou uma ambulância do Saúde Presente, que vai conduzir essa gestante até a maternidade de referência dela, ou seja ela tem que voltar para o Carmela Dutra, então ela vai ser conduzida pra aquela maternidade, é ruim que muitas vezes acaba descaracterizando a humanização, porque a mulher tem aquele desejo de parir ali, ou então está com trabalho de parto avançado, e aí estando em uma Maternidade segura transfere e pode ocorrer o parto na ambulância, no meio do caminho e aí a gente foge dessa peregrinação e pode acabar voltando a ela de outra forma, por questões burocráticas. Enf. Transporte 5

O transporte Inter hospitalar apresenta uma dualidade nas narrativas, onde profissionais veem como uma forma de auxiliar o processo de erradicação da peregrinação e manter a organização por referências de áreas programáticas, e outros observam como uma forma do serviço não se responsabilizar por aquela gestante por não ser sua referência, descaracterizando assim a humanização e a co-responsabilização nos serviços de saúde.

2. Expectativas do Programa Cegonha Carioca na Atenção Pré-natal: Narrativas de Enfermeiros e Gestores

a) Integração do Pré-natal nas UBS ao Programa Cegonha Carioca com a Capacitação dos Profissionais

A principal expectativa dos depoentes, observada a partir das narrativas de vida, correspondeu à necessidade de uma relação mais estreita entre a atenção pré-natal nas UBS e o Programa Cegonha Carioca, existindo dois eixos importantes a serem trabalhados, são eles: a) a comunicação entre os serviços das Unidades Básicas de Saúde com as Maternidades, sendo esta institucionalizada, não ficando mais no campo da informalidade e das relações interpessoais de trabalho; b) a capacitação no Programa Cegonha Carioca dos profissionais da Atenção Básica, sendo esta frente das demandas que oportuniza a avaliação dos resultados estatísticos do atendimento, e como direito à qualificação do serviço no SUS.

Em relação ao programa, primeiramente que todos os profissionais sejam informados, porque não adianta só um lugar ser informado, ser capacitado, porque aí

“você fica, sabe que a gestante tem direito, você encaminha ela, e aí chega lá ela volta triste porque não conseguiu aquilo que você disse pra ela, e aí você perde até a credibilidade porque você disse ‘Olha você tem esse direito’, vai lá, aí chega lá, ‘Ah eu não consegui!’, ‘Porque que você não conseguiu? Você tem esse direito!’, e aí você não tem como ficar dando murro em ponta de faca, porque isso é uma questão muito grande, são várias unidades, e aí não cabe a gente. E aí a proposta se tornou nacional, então que nós, profissionais de Atenção Básica de Saúde, que estamos prestando essa assistência, que sejamos capacitados, que tenhamos mais informação, porque por mais que a gente leia, que a gente tenha informação, sempre tem uma coisa nova, se é um programa novo, precisamos saber o que elas tem direito (gestantes), se isso vai realmente sair do papel, que a gente possa ser capacitado. Enf. Pré-natal 1

Então eu acho que deveria ampliar mesmo o Cegonha com alguma capacitação mais a fundo com relação à redução da mortalidade materna para as equipes da Estratégia de Saúde da Família, eu acho que vai ser bem bacana. Eu não conheço o Programa a fundo, pode ser também que na minha visão ainda se restrinja um pouco a isso também de a ambulância pegar levar e o recebimento do kit, mas não consegui realmente enxergar isso, na atuação prática, pode ser que no objetivo geral, pode ser que esteja mais amplo, mas na prática não funciona. Gestor 3

Uma coisa legal que eu tenho visto bastante é que eles tem uma preocupação muito interessante com a qualidade do atendimento, então eles investem na capacitação profissional, então tem um cronograma em que são planejados alguns assuntos e a cada pelo menos seis meses a gente tem uma temática pra que a equipe se atualize frente as demandas que aparecem durante o ano, o pessoal aparece em massa, esse momento da educação permanente é um momento de interação e é o momento em que a nossa supervisão expõe pra gente nossas estatística, o que nós temos de bom, o que nós temos de ruim e incentivam que nós tiremos o melhor do nosso amigo e da gente. Enf. Transporte 2

A expectativa é que a gente possa avançar, a minha preocupação muito central nesse momento são duas. Hoje há nesse momento no PCC a diminuição do atendimento nas unidades Federais e Universitárias. A minha outra expectativa é de aumentar mais ainda a segurança das gestantes que são usuárias no SUS, no seguinte sentido, eu acho que hoje a gente tem a gestante de classe média, que são usuárias de planos privados de saúde, reivindicando o parto normal, e algumas delas tem vindo a rede pública para ter o parto normal garantido. Eu tenho também por outro lado as gestantes usuárias do SUS com pouca apropriação dos princípios da fisiologia do parto, então eu tenho uma expectativa de cada vez mais trabalhar isso precocemente na atenção básica e também com outras estratégias de comunicação para tranquilizar a gestante. O desfecho na maternidade depende visceralmente da atenção pré-natal. Gestor 5

É possível apontar nas narrativas a clara necessidade de capacitação dos profissionais da Atenção Básica, já que estes foram incorporados à proposta como suporte operacional do PCC, o que os leva a restringir sua atuação na inscrição da gestante no Programa, e a marcação de visitas à maternidade para o recebimento do Kit enxoval e a garantia da ambulância no trabalho de parto.

Nessa perspectiva, trazemos à discussão mais uma vez a Constituição Federal (1988) que avançou, sobretudo, no campo do direito à saúde, uma vez que substituiu o caráter meritocrático pelo princípio da cidadania. Porém, ao mesmo tempo em que se tem um ganho com a Constituição Federal, há nas últimas décadas o fortalecimento do fenômeno da

globalização que leva, a partir da década de 90, ao processo de “mundialização do capital” e a quebra das fronteiras nacionais.

Acompanhando a globalização, Ferreira e Moura (2006) destaca o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal e à instauração de um novo modelo econômico centrado no mercado no qual “o Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas”. A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação.

Neste processo, o SUS e os recursos humanos nele padecem com a crescente precarização das relações de trabalho, reflexo da política de corte neoliberal que assombra os países do chamado terceiro mundo, tanto no setor público como no setor privado. Tais mudanças nas relações de trabalho, fruto do processo de reforma do estado possibilitaram a multiplicação de experiências no setor saúde, como exemplo deste fato, podemos citar a ausência de concursos públicos, o aumento do número de servidores contratados, o que é a realidade do Programa Cegonha Carioca e do serviço de Atenção Básica de Saúde no Rio de Janeiro.

Vale destacar que os módulos do PCC são gerenciados por uma OS, que não é a mesma que atua nos serviços de ABS das Áreas de Planejamento em Saúde do Rio de Janeiro. Embora a Secretaria Municipal de Saúde como gestão central seja a mesma, a predominância de contratos de gestão com múltiplas organizações privadas dificulta a integração e capacitação dos profissionais contratados, já que cada uma segue uma agenda e um planejamento de ação.

A capacitação desses profissionais, como ato ou efeito de tornar capaz, têm como missão, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente (2009), fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, e reconhecer as limitações para o desenvolvimento da capacitação em serviço é o primeiro passo.

De acordo com o obtido nas narrativas, podemos constatar como limitação e para a capacitação, descritas a partir da Política, na atenção pré-natal no PCC a visão instrumental da educação, que pensa os processos educativos apenas enquanto meio de alcançar um objetivo pontual e não como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional, como o treinamento ocorrido no PCC com apenas um funcionário da Unidade Básica de Saúde, de

forma a descrever a operacionalidade do Programa na inclusão de gestantes e marcação de visitas; a baixa discriminação de problemas a superar, cuja solução não depende de capacitação, e sim outros fatores, e aqui destacamos a forma com que os profissionais da ABS conheceram o PCC, através de correio eletrônico e não um programa de capacitação e; por último, a tendência em atuar por meio de programas e projetos, cuja lógica é de começo e fim, além de sua dependência de fontes específicas de financiamento, ao invés de fortalecer a sustentabilidade e a permanência das estratégias educativas ao longo do tempo, onde mesmo o PCC não tendo prazo para um término, sabemos que não há uma garantia de sua permanência em governos municipais posteriores.

Os recursos humanos no SUS constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e dos serviços de saúde disponíveis para a população, de forma que os investimentos nesses profissionais irão influenciar decisivamente na melhoria da qualidade do sistema de saúde brasileiro.

b) Vinculação qualificada do domicílio à maternidade

Diante das expectativas apontadas pelos profissionais destacamos as respectivas ao módulo transporte, onde as narrativas apresentam um contentamento com os resultados obtidos no transporte para a erradicação de peregrinação. Porém, como um serviço relativamente recente, ainda há questões a melhorar e os profissionais colocam suas expectativas no aumento do número de ambulâncias, na segurança e garantia de atendimento qualificado.

Assim a questão da visita eu acho interessa, o enxoval também, que de um jeito ou de outro acaba sendo um incentivo, eu melhoraria é o número de ambulâncias pra fazer esse transporte das gestantes. E ampliar pra todo o Brasil, porque tem estados que ainda não tem. Enf. Pré-natal 2

Os resultados têm sido muito bons, porque as mulheres muitas realmente não teriam como se deslocar pra maternidade de suas residências, e elas querem tirar foto, quando a ambulância chega é uma festa, esse dias eu fui ao Parque união, era 2h da manhã, parecia uma festa, um monte de criança, as famílias todo mundo na rua, 2h da manhã porque a ambulância estava lá. Enf. Transporte 3

Eu gostaria que no caso no módulo transporte houvesse mais ambulâncias para dar um suporte melhor e desafogar um pouco esse movimento que está sendo muito intenso e pra gente dar uma pouco mais de qualidade, de flexibilidade pros hospitais, porque a gente faz TIH e tem um tempo pra gente atender e pras mulheres também, que estão na residência aguardando nossa chegada, Enf. Transporte 2

E eu não penso em cobertura para a ambulância, a ambulância é uma oferta, se a gestante quer ir, no carro dela, ou então no do vizinho, então não falo em cobertura, falo em adesão e hoje a gente tem 30% da adesão das gestantes solicitando em

trabalho de parto, e a cidade está preparada para atender 100% e a curva ainda não se estabilizou todo mês ela cresce, mas hoje 30% das gestantes usuárias do SUS solicitaram a ambulância no trabalho de parto. Gestor 5

Cobertura e quantitativo de ambulâncias do módulo transporte, a gente tem um número de ambulâncias que se mostra satisfatório, a gente não tem grandes problemas com o número de ambulâncias e sim a gente tem que melhorar muito a logística dessa ambulância. Gestor 4

O transporte específico para gestante em trabalho de parto foi um serviço iniciado no Município do Rio de Janeiro, e em outras localidades a mulher ainda precisa buscar seus próprios meios para chegar até a maternidade ou contar com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (BRASIL, 2003). Houve grande expansão do SAMU a partir de 2004, em maio de 2010, segundo o site do Ministério da Saúde, existiam 151 SAMU em 1.286 municípios, com cobertura de 55% da população brasileira. (PAIM, 2011 *apud* O'DWYER e MATTOS, 2013).

A Rede Cegonha, observando que o acesso aos serviços em tempo oportuno e com qualidade são definidores de uma boa assistência, com a consequente redução dos índices de mortalidade materna e infantil, prevê o apoio financeiro ao deslocamento das gestantes para a realização das consultas pré-natal e para o local em que será realizado o parto, além do transporte Inter unidades em caso da gestante estar em condição de utilizar esse tipo de transporte, e o SAMU em casos de emergência ou situação clínica que o exija.

O transporte pelo SAMU ocorre por este já compor uma política de saúde, porém o apoio financeiro à gestante para a locomoção até o serviço de pré-natal e ao local do parto não é realidade no cenário nacional. Uma das expectativas lançadas pelos profissionais é que através da Rede Cegonha esse tipo de serviço com uma ambulância exclusiva para a gestante seja estendido para todo o Brasil.

Em alguns locais do Rio de Janeiro, principalmente em comunidades, o transporte da gestante acabou se tornando um evento que atrai não só aquela mulher, mas também familiares, vizinhos e aqueles que a cercam, o que nos leva a expectativa de boa aceitação do PCC pela população.

A grande expectativa por parte dos profissionais é de aumento do número de ambulâncias de acordo com os números de atendimentos em cada base e distância percorrida entre os domicílios e a maternidade de referência, essa medida seria um auxílio na solução de um dilema apresentado anteriormente, que é a atual cobertura de 100% do município não é traduzida na qualidade do atendimento no que tange ao tempo de espera da gestante pela ambulância e o deslocamento do profissional até bairros mais distantes.

Contrapondo aos depoimentos dos profissionais da assistência, um gestor afirma que o Rio de Janeiro está preparado para atender 100% das usuárias do SUS inseridas no PCC, já que atualmente, segundo o entrevistado, a adesão ao transporte é de 30% das gestantes em trabalho de parto. Nos números do Programa Cegonha Carioca de novembro de 2013 a janeiro de 2014, observa-se que 4.491 gestantes solicitaram o transporte de ambulância para a maternidade, o que corresponde a uma média de cinco atendimentos por dia em cada ambulância.

A partir dessa aceitação e o conhecimento do serviço pela população, a expectativa é que aumente o número de atendimentos realizados pelo módulo transporte do PCC, com esse possível aumento fica evidente a necessidade de acréscimo do número de ambulâncias e também a reposição das atuais, já que existe o natural desgaste pelas longas distâncias e diferentes trajetos percorridos pelas viaturas.

c)Atenção Humanizada no Programa Cegonha Carioca

A última, e importante, expectativa apresentada pelas nas narrativas de vida trata-se da humanização no PCC em toda a atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal, iniciando no pré-natal, tendo continuidade no parto e nascimento, e encerrando o ciclo no período puerperal, com o retorno da mulher à Atenção Básica de Saúde. Por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, priorizando o atendimento com qualidade e a participação integrada na consolidação do SUS.

Os profissionais entrevistados destacaram em suas narrativas a relação horizontal entre usuário e profissional do SUS, o acolhimento e a resolutividade como pontos centrais para a humanização. Além da necessidade de capacitação para um melhor atendimento e a adoção de práticas humanizadas, principalmente no cenário hospitalar e na atenção ao parto e nascimento.

Muitas delas aguardam calorosas, preparam um café e agente se sente também parte da família, parte daquele universo dela, essa relação que é estabelecida entre o enfermeiro entre a mulher e o filho que a gente acolhe, é que é o espírito do programa, você poder prover um cuidado de qualidade, um acolhimento ao mesmo tempo da queixa daquela mulher e ser resolutivo naquilo que a gente se propõe a ser. Respeitando seus direitos enquanto cidadão. Enf. Transporte 2

Mas assim a minha expectativa é que melhore cada dia mais, que elas não fiquem decepcionadas com nosso serviço, que a gente possa se capacitar cada dia mais pra atendê-las melhor. Enf. Transporte 3

Eu acho que poderiam colocar a questão do parto humanizado, porque assim parece que não pode na Maternidade de Referência, elas se questionam muito do

atendimento. Eu acho que falta mais a humanização do atendimento deles (maternidade). Enf. Pré-natal 3

A humanização é um ponto chave, a gente não tem nenhuma capital brasileira com essa abrangência de compromisso com a humanização, Belo Horizonte é uma capital que mais se aproxima, mas ainda menor, tem locais mais radicais na humanização, mas nenhuma cidade do Brasil tem essa abrangência que é cuidar de 42 mil nascimentos com esses conceitos da humanização. O acolhimento e a classificação de risco só legitimou mais ainda esse processo. Gestor 5

Eu penso que esse projeto é um projeto que veio pra ficar, espero que os políticos não venham a destruí-lo, a humanização no atendimento melhorou muito, esse fato de colocar enfermeiros na porta de entrada, classificando, abordando é de suma importância. Enf. Transporte 5

Qualidade do Pré-natal no Programa Cegonha Cariocaé um dos grandes desafios a gente conseguir qualificar o cuidado pré-natal, a gente vence um primeiro obstáculo que é o acesso, a gente tinha o acesso muito restrito ao cuidado pré-natal, existiam pessoas que esperavam seis, sete meses por uma consulta, e isso é inviável. Hoje nenhuma gestante que deseja fazer o pré-natal que não consiga marcar a consulta em no máximo 15 dias, então é um pré-natal quase que imediato na maioria das nossas unidades. Gestor 4

A atenção humanizada na rede pública de saúde se deu, inicialmente, através do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN, instituído pelo Ministério da Saúde, pela Portaria/GM nº569 de 01/06/2000, com o objetivo de reorganizar a assistência, associando de modo formal, o pré-natal ao parto e puerpério, aumentando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos. Com o impulso do PHPN, a humanização torna-se eixo norteador dos cuidados prestados no SUS, e toma a forma de Política Nacional de Humanização - PNH em 2004.

A PNH conceitua humanização como: *a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde* (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando: a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Assim, pressupõe mudanças simultâneas no modelo de atenção e no modelo de gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde. (BRASIL, 2011)

Segundo Baraúna (2007) humanizar significa adotar uma prática na qual o enfermeiro, o profissional que cuida da saúde do próximo, encontre a possibilidade de assumir uma posição ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, do imprevisível, do incontrolável, do diferente e singular, reconhecendo os seus limites. A possuir uma pré-disposição para a abertura e o respeito ao próximo como um ser independente e digno.

A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais: a convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido e o outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000).

A humanização na atenção hospitalar, apontada nas narrativas, com destaque para as maternidades, nada mais é que o resgate de práticas e valores um dia comuns na assistência à gestante, que foram sendo progressivamente esquecidos conforme a evolução do conhecimento científico e das tecnologias, e as mudanças no sistema de saúde, desviando o foco da atenção (CARVALHO, 2007).

O que se observa é a necessidade de retomar determinadas medidas que permitam à mulher vivenciar a experiência do parto como algo natural, como parte do ciclo vital feminino, com o mínimo de interferência, mas mantendo o ambiente seguro o suficiente para um nascimento saudável. Isso não envolve tecnologias avançadas, mas um trabalho durante todo o pré-natal, que permita à gestante chegar ao parto fazendo escolhas conscientes e bem informadas, o que se traduz em um pré-natal de qualidade, colocado como um desafio por um dos gestores (CARVALHO, 2007).

Uma atenção humanizada e qualificada durante o pré-natal e puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, é muito importante que os profissionais de saúde compreendam a pessoa como um todo, não só corpo e mente, mas sim como o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; que esses profissionais estabeleçam novas formas para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidas na construção de saúde (BRASIL, 2006).

Na construção da qualidade do pré-natal segundo Brasil (2000b), está implícita a valorização de ações concretas, que atendam a esses objetivos voltados para uma forma mais humanizada de prestar assistência. O Ministério da saúde propõe que a atenção à gestante seja de caráter integral e abrangente, sobre sua família e o seu contexto social.

É importante reafirmar que a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência sexual e reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, o parto e o puerpério constituem uma experiência

humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam.

Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar os medos, os desconfortos e a dor, ficar ao lado, prover suporte, esclarecer, orientar, enfim, ajudar e assistir a parir e a nascer. Precisam lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência de sua responsabilidade em um processo que sempre envolve múltiplos nascimentos: o nascimento de um bebê, uma mãe, um pai, uma nova família. (BRASIL, 2011)

Capítulo V

5. Considerações Finais

O estudo possibilitou a interlocução entre a prática assistencial e a pesquisa científica abrangendo também órgãos e entidades para uma discussão programática e conceitual de um Programa, sendo esta pautada na voz dos atuantes no mesmo, enfermeiros e gestores. São claros os avanços conquistados pelo Programa Cegonha Carioca, entretanto, uma política pública voltada à mulher não pode ser emoldurada pela personificação de “uma cegonha”. Se faz necessário resgatar a força e o protagonismo da mulher, sendo esta sustentada pela formação de uma rede unificada entre os níveis de atenção e serviços de saúde.

A caracterização do PCC, a partir dos documentos oficiais, apresenta a descrição do modelo de atenção à mulher no pré-natal, parto e nascimento, com a distinção de aspectos programático-instrumentais e conceituais. De forma programática ele está estruturado em três módulos: o módulo de vinculação pré-natal-maternidade, o módulo transporte, e o módulo acolhimento. O Programa ainda carece de bases estruturais, pois está ligado em uma base protocolar, o que não leva a sustentação conceitual do programa no dia-a-dia.

Conceitualmente o Programa Cegonha Carioca é apresentado pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro em 28 de março de 2011, como um modelo inovador de melhoria de gestão e de atenção à mulher no pré-natal, parto e nascimento na perspectiva do SUS e do Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento e para as autoridades de nível central da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro e dessa Secretaria o PCC marca a diferença na solução da problemática da peregrinação e a vinculação da gestante a uma maternidade, utilizando-se de todos os serviços que compreendem a atenção à mulher no período gravídico para assegurar a atenção humanizada ao parto.

No entanto nesse programa fica claro a falta de marco estruturante na proposta, o desenho de rede não está apresentado pela própria, não há uma continuidade na atenção que sugira uma linha de continuidade de atenção e comunicação entre as Unidades Básicas de Saúde e as Maternidades, sendo esta uma fragilidade do PCC que se encontra em evidência, e quando não se tem todas as mulheres dentro do próprio Programa há a exclusão de mulheres contrariando os princípios do SUS e da Constituição Federal (CF, 1988).

O retrato descritivo dos depoentes traz à luz as origens de cada um dentro do PCC e sustenta as narrativas, estabelecendo relação entre o ponto de vista destacado nas falas e a trajetória construída por cada um dos participantes. Fica evidente a fragilidade e a robustez nos discursos a partir de suas vivências.

As narrativas de vida nos permitiram identificar como dilemas conceituais, na fase de implantação quanto a sua programação, a criação do Programa Cegonha Carioca (PCC) um serviço público do governo, tendo como um modelo de gestão do serviço privado por meio de

contratualização dos enfermeiros para sua inserção no PCC. A conotação do Programa Cegonha Carioca (PCC) de forma mormente assistencial e técnica, voltada à área de atuação de cada profissional por módulo que integra o PCC. Estes na sua maioria, não observam questões políticas nem filosóficas e não identificam os fundamentos nas leis e nos documentos do programa.

Ainda no campo dos dilemas conceituais, constata-se a não identificação do Programa Cegonha Carioca e da Rede Cegonha como propostas distintas e complementares, o reconhecimento e identificação do PCC pelo “logotipo” dado pela Prefeitura como estratégia conceitual adquirindo uma marca política que represente um legado para a população. Mas para a população e alguns profissionais participantes desta pesquisa, isto não coaduna com a identidade das mulheres quando gestantes como modelo inovador do seu processo gestatório e de parturição.

Os dilemas programáticos se observam principalmente na fase de implantação do PCC quanto a sua operacionalização, com a defesa da contratação de funcionários do PCC como garantia do programa, através de vínculos instituídos por Organizações Sociais de caráter privado, onde esses, a fim de resguardar seu mercado de trabalho, aceitam concorrer ao processo de trabalho de um modelo de gestão que não preza pela participação e controle social, indo, portanto, na contramão do SUS não respeitando a Constituição Federal e da Lei Orgânica em Saúde (8.142/90).

A limitação da atenção pré-natal enquanto parte do PCC, à estratégia instrumental de apoio aos módulos de transporte e acolhimento à maternidade também se caracterizou como um dilema programático, além da exclusão no PCC de mulheres-gestantes que não cumprem os critérios de inserção no cronograma das consultas negando os benefícios que caracterizam o PCC na atenção ao parto e ao nascimento.

O kit enxoval entregue as gestantes, atende as mulheres que estão enquadradas e não a todas as gestantes, o que marca, como mencionado acima, a exclusão de mulheres. A vinculação não pode ser somente ofertada pelo transporte da mulher à maternidade, pois o transporte garante que ela não vai parir no ônibus ou no carro do vizinho, mas ela pode parir em um transporte oficial público. Portanto é necessário fortalecer a vinculação do pré-natal a maternidade, com a oferta de um serviço integral, que forneça a gestante a continuidade do serviço e a apropriação de seu processo parturitivo. O disparo de uma ambulância para dar assistência a queixas que poderiam ser sanadas no pré-natal é um fato que demonstra a falta de subsídios para uma atenção pré-natal qualificada.

Os pontos citados acima evidenciam que a crise existente de peregrinação de gestantes no Município do Rio de Janeiro, embora tenha avançado para a erradicação, ainda não está completamente resolvida, como proposto nos objetivos do programa. A incorporação e a articulação de um modelo com a contratualização do serviço nos leva a dimensão do público e privado, onde socialmente o direito público ganha destaque a conotação de um direito maior, ou de todos, em detrimento do privado.

Com a articulação e gestão do programa contratualizada na lógica do modelo privado, sendo este direcionado ao direito público, ocorre a fragilização de princípios inerentes ao Sistema de Saúde em que vivemos e direitos públicos constitucionais. A participação social fica frágil, assim como a universalidade e a integralidade da atenção.

A contratualização do serviço surge como a solução para dar resolutividade a impasses burocráticos do serviço público, porém esta não garante a sustentação da rede, e com isso não garante também a capacitação de todos os profissionais envolvidos e a comunicação entre os serviços. Os profissionais olham como um processo marqueteiro, onde as diretrizes não garantem o trabalho coletivo e sim a segregação entre o público e o privado, onde é necessário um suporte conceitual.

Há um hiato e uma dualidade entre gestores e profissionais de saúde, onde se tem um discurso, mas o mesmo não é sustentado na base da assistência, o que demonstra mais um dilema do Programa. A ruptura no processo, causada principalmente pelas múltiplas gestões de OS, sem uma unificação na atenção, produz desigualdade e insatisfação dos profissionais e usuários.

Fica claro a falta de planejamento estratégico sobre a qualificação no programa, bem como o processo assistencial no pré-natal, e em especial na disposição e organização dos serviços de saúde, onde se tem as maternidades alocadas em uma área e as UBS em outra, sem que ocorra a comunicação entre os serviços, porque a própria estrutura organizacional não a facilita. Neste sentido as narrativas são claras na falta da capacitação e descreve a mesma como instrumental e protocolar, necessitando de reestruturação, com interfaces entre condutas e articulação entre rede.

Quanto à atuação do enfermeiro no Programa, não houve ainda uma proposta clara de concurso público, mesmo com uma demanda que está posta e não tem ainda um quantitativo de enfermeiros suficiente para atender toda a rede.

O enfermeiro desenvolve papel importante na assistência ao pré-natal, devendo o profissional que presta esse cuidado estabelecer medidas que devem ser tomadas para que o mesmo atenda as necessidades da gestante de maneira mais humanizada, ou seja, dedicar-se a

escutá-la, oferecer-lhe apoio, manter uma relação de confiança e ajudá-la a conduzir a experiência da maternidade com mais autonomia e ao mesmo tempo oferecendo conforto e segurança tanto a ela como ao bebê. Quando o profissional não está preparado ou mesmo estimulado para realização dessas práticas a assistência fica comprometida em qualidade levando a não satisfação das gestantes com o cuidado recebido.

O Programa Cegonha Carioca pode ser considerado vanguarda, principalmente na enfermagem obstétrica, com uma atenção toda operacionalizada por enfermeiros. Ainda assim, fica evidente a necessidade de avançar no campo da gestão, onde mesmo sendo um programa com a totalidade de enfermeiros ainda passa por uma gestão majoritariamente médica e medicalizada com insuficiência de recursos materiais, institucionais e principalmente humanos.

As expectativas dos profissionais, são positivas no sentido de que há clareza das necessidades e aprimoramento do PCC, a partir das narrativas apontaram para a necessidade de integração entre os profissionais e capacitação dos enfermeiros da atenção pré-natal no Programa Cegonha Carioca, que aqui surge como uma proposta de um planejamento e execução da mesma.

A vinculação qualificada entre a atenção pré-natal e as maternidades surge na expectativa de um aumento no número de ambulâncias, a ampliação das viatuaras mostra um estudo em movimento, a necessidade de maior articulação com a qualificação e a melhoria da infra-estrutura no transporte, além disso, dá luz à peregrinação, porém não resolve a mesma.

As narrativas demonstram que a humanização está presente nos discursos, mas de forma política sem que este ecoe na prática. O modelo de humanização não está posto, ele é mencionado pelos profissionais, porém ainda se tem uma prática tecnocrática protocolar.

O atendimento humanizado reflete na obtenção de uma gestação saudável com devido esclarecimento da gestante, acompanhamento do desenvolvimento fetal, além de contribuir para a satisfação da mulher para com o atendimento que ela recebeu dos profissionais de saúde. Tudo isso reflete na eficiência do serviço e na resolutividade da assistência pré-natal, resultando em redução da mortalidade e melhor participação materna no processo gestacional.

As expectativas são fortes para a mudança de um modelo assistencial, sendo este pautado na humanização e capacitação profissional, porém não podemos deixar de registrar que essa mudança também inclui um olhar da mulher e do recém-nascido, da família, e dos profissionais de saúde envolvidos no processo. A discussão da humanização e sua incorporação - não pode ser apenas incluída - em rodas de conversa ou visitas pontuais, é necessário que se avence para um campo de esclarecimento conceitual e programático.

O referencial metodológico utilizado foi um facilitador e a *chave* para se alcançar uma diversidade de participantes e assim dar a vez e a voz a estes. A história relatada por diferentes pontos de atuação no PCC ratificou questões inerentes, e que até então não eram afirmadas em estudos científicos, e evidenciou novos dilemas e expectativas que precisam ser aprofundados.

Sendo assim, a pesquisa abre a possibilidade da ampliação de uma discussão necessária para a continuidade e desenvolvimento do Programa Cegonha Carioca e consequentemente a obtenção de resultados positivos no mesmo. Além de fortalecer a inquietação para posteriores estudos dos demais módulos do PCC, assim como a visão e o compromisso de todos os envolvidos no processo do mesmo.

Referências Bibliográficas

ALENCAR, R.C.V.A. **Vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)**.2006. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, 2006.

ANVERSA, E.T.R.; BASTOS G.A.N.; NUNES, L.N.; PIZZOL, T.S.D.P. **Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(4):789-800, abr, 2012.

BARAÚNA, T. **Humanizar a ação para humanizar o ato de cuidar**. Disponível em: <<http://www.iacat.com/revista/recreate/recreate02/tania01.htm>>. Acesso em: 17 set. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARRETO, A.C.M. **A Sexualidade da adolescente e sua vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para o cuidado de enfermagem**. 2008, 132f. Dissertação (Mestrado).Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

BENIGNA, M.J.C.; NASCIMENTO, W.G.; MARTINS, J.L. **Pré-natal no programa Saúde da Família (PSF): Com a palavra, os enfermeiros**.Cogitare enfermagem, v. 9, n. 2, Jul-dez, 2004. 23-31.

BERTAUX, D. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. São Paulo: Paulus, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher [Internet]. **Ações da Rede Cegonha reduzem mortalidade materna em 21%**. 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5372/785/acoes-da-rede-cegonha-reduzem-mortalidade-materna-em-21.html>. Acesso em: 01 de junho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466, de 12 de Dezembro de 2012.**Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União n° 12 , 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>. Acessado em: 15 de maio de 2012.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SISNAC). **Indicadores de Cobertura de Consultas Pré-natal**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2010/f06.def> Acessado em: 15 de maio de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher [Internet]. **Diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha**. 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082 Acesso em: 22 de maio de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2011 Jun. 27; Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica/Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica- Série Pactos pela Saúde**. Volume 4 – 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**/Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 569, de 1º de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Diário Oficial da União, Brasília, 18 ago. 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**. Manual técnico. Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p. Brasília (DF); 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

_____. **Constituição Brasileira** (1988). 46. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

_____. Decreto-lei nº 94.406/87 de 08 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei 7498/86 sobre o Exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Diário Oficial – República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1987 jun; fls 8853-5.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de aplicação programática**. Brasília, DF, 1985.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80.

BORGES, M.G.; TORALES, M.A.; GUERRA, T.; **Os estudos biográficos como contributo metodológico para o campo educativo-ambiental: reflexões a partir de uma experiência investigativa com famílias assentadas no Rio Grande do Sul, Brasil**. Pesquisa em Educação Ambiental, vol. 6, n. 2 – pp. 45-60, 2011.

CARVALHO, B. R. **Humanização do atendimento à gestante**. 2007. Disponível em: <<http://www.via6.com/topico.php?tid=103321Autor>>. Acesso em: 10 abril 2014.

CAVALCANTI, P. C.S. et al .**Um modelo lógico da Rede Cegonha**. Physis,Rio de Janeiro , v. 23, n. 4, 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312013000400014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>.

CAVALCANTI,P. C. da S.**O modelo lógico da Rede Cegonha**. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas AggeuMagalhães, Fundação Oswaldo Cruz.Recife, 2012.

CORREIA, M.V. **Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade /** Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. –1. ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius,. p. 43-49. 2011

DIAS, M.A.B.; **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Cad. Saúde Pública,Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, May2011 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500022&lng=en&nrm=iso>. acesso 15 Dec. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500022>.

DIAS, I.M.V.; SANTOS, R.S.; **Método História de Vida e sua Aplicabilidade no Campo da Enfermagem**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Vol. 9 num.2, agosto de 2005.

FARAH, M. F. J. **Gênero e Políticas Públicas na Esfera Local de governo**. Trabalho baseado na Pesquisa “Incorporação da questão de gênero pelas políticas públicas na esfera local de governo”, financiada pelo Núcleo de Pesquisas e Publicações da EAESP-FGV, da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo. 2001.

FERREIRA, M.A.L.; MOURA, A.A.G.; **Evolução da Política de Recursos Humanos a Partir da Análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS)**. Curso de Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS – CPqAM – FIOCRUZ, 2006

FLEURY, S. M. T. & OUVENEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010. 200p.

GIL, A.C.; LICHT, R.H.G. e SANTOS, B.R.M.S. **Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde?** Universidade Municipal de São Caetano do Sul – v.1, n.1 jan/jun 2006 – São Caetano do Sul: Universidade IMES, 2006. V.1, n.2, jul/dez, 2006, 23cm. Caderno de Saúde — Vol.1 – No 2 –2006.

GOLDBAUM, M.; **Epidemiologia e serviços de saúde**. Cad. Saúde Públ. (RJ), 95-98,1996.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GONCALVES, R.; Urasaki, M.B.M; Merighi, M.A.B; D'Avila, C.G. **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo**. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 61, n. 3, June 2008 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300012&lng=en&nrm=iso>. accesson 03 Apr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000300012>.

INGLEZ, B. N. **Programa Cegonha Carioca: As Implicações da contra-reforma neoliberal na saúde**. Trabalho de conclusão de curso. Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

INOJOSA, R. M. **Revisitando as redes**. Divulgação em Saúde para o Debate, 41: 36-46, 2008.

KOCHE, J. C. **Fundamentos de Metodologia Científica: teoria da ciência e prática da pesquisa**. 26ª ed.Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009. 184p.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.315p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6

MELO E. C. P., KNUPP V. M.A.O.,OLIVEIRA R.B., TONINI T.A **peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos**. Revista da Escola de Enfermagem da USP; 2007; 41(Esp):804-9.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NEUMANN N.A.; TANAKA O.Y.; VICTORA C.G.; CESAR J.A. **Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil**. Revista Brasileira de Epidemiologia 2003 dez; 6(4): 307-18.

NEVES, J.L. **Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades.** Cadernos de Pesquisas em Administração, São Paulo, v.1, nº3.1996.

NOVAES, H.M.D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.** Rev. Saúde Públ.34:547-59, 2000.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Série Técnica Inovação na Gestão. Reforma na Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família.

OUVERNEY, A. M. **Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde.** Divulgação em Saúde para Debate, 42: 12-22, 2008.

PEREIRA, L.A.; MELO, E.C.P.; AMORIN, W.M.; TONINI, T.; FIGUEIREDO, N.M.A.F. **Programa de Atenção à Saúde.** In: FIGUEIREDO, N.M.A, Organizadora. *Ensinando a cuidar em Saúde Pública.* 1ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2005. 255-337.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, F.; ARAÚJO, L.A. LEMOS, A.; CARDOSO, T.C. **Atenção à Saúde da Mulher: história, aspectos legais e cuidado.** Rio de Janeiro: Editora Águia Dourada, 2011.

PORTO, F. **Algumas Considerações sobre os aspectos legais e éticos da consulta de enfermagem na saúde da mulher.** In: Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental. Rio de Janeiro. 10(1). 2006. 21-24p.

REZENDE, C.A.P. **Modelo de Gestão do SUS e as ameaças do projeto Neoliberal.** Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de gestão e Agenda para a Saúde. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Rede Sirius/Adufrj/SSind , p. 25-35. 2008.

RIBEIRO e SANTOS. **O método "história de vida" e seu uso em pesquisa de enfermagem com gestante HIV positivo.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol.4, num. 1, abril, 2000.

RICHARDSON, R.J.; PERES, J.A.S.; WANDERLEY, J.C.V.; CORREA, L.M.; PERES, M.H.M. **Métodos quantitativos e qualitativos.** In: RICHARDSON, R.J.; PERES, J.A.S.;

WANDERLEY, J.C.V.; CORREA, L.M.; PERES, M.H.M. *Pesquisa social: métodos e técnicas*, São Paulo: Atlas, 2009.

SANTOS e SANTOS. **A Etapa de Análise no Método História de Vida – uma Experiência de Pesquisadores de Enfermagem**. *Rev. Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 714-9.

SCHIENBINGER, L. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru, Edusc, 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. **Programa Cegonha Carioca: Edital, Anexos I, II, III, IV, A, B, C e D**. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?articleid=188976> Acesso em: 19 mar. 2013.

SEPÚLVEDA, M. A. C. **Breve Histórico dos Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil**. 2001. Disponível: <<http://www.hospvirt.org.br>> Acesso em 20 de maio de 2012.

SERRUYA, S.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. **O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**. *Cadernos de Saúde Pública* 2004.

SERRUYA, S. J. **A Experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Tese de Doutorado. 2003. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, SP, 2003.

TYRRELL, MAR. **Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil: impacto político-social e inserção da Enfermagem**. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

VALENÇA, C.N; GERMANO, R.M. **Prevenindo a Depressão Puerperal na Estratégia Saúde da Família: Ações do Enfermeiro no Pré-Natal**. *Revista Rene. Fortaleza*. v. 11, n. 2. abr/jun, 2010: 129-139.

VIANNA SM, NUNES A, SANTOS JR, BARATA RB. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

Apêndices



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa *Programa Cegonha Carioca: Dilemas Conceituais/Programáticos e Expectativas na Atenção Pré-natal*, que tem como objetivos: Caracterizar, à luz das políticas, as diretrizes conceituais, programáticas e expectativas do Programa Cegonha Carioca, na Atenção Pré-natal na fase de implantação; Analisar, nas narrativas dos enfermeiros e gestores, os dilemas conceituais e programáticos do Programa Cegonha Carioca na Atenção Pré-natal, bem como suas expectativas na fase de implantação.

A pesquisa terá duração equivalente aos 02 anos do curso de mestrado, com o término previsto para julho de 2014. Sua participação consistirá em responder um questionário sobre sua caracterização sócio demográfica, individual enquanto profissional de saúde, além de responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevistas. A entrevista será gravada para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Vale ressaltar que sua participação, assim como as respostas serão tratadas de forma *anônima e confidencial*, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído por codificação. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados/publicados em eventos e/ou revistas científicas.

Além disso, é importante salientar que sua colaboração será voluntária e, a qualquer momento poderá se recusar a responder, ou desistir de participar desta pesquisa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras para participar desta pesquisa. Os possíveis danos e riscos decorrentes de sua participação serão evitados e se justificam tendo em vista os benefícios e a eticidade da pesquisa. Esta proposta de estudo não envolve danos de qualquer natureza tanto físicos ou psicológicos, sendo assim a sua participação poderá acarretar reflexões e críticas do Programa Cegonha Carioca. Os benefícios relacionados à sua participação serão a ampliação, divulgação e publicação do conhecimento científico produzido para a área da saúde, e mais especificamente na área de políticas em saúde da mulher na condição de gestante e parturiente.

O Participante receberá duas vias deste termo, todas assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo próprio participante. Sendo que uma via fica com o participante e a outra com o pesquisador. Neste termo constam o contato telefônico e o e-mail do pesquisador responsável, e pesquisador Orientador, para que, caso seja necessário, o participante tire suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desde já agradecemos a sua relevante participação.

Maria Antonieta Rubio Tyrrell
Pesquisador Orientador
Tel. 2598-1601
E-mail: tyrrell2004@hotmail.com

Ana Carolina Mendes Soares
Pesquisador Responsável
Tel: (21) 3253-6839/ 99329-0231
E-mail: anacarolinamendes.s@hotmail.com

Eu, _____, declaro estar ciente do completo teor deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER



Instrumento de caracterização dos sujeitos da pesquisa

Iniciais do nome: _____ Idade: ____anos.

Situação Conjugal:

() solteiro(a) () Casado(a) () Separado(a) () União consensual () Divorciado(a) () Viúvo(a)

Faixa salarial (rendimentos líquido):

De 2 a 5 SM De 5 a 10 SM Acima de 10SM

Categoria Profissional _____ Tempo de atuação na categoria _____

Vínculo empregatício (OSs, OSCIPs, Funcionário público, outros)

Tempo de Instituição: _____

Carga Horária de trabalho semanal na instituição: _____

Trabalha em outra instituição:

Sim Não

Carga horária de trabalho semanal total (somando outros empregos): _____

Função laboral no Programa Cegonha Carioca

() Gestor/ _____ () Assistencial/Atenção Básica () Assistencial/Maternidade

Tempo de atuação no Programa cegonha carioca _____

Possui Especialização:

Sim Não Se sim, qual(is)? _____

Detêm alguma capacitação: (se necessário utilizar o verso desta página)

Sim Não Se sim, qual(is)? _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER



Roteiro de Entrevista para Gestor

“Fale-me a respeito de sua história como gestor na implantação do Programa Cegonha Carioca (PCC)”

Para esta narração, considere as seguintes questões:

- Ingresso no Programa Cegonha Carioca;
- Definição do Programa Cegonha Carioca;
- O PCC e a Rede Cegonha;
- O PCC nas Unidades Básicas de Saúde;
- Capacitação dos Profissionais no PCC;
- Garantia de recursos financeiros, humanos, institucionais, infra estrutura e logística;
- Qualidade da Atenção Pré-natal no Programa Cegonha Carioca;
- Ampliação do acesso e cobertura;
- Humanização no atendimento;
- Comunicação e organização entre serviços da rede (UBS, Maternidade);
- Gestão e contratação do PCC por OSs;
- Cobertura e quantitativo de ambulâncias no módulo transporte;
- Acompanhamento da implementação das atividades programadas;
- Respeito aos direitos da gestante;
- Resolutividade do PCC;
- Expectativas no PCC e na Atenção Pré-natal;



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER



Roteiro de Entrevista para Enfermeiro Assistencial

“Fale-me a respeito de sua história como enfermeiro na implantação do Programa Cegonha Carioca (PCC)”

Para esta narração, considere as seguintes questões:

- Ingresso no Programa Cegonha Carioca;
- Definição do Programa Cegonha Carioca;
- O PCC e a Rede Cegonha;
- O PCC nas Unidades Básicas de Saúde;
- Qualidade da Atenção Pré-natal no Programa Cegonha Carioca;
- Ampliação do acesso e cobertura;
- Humanização no atendimento;
- Gestão e contratação do PCC por OSs;
- Cobertura e quantitativo de ambulâncias no módulo transporte;
- Acompanhamento da implementação das atividades programadas;
- Respeito aos direitos da gestante;
- Resolutividade do PCC;
- Cumprimentos dos critérios do PCC;
- Resolutividade pelo atendimento móvel residência-maternidade através de ambulâncias;
- Cobertura e acesso pela ambulância;
- Efetividade do tele atendimento da gestante;
- Respeito dos direitos da gestante (acompanhante, tempo de espera, outros);
- Adesão ao pré-natal;
- Garantia do mínimo de 06 consultas de pré-natal;
- Visita a maternidade, e oferta do enxoval Cegonha Carioca;
- Resultados obtidos na qualidade de atenção;
- Comunicação e transversalidade entre atenção básica e maternidade;
- Treinamento e capacitação dos profissionais de saúde e dos enfermeiros;
- Expectativas no PCC e na Atenção Pré-natal.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL
 NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM
 SAÚDE DA MULHER



Cronograma da Pesquisa

Atividades Período	Abr- Jun 2012	Jul- Set 2012	Out- Dez 2012	Jan- Mar 2013	Abr- Jun 2013	Jul- Set 2013	Out- Dez 2013	Jan- Mar 2014	Abr- Jun 2014
Definição do tema									
Elaboração do anteprojeto									
Entrega do projeto de pesquisa para a seleção									
Levantamento Bibliográfico									
Ampliação da Revisão de Literatura									
Revisão e ampliação da proposta da pesquisa									
Defesa do projeto de pesquisa									
Preparo e organização dos documentos para o CEP									
Encaminhamento do projeto de pesquisa ao CEP da EEAN/HESFA e da SMSDC/RJ									
Agendamento da Coleta de dados									
Coleta de Dados									
Análise e tratamento dos dados colhidos									
Elaboração do relatório de resultados parciais									
Qualificação									
Análise e tratamento dos dados finais									
Construção do relatório final da pesquisa									
Conclusão e apresentação da Dissertação de Mestrado									
Publicação de Artigo Científico com os resultados finais da Dissertação									

Anexos

Anexo I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 446A/2011

Rio de Janeiro, 21 de dezembro de 2011.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

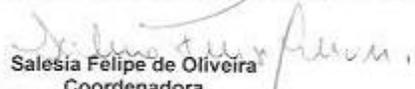
<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Fabio Tuche Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Andréa Ferreira Haddad Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p>Secretárias Executivas: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 248/11 CAAE nº: 0098.0.226.314-11</p> <p>TÍTULO: Capacitação profissional em Saúde da Mulher: integração de estudo ao trabalho.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria Antonieta Rubio Tyrrell.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Gerência de Saúde da Mulher.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 19/12/2011.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
---	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


Salesia Felipe de Oliveira
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1463
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577

Anexo II – Manual do Programa Cegonha Carioca (Anexo 1)

ANEXO I

PROGRAMA CEGONHA CARIOCA



PROGRAMA CEGONHA CARIOCA

OBJETO

Oferecimento de serviço de atendimento móvel 24 horas para gestantes em trabalho de parto de sua residência para unidade de referência, a partir de serviço de teleatendimento disponibilizado para a população alvo, ou entre unidades hospitalares nos casos em que uma maternidade não possa atender em função do perfil da paciente ou por estar sem vagas. Esse serviço será efetuado sob a coordenação da Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

RELEVÂNCIA

A organização e qualificação da atenção ao pré-natal, parto e nascimento e ao recém-nascido é estratégia central na redução dos índices de mortalidade e infantil.

No Município do Rio de Janeiro - MRJ, a Mortalidade Materna tem apresentado oscilações nos últimos anos que não configuram tendência de queda bem estabelecida. Em 2007, a Taxa de Mortalidade Materna no MRJ foi de 62,3 óbitos por 100.000 Nascidos Vivos. No que se refere especificamente à Mortalidade Neonatal, componente responsável por cerca de 70% do Coeficiente de Mortalidade Infantil, embora haja reconhecida tendência de redução, há também necessidade de avanços que acelerem a queda nesse indicador que em 2007 foi de 8,2 óbitos por 1000 Nascidos Vivos.

Nesse cenário, a redução da Mortalidade Materna e da Mortalidade Infantil em nossa cidade foram definidas pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil como metas prioritárias no Planejamento Plurianual.

A garantia da continuidade entre o pré-natal e a assistência necessária no momento do parto e nascimento é estratégia bem reconhecida pelo impacto positivo na morbimortalidade materna e neonatal.

Nos países com melhores indicadores materno-infantis, a configuração de um Sistema Perinatal regionalizado e hierarquizado, incluindo os diferentes elos que compõem a assistência obstétrica e neonatal, foi decisiva na redução da morbi-mortalidade nesses grupos.

Em nosso meio, a "peregrinação de gestantes" tem sido relatada pela população e constatada nos registros das unidades de saúde e em pesquisas realizadas em diferentes estados e municípios brasileiros.

No Município do Rio de Janeiro essa realidade também tem sido observada. A indefinição da unidade de referência para o parto, a recusa de atendimento para parturientes em algumas unidades e o "encaminhamento" para outras unidades por meios próprios são elementos inadmissíveis no compromisso com a garantia do direito à saúde e contribuem para o aumento do risco obstétrico e neonatal.

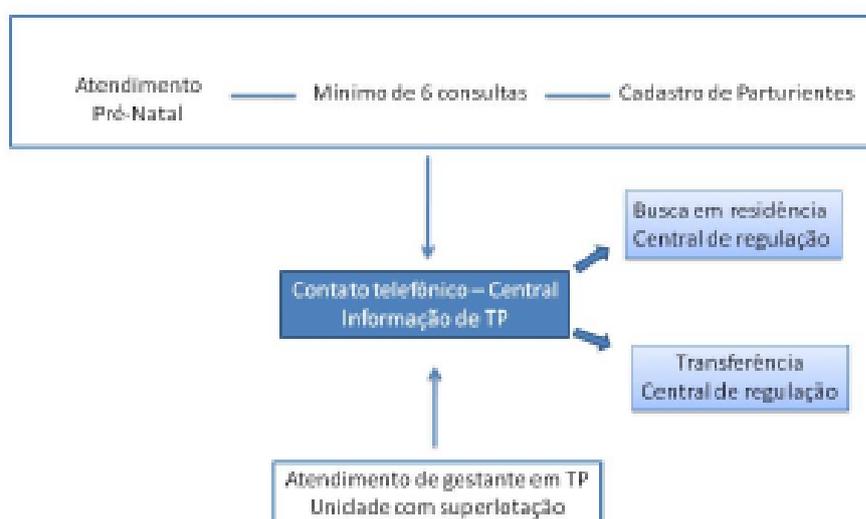
O Programa Cegonha Carioca está pautado na organização e definição das maternidades de referência para as municipais do Rio de Janeiro desde o pré-natal incluindo a remoção das gestantes no momento do trabalho de parto, do domicílio para a maternidade definida desde o pré-natal, através de dois componentes principais: serviço de teleatendimento e serviço de ambulância. A partir da definição da maternidade de referência e da orientação para reconhecimento dos sinais indicativos do trabalho de parto, a gestante será orientada a telefonar para a Central de Teleatendimento do Cegonha Carioca que funcionará sob a Coordenação da Central de Regulação da SMSDC. Caberá à Central de Regulação definir o envio da ambulância para as gestantes classificadas como de baixo risco obstétrico para remoção do domicílio para a maternidade de referência.

A primeira etapa dos componentes teleatendimento e remoção domicílio- maternidade do Programa Cegonha Carioca incluirá todas gestantes residentes na AP 3.2 e AP 5.3 e as gestantes da AP 4.0 e AP 5.1 que têm como referência para o parto o Hospital Maternidade Carmela Dutra (AP 4.0) e o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e Hospital Maternidade Alexander Fleming (AP 5.1).

OBJETIVOS

- Erradicar a peregrinação das gestantes em busca de atendimento para o parto
- Reduzir o índice de Mortalidade Materna.
- Manter a tendência de queda na Mortalidade Neonatal.
- Reduzir as complicações evitáveis e melhorar os indicadores de qualidade do cuidado materno e neonatal.
- Humanizar a atenção ao parto e nascimento

ESTRATÉGIA



Após acompanhamento pré natal, as gestantes em trabalho de parto residentes nas APs 3.2 e 5.3 e as residentes nas APs 4.0 e 5.1 que têm como referência para parto o Hospital Maternidade Carmela Dutra (residentes na AP-4.0) e o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla - Acari (residentes na AP-5.1) poderão entrar em contato com a central telefônica para solicitar transporte de ambulância para a maternidade de referência (definida desde o pré-natal conforme grade de referência apresentada abaixo).

Se uma das maternidades municipais incluídas no Programa estiver com super lotação, o hospital poderá entrar em contato com a central telefônica e solicitar transporte de gestantes em trabalho de parto para outra unidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A ESTIMATIVA DE REMOÇÕES DE GESTANTES EM TRABALHO DE PARTO E RESPECTIVAS MATERNIDADES DE REFERÊNCIA

As gestantes em trabalho de parto que serão atendidas pelo "CEGONHA CARIOCA" serão aquelas residentes nas APs 3.2, 5.3, 4.0 e 5.1. Nas duas primeiras APs a cobertura para remoção domicílio – maternidade através de ambulâncias deverá ser de 100%. Nas APs 4.0 e 5.1 as gestantes a serem removidas serão aquelas que têm como referência para parto o Hosp. Maternidade Carmela Dutra (residentes na AP-4.0) e o Hosp. Municipal Ronaldo Gazolla - Acari (residentes na AP-5.1).

Estima-se um total de 14.000 gestantes/ano (1.167 gestantes/mês) distribuídas pelos bairros abaixo assinalados.

UNIDADES BÁSICAS INCLUÍDAS NO COMPONENTE ATENDIMENTO MÓVEL (REMOÇÃO DE GESTANTES DO DOMICÍLIO PARA A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA) 2010

AP	Unidade básica responsável pelo pré-natal	R.A	Bairro de abrangência da unidade básica	Maternidade de referência
3.2	CMS Ariadne L. de Menezes	XII	Engenho da Rainha	HMCD
		XII	Tomás Coelho	HMCD
	CMS Ariadne L. de Menezes/Pol.R. Rocco	XII	Inhaúma	HMCD
		Pol.Rodolpho Rocco	XII	Del Castilho
	XII		Maria da Graça	HMCD
	XII		Higienópolis	HMCD
	CMS Milton Fontes Magarão	XIII	Engenho de Dentro	HMCD
		XIII	Água Santa	HMCD
		XIII	Encantado	HMCD
		XIII	Engenho Novo	HMCD
		XIII	Méier	HMCD
		XIII	Piedade	HMCD
	PS Carlos Gentile de Melo	XIII	Lins de Vasconcelos	HMCD
		XIII	Riachuelo	HMCD
		XIII	Rocha	HMCD
		XIII	Sampaio	HMCD
		XIII	São Fco. Xavier	HMCD
	PSF Prof. Antenor Nascente	XIII	Lins de Vasconcelos	HMCD
	PS Eduardo Araujo V. Leite	XIII	Pilares	HMCD
		XIII	Abolição	HMCD
XIII		Todos os Santos	HMCD	
XIII		Cachambi	HMCD	
PS Renato Rocco	XIII	Jacaré	HMCD	
	XXVIII	Jacarezinho	HMCD	
Total gestantes estimadas/ano: 4250				
Total gestantes estimadas/mês:354				
	CMS Jorge S. Bandeira de Melo	XVI	Tanque	HMCD

PSF Santa Maria			HMCD
-----------------	--	--	------

Total gestantes estimadas/ano: 1200

Total gestantes estimadas/mês: 100

**UNIDADES BÁSICAS INCLUÍDAS NO COMPONENTE ATENDIMENTO MÓVEL
(REMOÇÃO DE GESTANTES DO DOMICÍLIO PARA A MATERNIDADE DE
REFERÊNCIA) 2010**

AP	Unidade básica responsável pelo pré-natal	R.A	Bairro de abrangência da unidade básica	Maternidade de referência
5.1	CMS Waldyr Franco	XVII	Bangu	HEAS
	Pol. Manoel Guilherme da S. Filho	XVII	Bangu	HMRG - Acari
	PS Athayde José da Fonseca	XVII	Bangu (Jardim Bangu)	HMRG - Acari
	PS Eitel P. de Oliveira Lima	XVII	Bangu (Vila Aliança)	HMRG - Acari
	PSF Vila Moreti	XVII	Bangu (Vila Aliança)	HMRG - Acari
	PACS Vila Aliança	XVII	Bangu (Vila Aliança)	HMRG - Acari
	PSF Minuano	XVII	Bangu	HMRG - Acari
	PS Henrique Monat	XVII	Vila Kennedy	HMRG - Acari
	PS Sir Alexander Fleming	XVII	Senador Camará	HMRG - Acari
	PSF Dr. Silvio Barboza		Senador Camará	HEAS
	PS Masao Goto	XXXIII	Jardim Sulacap	HEAS
	PS Buá Boanerges B. da Fonseca	XXXIII	Magalhães Bastos	HEAS
	PACS Batan	XXXIII	Realengo	HEAS
	Casa de Parto	XXXIII	Realengo	Casa de Parto

Total gestantes estimadas/ano: 3.600

Total gestantes estimadas/mês: 300

AP	Unidade básica responsável pelo pré-natal	R.A	Bairro de abrangência da unidade básica	Maternidade de referência
5.3	Pol. Lincoln de Freitas	XIX	Sta. Cruz	HE Pedro II
	PS Cesário de Melo	XIX	Sta. Cruz (Conj. Cesarão)	HE Pedro II
	PS Dr. Aloysio Amâncio da Silva	XIX	Sta. Cruz (Jesuítas)	HMRG-Acari
	PSF Dr. Cattapreta	XIX	Sta. Cruz (Conj. São Fernando)	HE Pedro II
	PS Dr. Décio do Amaral Filho	XIX	Sta. Cruz (Conj. Urucânia)	HMRG-Acari
	PS Prof. Ermani de Paiva F. Braga	XIX	Sta. Cruz (Conj. João XXIII)	HE Pedro II
	PSF Ruy da Costa Leite	XIX	Sta. Cruz (Conj. Rollas)	HEAS
	PACS Nova Sepetiba	XIX	Sta. Cruz	HE Pedro II
	PSF Antares	XIX	Sta. Cruz (Conj. Antares)	HE Pedro II
	PSF Barro Vermelho	XIX	Sta. Cruz (Urucânia)	HMAF
	PS Dr. João Batista Chagas	XIX	Paciência (Pça. Sete de Abril)	HMAF
	PS Dra. Maria Aparecida de Almeida	XIX	Paciência (Conj. Cesarinho)	HMRG-Acari
	PS Enfª Florípedes G. Pereira	XIX	Paciência (Conj. Palmares)	HMRG-Acari
	PSF Gouveias	XIX	Paciência (Conj. Gouveias)	HMAF
	PSF Manguariba	XIX	Paciência (Conj. Manguariba)	HMRG-Acari
	PS Prof. Waldemar Berardinelli	XIX	Sepetiba	HEAS
	PSF Alaçado	XIX	Sepetiba	HE Pedro II
PSF Balneário Globo	XIX	Sepetiba	HE Pedro II	

Total gestantes estimadas/ano: 4950

Total gestantes estimadas/mês: 413

**LISTA DE ENDEREÇOS E HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO DAS
MATERNIDADES SUS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães

Endereço: Rua General José Cristino, 87

Telefone(s): 2580-8343 / 2580-1132

Área de Planejamento: 1.0

Período de Funcionamento: Atendimento 24 horas

Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth

Endereço: Praça XV de Novembro, 04 - Fundos

Telefone(s): 2507-6001 / 2221-6876 / 2224-3875

Área de Planejamento: 1.0

Período de Funcionamento: Atendimento 24 horas

Hospital Municipal Miguel Couto

Endereço: Rua Mário Ribeiro, 117

Telefone(s): 3111-3610, 3111-3600 e 3111-3712

Área de Planejamento: 2.1

Período de Funcionamento: Atendimento 24 horas

Hospital Municipal Paulino Werneck

Endereço: Estrada da Cacuia, 745

Telefone(s): 3111 7700 / 3111 7701 / 3111 7702 / 3111 7703

Área de Planejamento: 3.1

Período de Funcionamento: Atendimento nos turnos da manhã e tarde

Hospital Maternidade Carmela Dutra

Endereço: Rua Aquidabã, 1037

Telefone(s): 2597-3552 / 22695446

Área de Planejamento: 3.2

Período de Funcionamento: Atendimento 24 horas

Hospital Maternidade Alexander Fleming

Endereço: Rua Jorge Schmidt, 331

Telefone(s): 2450-2580/2450-2716

Área de Planejamento: 3.3

Período de Funcionamento: Atendimento 24 horas

Hospital Maternidade Herculano Pinheiro

Endereço: Rua Ministro Edgard Romero, 276

Telefone(s): 3350-9211 / 3390-0180/2489 8339/2489 8211/2489 8467

Área de Planejamento: 3.3

Período de Funcionamento: Atendimento 24 horas

Maternidade Mariana Crioula do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla

Endereço: Av. Pastor Martin Luterking Júnior, 10.976

Telefone(s): 3373-8047 / 3373-8203

Área de Planejamento: 3.3

Período de Funcionamento: Atendimento 24 horas

Maternidade Leila Diniz

Endereço: Av. Ayrton Senna, 2000

Telefone(s): 3111-4600(telefonista) ou 3111-4651/4652(Recepção)

Área de Planejamento: 4.0

Período de Funcionamento: Atendimento 24 horas

Casa de Parto David Capistrano Filho
 Endereço: Avenida Pontalina , s/nº
 Telefone(s): 3335-2535
 Área de Planejamento: 5.1
 Período de Funcionamento: Atendimento 24 Horas

Maternidade Escola da UFRJ
 Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
 Telefone(s): 2285-7935 / 2205-9064 / 2205-3320
 Área de Planejamento: 2.1
 Período de Funcionamento: Atendimento 24 Horas

Núcleo Perinatal do HUPE
 Endereço: Av. Professor Manoel de Abreu, 500
 Telefone(s): 2587-6551/ 22587-6552
 Área de Planejamento: 2.2
 Período de Funcionamento: Atendimento 24 Horas

Hospital Universitário Gaffree e Guinle
 Endereço: Rua Mariz e Barros, 775
 Telefone(s): 2569-5925 / 2569-9760
 Área de Planejamento: 2.2
 Período de Funcionamento: Atendimento 24 Horas

Hospital Estadual Rocha Faria
 Endereço: Av. Cesário de Mello, 2315
 Telefone(s): 2333-6792 / 2333-6780 / 2333-6743 / 2333-6742
 Área de Planejamento: 5.2
 Período de Funcionamento: Atendimento 24 Horas

Hospital Estadual Pedro II
 Endereço: Rua do Prado, 325
 Telefone(s): 3395-1202 / 3395-0451 / 3395-0123
 Área de Planejamento: 5.3
 Período de Funcionamento: Atendimento 24 Horas

Hospital Estadual Albert Schweitzer
 Endereço: Rua Nilópolis, 329
 Telefone(s): 2299-7847 / 2299-7859 / 2299-7861
 Área de Planejamento: 5.1
 Período de Funcionamento: Atendimento 24 Horas

Hospital do Andaraí
 Endereço: Rua Leopoldo, 280
 Telefone(s): 2575-7183 / 2575-7206 / 2238-0990
 Área de Planejamento: 2.2
 Período de Funcionamento: Atendimento 24 Horas

Hospital dos Servidores do Estado
 Endereço: Rua Sacadura Cabral, 178
 Telefone(s): 2291-3131 / 2516-1004 / 2516-1033
 Área de Planejamento: 1.0
 Período de Funcionamento: Atendimento 24 Horas

Hospital Geral de Bonsucesso
 Endereço: Av. Londres, 616
 Telefone(s): 3977-9703 / 3977-9500
 Área de Planejamento: 3.1