

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

Angela Maria e Silva

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PÓS-PARTO NA PERSPECTIVA DE
MULHERES ATENDIDAS NA REDE CEGONHA

Rio de Janeiro

2016

ANGELA MARIA E SILVA

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PÓS-PARTO NA PERSPECTIVA DE
MULHERES ATENDIDAS NA REDE CEGONHA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de pesquisa: O cotidiano de Saúde da Mulher – experiências e vivências. Núcleo de Pesquisa Saúde em Enfermagem Saúde da Mulher (NUPESM)

Orientadora: Dr^a. Ivis Emília de Oliveira Souza

Co-Orientadora: Dr^a. Ana Inês Sousa

Rio de Janeiro

2016

S586a Silva, Angela Maria e
ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PÓS-PARTO NA
PERSPECTIVA DE MULHERES ATENDIDAS NA REDE CEGONHA
/ Angela Maria e Silva. -- Rio de Janeiro, 2016.
159 f.

Orientadora: Ivis Emília de Oliveira Souza.
Coorientadora: Ana Inês Sousa.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Avaliação de Serviço de Saúde. 2. Saúde da
Mulher. 3. Assistência Pré-Natal, ao Parto e
Nascimento e Pós-Parto. I. Oliveira Souza, Ivis
Emília de , orient. II. Sousa, Ana Inês , coorient.
III. Título.

ANGELA MARIA E SILVA

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PÓS-PARTO NA PERSPECTIVA DE
MULHERES ATENDIDAS NA REDE CEGONHA

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Doutor.

Aprovada em 16 de dezembro de 2016

Presidente - Prof^a Dr^a Ana Beatriz Azevedo Queiroz
Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro

1^a Examinadora - Prof^a Dr^a Helen Campos Ferreira Scultori da Silva
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – Universidade Federal Fluminense

2^a Examinadora - Prof^a Dr^a Maysa Luduvise Gomes
Faculdade de Enfermagem – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

3^a Examinadora - Prof^a Dr^a Maria Helena do Nascimento Souza
Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro

4^a examinadora - Prof^a Dr^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 2016

...O ato de cuidado sem olhar, sem tocar, sem escutar, e sem interagir, certamente, perde-se a oportunidade de perceber o quanto a “MENINA-MULHER-MÃE”- que ali se encontram com problemas de saúde potencial ou de risco nas esferas fisiológica, emocional, social, comportamental e espiritual necessitam de ATENÇÃO, de um CUIDADO ou simplesmente de uma palavra ACOLHEDORA, e certamente, se algum dia no decorrer da vida, passear pela sua memória em busca de recordações dos cuidados oferecidos ao longo da profissão, terá poucas recordações. Talvez, se lembre apenas de que mais uma MENINA-MULHER-MÃE passou pelos seus cuidados em um dia cansativo de trabalho...

Angela Maria e Silva

Dedico este trabalho aos meus filhos João Pedro e Marianna. Nenhuma palavra diz o que sinto, nenhuma palavra revela o quão é o meu grande amor e dedicação a vocês ... Sou eu em cada um dos dois, no nosso mundo de três.

MÃE, você é a luz e exemplo de dignidade e de força que se refletem na minha vida.

Te Amo!!!

AGRADECIMENTOS

À Deus, que fortalece meu espírito e ilumina meu caminho nas horas que mais necessito. Obrigada PAI, pela força interior que me destes para superar as dificuldades e acalantar a minha alma.

À minha orientadora professora Dr^a Ivis Emília, pela amizade, paciência e confiança durante todo o processo

À minha co-orientadora professora Dr^a Ana Inês, pela colaboração em todos os momentos que julgamos necessário.

Aos meus filhos, por compreenderem a minha ausência em muitos momentos.

A todos os meus queridos familiares, em especial a minha irmã Vânia e minha sobrinha Poliana, meu agradecimento.

Às estimadas professoras e colegas do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil / EEAN, em especial à Chefia, o meu muito obrigada.

Às estimadas professoras da Banca Examinadora de Defesa de Tese, que muito me honraram com a presença, competências e compreensão. À todas, o meu sincero agradecimento.

Às Coordenadoras do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu/EEAN/UFRJ, o meu sincero agradecimento.

Ao Corpo Docente do Curso de Pós-graduação e Pesquisa da EEAN, pelo aprendizado e demonstração de carinho.

Aos queridos alunos da graduação, que participaram na coleta de dados do estudo, o meu sincero agradecimento.

Um agradecimento especial a colega Leila Berlet, pelo carinho e compreensão; e à colega Dr^a Suely Azevedo, pelas palavras de incentivo e amizade.

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio, pela colaboração e apoio em todos os momentos que foram necessários para a construção do estudo.

RESUMO

SILVA, Angela Maria e. **Atenção ao pré-natal, parto e pós-parto na perspectiva de mulheres atendidas na Rede Cegonha**. 2016. 159 f. Tese (doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A Estratégia Rede Cegonha busca assegurar o acesso e a melhoria da qualidade da assistência oferecida à mulher e ao recém-nascido no ciclo gravídico puerperal. A implantação desse modelo implica na verificação de mudanças e ajustes da organização das ações e dos serviços de saúde que incluam, também, as usuárias. **Objetivo:** avaliar, na perspectiva da mulher, a atenção pré-natal, ao parto e nascimento, e no pós-parto, com foco nas dimensões estrutura e processo no contexto organizacional das ações e dos serviços de saúde da Estratégia Rede Cegonha. **Método:** estudo quantitativo de avaliação normativa sustentado nos atributos essenciais do referencial de Starfield (2002) e no modelo de avaliação em saúde de Donabedian (1998). Construiu-se, para coleta de dados um instrumento orientado por documentos oficiais do Ministério da Saúde e, em conformidade ao Plano de Ação para implantação da Rede Cegonha, três matrizes norteadoras para julgamento e análise. Os dados foram obtidos por entrevista estruturada mediante amostragem intencional de 134 puérperas atendidas em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência da AP 1.0 do município do Rio de Janeiro que atenderam os critérios de inclusão: ter realizado o pré-natal, parto e pós-parto no Município e estar com até 120 dias de pós-parto. Considerando a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde o projeto de pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ (proponente) e da SMS/RJ (coparticipante) sendo aprovado pelo Parecer nº 1.060.825 de 11/05/2015. **Resultados:** os dados revelaram que nos serviços oferecidos no contexto da Atenção Primária, pré-natal e pós-parto, houve melhoria do acesso à unidade de saúde, na acessibilidade aos exames teste rápido e os de rotina e no número de consulta de pré-natal. Observou na operacionalização da assistência, uma inadequação na captação precoce das gestantes e na acessibilidade aos serviços prestados pela unidade de saúde. Na funcionalidade do processo assistencial, os achados evidenciaram baixo percentual de inadequação na assistência prestada à mulher no pós-parto e na relação horizontal, contínua e integrada dos serviços. No contexto da Atenção Secundária, avaliada pela assistência no processo parturitivo, a variável estrutura apontou insuficiente número de vagas; ausência de espaço físico e materiais para desenvolver as boas práticas do parto no centro obstétrico com elevado percentual de cesarianas e de práticas claramente ineficazes. Na variável processo, destacaram-se a desvinculação e descontinuidade do cuidado entre a maternidade de referência e a UBS. **Conclusão:** A Rede Cegonha provocou mudanças na organização das ações e dos serviços prestados na atenção ao pré-natal, parto e pós-parto com resultados positivos para a melhoria da atenção à saúde da mulher e da criança. Entretanto na perspectiva das usuárias a transformação da proposta em direção à melhoria da qualidade ainda é um desafio que exige comprometimento e responsabilização dos gestores e de todos os profissionais envolvidos na assistência para que, de fato, ocorram mudanças no modelo de atenção.

Palavras-Chaves: Avaliação de Serviço de Saúde; Saúde da Mulher; Assistência Pré-Natal, Parto e Pós-Parto

ABSTRACT

SILVA, A. M. e. Attention to prenatal, childbirth and postpartum from the perspective of women attended at the Stork Network. 2016. 215 f. Thesis (doctorate in nursing) - Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro.

The Stork Network Strategy seeks to ensure access to and improvement of the quality of care offered to the woman and to the newborn in the puerperal pregnancy cycle. The implantation of this model implies in the verification of changes and adjustments of the organization of the actions and of the health services that also include the users. Objective: to evaluate prenatal care, childbirth, and postpartum care from a woman's perspective, focusing on the structure and process dimensions in the organizational context of the actions and health services of the Stork Network Strategy. Method: quantitative study of normative evaluation based on the essential attributes of the Starfield reference (2002) and Donabedian health evaluation model (1998). For the collection of data, an instrument was guided by official documents of the Ministry of Health and, in accordance with the Plan of Action for the implementation of the Stork Network, three guiding matrices for judgment and analysis. The data were obtained through a structured interview by means of intentional sampling of 134 puerperas attended in three Basic Health Units (BHU) of reference of AP 1.0 of the city of Rio de Janeiro that met the inclusion criteria: to have performed prenatal, postpartum in the Municipality and be up to 120 days postpartum. Considering Resolution No. 466/12 of the National Health Council, the research project was submitted to the Research Ethics Committees of EEAN / HESFA / UFRJ (proponent) and the SMS / RJ (co-participant), approved by Opinion No. 1,060,825 of 05/11/2015. Results: the data revealed that in the services offered in the context of Primary Care, prenatal and postpartum, there was an improvement in access to the health unit, in the accessibility to rapid and routine test exams and in the number of pre- Christmas. She observed in the operationalization of the assistance, an inadequacy in the early intake of the pregnant women and in the accessibility to the services provided by the health unit. In the functionality of the care process, the findings showed a low percentage of inadequacy in the care provided to women in the postpartum period and in the horizontal, continuous and integrated relationship of services. In the context of Secondary Care, evaluated by the assistance in the parturitive process, the variable structure indicated insufficient number of vacancies; lack of physical space and materials to develop good delivery practices in the obstetric center with a high percentage of cesareans and clearly ineffective practices. In the variable process, the detachment and discontinuity of the care between the reference motherhood and the UBS were highlighted. Conclusion: The Stork Network has caused changes in the organization of actions and services provided in prenatal, childbirth and postpartum care with positive results for improving health care for women and children. However, from the perspective of users, the transformation of the proposal towards quality improvement is still a challenge that requires commitment and accountability of managers and all professionals involved in care so that, in fact, changes occur in the care model.

Key-Words: Health Service Evaluation; Women's Health; Prenatal Assistance, childbirth and postpartum

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO

1	Modelo de Atenção à Saúde da Mulher na Organização do Sistema de Saúde – SUS	15
---	--	----

FIGURAS

1	Modelo para avaliar os atributos da qualidade dos cuidados	32
2	Atenção Primária Saúde como centro de comunicação das RAS	51
3	Linha de cuidado da gestante e recém-nascido	53
4	Desenho da estrutura organizacional – Rede Cegonha na Rede de Atenção à Saúde	69
5	Matriz Pré-Natal	72
6	Matriz Parto e Nascimento	73
7	Matriz Pós-Parto	74
8	Áreas de Planejamento (AP) da Cidade do Rio de Janeiro	76
9	Área Planejamento 1.0 do Município do Rio de Janeiro	77
10	Distribuição geográfica das Unidades de Saúde da AP 1.0	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características socioeconômicas e demográficas das puérperas atendidas na UBS da AP 1.0 do Município Rio de Janeiro, em 2015 (n=134)	84
Tabela 2	História reprodutiva das puérperas atendidas na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n=134)	89
Tabela 3	Atributo essencial da APS, acesso, identificado no serviço de atenção pré-natal da UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)	94
Tabela 4	Atributo essencial da APS, acessibilidade, identificado na prestação de serviço da UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)	97
Tabela 5	Atributo essencial da APS, acessibilidade, identificado na prestação de serviço na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)	100
Tabela 6	Atributo essencial da APS, integralidade, identificados no serviço de atenção pré-natal na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)	103
Tabela 7	Atributo essencial da APS, integralidade, identificados nos serviços de atenção pré-natal na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)	1 05
Tabela 8	Atributo essencial da APS, integralidade, identificados nos serviços de atenção pré-natal na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)	110
Tabela 9	Atributo essencial da APS, integralidade, identificados nos serviços de atenção pré-natal na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)	112
Tabela10	Avaliação de critérios do processo de qualidade da assistência do pré-natal na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)	115
Tabela11	Avaliação de critérios do processo de qualidade da assistência do pré-natal na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)	119
Tabela 12	Avaliação de critérios que compõem o serviço de referência da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)	125
Tabela 13	Avaliação de critérios que compõem o atendimento na maternidade de referência da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)	130
Tabela 14	Avaliação de critérios operacionais, ambiente e recursos, do atendimento na maternidade de referência da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015(n= 134)	132
Tabela 15	Avaliação de critérios de qualidade da assistência ao parto na maternidade de referência a AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)	135
Tabela 16	Atributo essencial da APS, integralidade, identificados nos serviços de atenção ao pós-parto na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)	142
Tabela 17	Avaliação de critérios de qualidade da tenção pós-parto na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)	146

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 APRESENTANDO A TEMÁTICA	13
1.1.1 PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO	16
1.2 OBJETIVOS	22
1.2.1 GERAL	22
1.2.2 ESPECÍFICOS	22
2 MARCO TEÓRICO – CONCEITUAL	23
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – BASES E DIRETRIZES	23
2.2 AVALIAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE – MODELO DONABEDIANO	30
2.3 QUALIDADE EM SAÚDE COMO QUESTÃO DE AVALIAÇÃO	33
3 MARCO CONTEXTUAL	43
3.1 A SAÚDE DA MULHER E SUAS DEMARCAÇÕES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS	43
3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM REDE DE ATENÇÃO	48
3.2.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	50
3.2.2 ESTRATÉGIA REDE CEGONHA COMO REDE TEMÁTICA	54
3.2.2.1 A REDE CEGONHA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DE SAÚDE	57
3.2.2.2 A OPERACIONALIZAÇÃO DAS FASES DA REDE CEGONHA	62
3.3 PROGRAMA CEGONHA CARIOCA	64
4 PLANO TEÓRICO DO ESTUDO	67
4.1 DESENHO TEÓRICO DOS COMPONENTES DA ESTRATÉGIA REDE CEGONHA	68
4.2 MATRIZES PARA JULGAMENTO E ANÁLISE DOS COMPONENTES: ATENÇÃO PRÉ-NATAL; PARTO E NASCIMENTO E PÓS-PARTO	70
5 MÉTODO	75
5.1 TIPO DE ESTUDO	75
5.2 LOCAL DA PESQUISA	76
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	78
5.4 COLETA DE DADOS	79
5.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	80
5.6 ANÁLISE DOS DADOS	82
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	83
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	84
7 CONCLUSÃO	151
REFERÊNCIAS	154
APÊNDICES E ANEXOS	

1- INTRODUÇÃO

1.1- APRESENTANDO A TEMÁTICA

O estudo tem como questão central, a avaliação da organização do conjunto de ações e serviços prestado na atenção pré-natal, parto e pós-parto na Rede Cegonha, no âmbito da Rede de Saúde do município do Rio de Janeiro, na perspectiva da mulher. Sustenta-se na premissa de que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como ideal garantir a saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem [...] “às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, CF (1988), p 117).

A realização de um estudo sobre a assistência prestada no ciclo gravídico-puerperal, requer a compreensão dos modelos de atenção à saúde no âmbito do SUS, tendo em vista abranger as ações que objetivam a melhoria dos serviços prestados, em particular à saúde da mulher.

O modelo de atenção à saúde da mulher, começou a ser delineado a partir de 1975 com o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil, quando demarca a saúde da mulher no decurso da gestação, parto e puerpério e a criança menor de 5 anos (BRASIL, 1975 p.60). Nesse enfoque, as ações de saúde não eram diferentes das medidas adotadas na política de saúde do início do século XX que, predominantemente, voltava-se para um modelo de assistência direcionado para um único ciclo da vida: o gravídico-puerperal. Assim, propunha-se a intervir sobre a vida das mães, de maneira a assegurar a sobrevivência dos filhos, visando uma nação forte e sadia (COSTA, 1986; TYRRELL, 1994; OSIS, 1994, 1998; BARBOSA, 2012; BHERING, 2014).

A primeira referência sobre o modelo de atenção à mulher, com ações integradas e específicas, propondo atendê-la em todas as fases da vida foi fruto do movimento da Reforma Sanitária, dos movimentos feministas e sociais, articulando-se às discussões mais amplas assumidas nos princípios e diretrizes da Declaração de Alma Ata, na década de 80 (BRASIL, 1985; BARBOSA, 2012; BHERING, 2014).

Nessa perspectiva o Ministério da Saúde (MS), sustentado em dados epidemiológicos da saúde da mulher, defende a proposição de assistência integral. E declara que as ações de serviços de saúde devem seguir uma orientação global para que o acesso da mulher ao sistema seja direcionado para beneficiar a proteção integral de sua saúde (ARCOVERDE, 1984).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programáticas, (PAISM), teve como premissa incrementar ações estratégicas de saúde mais resolutivas, priorizando as ações básicas consideradas necessárias na articulação da atenção pré-natal,

assistência ao parto e puerpério, prevenção do câncer e de doenças sexualmente transmissíveis, assistência à adolescente, à menopausa e à anticoncepção (BRASIL, 1985).

O PAISM foi considerado o primeiro documento-base, rumo a uma prática de saúde de respeito à dignidade da mulher (COSTA, 1986; COSTA, 2009). Além disso, o processo de implantação desse programa transcorreu no período de redemocratização do país, ao longo do qual foram fixadas as bases doutrinárias do SUS, regulamentado na década de 90.

O MS, em 2004 com base nos debates em torno da ampliação dos conceitos dos direitos da mulher, no baixo nível de organização das ações de saúde e nos dados epidemiológicos em todo território nacional, promulgou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de modo a consolidar e organizar as ações das diretrizes do PAISM, no âmbito do SUS. O documento do PNAISM incorpora a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores para atender às necessidades de saúde da mulher, de forma abrangente, humanizada e hierarquizada (BRASIL, 2004a, 2011a; 2016a).

O modelo de atenção integral, elaborada pela Política de Saúde da Mulher, favoreceu a elaboração, execução e avaliação da política de saúde da mulher no conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde, da básica à alta complexidade. As ações passaram a ser executadas de forma articulada, com setores governamentais e interfederativas, tendo a configuração de redes integradas de atenção à saúde para a obtenção dos resultados esperados; com o SUS garantindo às mulheres, acesso a todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2011a, 2016a).

Em consonância a esse movimento, o MS criou estratégias que garantissem impactos mais desejáveis sobre os indicadores de saúde da população brasileira; e a saúde da mulher foi claramente contemplada, em 2006, no compromisso firmado através do Pacto pela Saúde com os gestores do SUS. Ainda nesta perspectiva, em 2010, o MS reorganiza o Sistema em Rede de Atenção de Saúde, (RAS), buscando assegurar a Atenção Primária de Saúde (APS) no redirecionamento das ações e dos serviços (BRASIL, 2006a, 2010a, 2010 b).

A reestruturação do modelo assistencial do SUS, subsidiou, em 2011, a Área Técnica da Saúde da Mulher no planejamento das ações de saúde e na organização em linha de cuidado: gestação, parto e nascimento e pós-parto, criando a estratégia Rede Cegonha (RC) (BRASIL, 2011b; 2016a).

A RC, instituída no âmbito do SUS, consiste em uma estratégia de mudança do modelo de atenção obstétrica e infantil, por meio do fortalecimento do PNAISM; fomentando uma rede de cuidados, que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à gravidez, parto e puerpério seguro e humanizado. Essa rede articula ações nas três esferas de gestão do SUS,

de modo a garantir a integralidade, melhoria da qualidade, a continuidade e resolutividade nos diversos serviços de saúde que a compõem (BRASIL, 2011b, 2016a).

Essa visão de prestação de cuidados na forma horizontal, vinha sendo considerada e proposta pelas comunidades internacionais, na busca de consolidar um modelo que respondesse às necessidades de saúde e promovesse cuidados continuados na gestação, parto e pós-parto (OMS/OPAS, 2008, OMS/OPAS, 2011b).

Essa iniciativa inovadora, voltada para as ações e serviços de saúde prestados à linha de cuidado, se integrou à estratégia RC sendo esse o contexto no qual se insere o interesse em investigar o fluxo assistencial na gestação, parto e nascimento, e pós-parto, na perspectiva das mulheres usuárias dos serviços, conforme o, Programa Cegonha Carioca (PCC), do município do Rio de Janeiro.

Para solidificar as determinações do MS, precursoras ou inseridas no SUS, voltadas para melhoria da assistência oferecida à população feminina no âmbito nacional, buscou-se resgatar esse movimento que segue indicado sob a forma de síntese (Quadro 1).

Quadro 1- Modelo de Atenção à Saúde da Mulher na Organização do Sistema de Saúde – SUS

Ano	Modelo de Atenção à Saúde da Mulher na Organização do Sistema de Saúde - SUS
1975	- Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI)
1978	- Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco
1984	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)
1988/1990	- Sistema Único de Saúde - SUS
1995	- Projeto Maternidade Segura
2000	- Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)
2003	- Política Nacional de Humanização (PNH)
2004	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)
2004	- Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal
2005	- Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos
2006	- Pacto pela Saúde
2007	- Política Nacional de Planejamento Familiar
2008	- Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessárias
2008	- Vigilância do Óbito Materno
2010	- Rede de Atenção à Saúde (RAS)
2010	- Plano de Qualificação das Maternidades
2011	- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)
2011	- Rede Cegonha (RC)

Fonte: Elaborado pelas autoras: Silva, A.M.; Souza, I.E.O.; Sousa, A.I.

Considera-se que, ao longo dos anos, a atenção à saúde da mulher se consolidou, qualificou, humanizou e avançou nas agendas relativas assistência integral, visando a melhoria das ações e dos serviços. Entretanto, apesar das conquistas, o MS reconhece que as políticas públicas, ainda enfrentam desafio para a implementação das ações estratégicas, face a necessidade de redução dos persistentes indicadores de morbimortalidade materna.

A redução da mortalidade materna tem sido alvo de atenção no âmbito das políticas públicas haja vista a magnitude do problema. O MS por meio de farta publicação, de diretrizes, legislação específica e manuais técnicos, elaborou propostas de gestão vindo a subsidiar práticas de saúde para atendimento qualificado à mulher no ciclo gravídico puerperal. Entretanto, as atividades ligadas à linha de cuidado na atenção pré-natal, parto e pós-parto como foco de atenção específica por parte do sistema de saúde, mostram-se constituídos por pontos isolados de atenção que podem propiciar inadequação dos serviços prestados à mulher.

1. 1.1- PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO

Toda vez que uma mulher engravida, existe uma possibilidade variável de que ela ou seu futuro filho sofram algum fenômeno adverso durante este processo, isto é conhecido como Risco Reprodutivo. Através de propostas políticas e estratégias tem se tentado minimizar esse risco, assim mediante o controle pré-natal de qualidade, do atendimento ao parto por profissional capacitado e acolhedor, com participação e presença de acompanhante de sua escolha vem sendo respeitado o processo fisiológico do parto e nascimento e, dos cuidados durante o puerpério com avaliação de riscos e desvios de limites fisiológicos (CLAP/SMR, 2010).

Toda vez que uma mulher engravida, existe uma possibilidade variável de que ela ou seu futuro filho sofram algum fenômeno adverso durante este processo, isto é conhecido como Risco Reprodutivo.

O Brasil nos últimos 30 anos, vem contemplando a população feminina com Políticas de Saúde e Programas, a fim de humanizar, melhorar o acesso e qualificar os serviços prestados à mulher na gestação, parto e puerpério.

Em observância as questões de saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, o Relatório da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, apresenta demonstrativo da assistência obstétrica nos últimos 10 anos.

Esses dados mostram que houve melhoria significativa no número de consultas de pré-natal, mas os dados revelam pontos críticos, na oferta de serviços complementares, associado à

fragmentação da assistência, comprometendo a qualidade da atenção prestada à mulher (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2011c).

Confirma-se a baixa qualidade da assistência e do serviço de pré-natal, pelo fato de muitas das gestantes com resultados do exame HIV positivo, não terem cobertura de tratamento. Soma-se a isso, o dado de que somente 31% das grávidas, com seis ou mais consultas de pré-natal, terem recebido imunização antitetânica. Houve ainda, elevada prevalência de sífilis com uma estimativa de 50 mil novos casos em gestantes e 12 mil de sífilis congênita (Ibidem).

Os dados mostraram que 98% dos nascimentos ocorreram em ambiente hospitalar, sendo 76% realizados pelo SUS e desse total, em sua maioria (89%), assistido por médicos e 8,3% por enfermeiros. Dos nascimentos hospitalares ocorridos na última década, sob assistência dos profissionais médicos, 43,8% foram cesarianas. Dentre os partos, em 28% deles, as parturientes não receberam qualquer prática assistencial baseadas em evidências científicas e 30% das que realizaram parto normal não tiveram acesso a medidas farmacológicas ou não-farmacológicas, para o alívio da dor. E, a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e nascimento, esteve acessível somente a 16% do total dessas mulheres (Ibidem).

A atenção ao puerpério não está consolidada nos serviços de atenção básica de saúde, considerando que a grande maioria das mulheres não retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto e, quando retorna, a principal preocupação delas, bem como dos profissionais de saúde, está relacionada aos cuidados com a mãe e com a vacinação do recém-nascido (SERRUYA & CECATTI, 2004; COSTA & DIRCE, 2005; GONDIM, 2011). Somente 39,2% das mulheres que tiveram o seu parto pelo SUS, realizaram uma consulta de puerpério (BRASIL, 2009a, 2011c). Esses dados revelam que as mulheres não estão suficientemente informadas para compreenderem a importância da consulta puerperal.

Em 2010, o Brasil encontrava-se entre os 75 países com maior Taxa de Mortalidade Materna; embora os dados apontassem uma redução anual da Razão da Mortalidade Materna (RMM) de 141 óbitos por 100 mil (NV) para 68 mortes maternas por grupo de 100 mil (NV), entre 1990 e 2010, representando uma queda de 52%. Ainda assim o país apresenta uma redução anual de 0,3%, muito aquém do esperado por que no mundo a taxa de redução anual da RMM é de 3,6% (BRASIL 2011c; BRASIL, 2012b).

Essa diferença evidencia que a meta definida na Cúpula do Milênio das Nações Unidas, o que não está sendo cumprida, mantendo a Razão de Mortalidade Materna (RMM) bem mais elevada do que a encontrada nos países desenvolvidos (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012b). Dentre as principais causas de morte obstétrica direta, encontram-se a hipertensão (13,8%), hemorragias (7,9%), seguida das infecções puerperais (4,4%) (BRASIL, 2012a).

A dificuldade em reduzir a morte materna, não se limita apenas aos países mais pobres, é um problema mundial. Segundo a OMS, as mortalidades materna e infantil estão diretamente relacionadas aos indicadores sensíveis ao contexto socioeconômico e de saúde, quando atrelados a diversos fatores tais como, a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, a qualidade da assistência prestada e a incipiente organização dos serviços de saúde previsto aos recursos públicos na produção de ações de saúde (OMS, 2010).

Viana, Novaes e Calderon (2011) consideram que o óbito materno é um indicador social e político, quando demonstram estar diretamente relacionado às condições de vida da população, escolaridade, renda familiar e ao atendimento nos serviços públicos de saúde prestados à mulher.

Para Narchi (2013), grande parte dos problemas enfrentados pela mulher, em âmbito nacional, está no sucateamento do serviço público apontado pela precariedade das estruturas físicas, material e organizacional.

Os dados apontados mostram que a saúde da mulher permanece um grande problema no sistema de saúde brasileiro. Dentre as problemáticas enfrentada pelas mulheres, a morbimortalidade materna, é um reflexo da produção do cuidado prestado pelo Modelo de Atenção. E por longas décadas crescem críticas, quando se observam os baixos impactos nos resultados na atenção pré-natal, parto e pós-parto.

Um estudo nacional baseado em dados secundários, sugere que eventos quase-mortais (*near-miss*) afetam 4% de todos os partos, especialmente aqueles associados com infecções, pré-eclâmpsia e hemorragia (VICTORA, 2011a). As complicações obstétricas são as principais causas de hospitalização de mulheres em idade reprodutiva, sendo responsáveis por 26,7% de todas as admissões no ano de 2008 (VICTORA, 2011a).

Frente às deficiências dos serviços prestados à mulher na gestação, parto e nascimento e pós-parto pelo Sistema de Saúde no Território Nacional e considerando dados epidemiológicos, em 2011, o MS institui a Estratégia Rede Cegonha pela portaria MS/GM nº 1.459/2011 para assegurar o acesso e a melhoria da qualidade da assistência (BRASIL 2011b, 2011c).

Neste contexto, insere-se a cidade do Rio de Janeiro, com dados quantitativos elevados quanto aos indicadores críticos que expõem a atenção a mulher na gestação, parto e puerpério. Um dos desfechos nesse município, acerca do ciclo gravídico puerperal, mostra que a cidade vem apresentando, desde o ano 2000, grandes oscilações quanto aos dados epidemiológicos (SES RJ, 2012 a; SMSDC/RJ, 2012).

Em 2009, a RMM no município do Rio de Janeiro foi de 70 % e cerca de 25% das internações realizadas pelo SUS estão relacionadas a complicações no ciclo gravídico-puerperal. O Município do Rio apresenta um déficit de oferta de leitos obstétricos, com valor 0,28 leitos por mil habitantes (SESRJ, 2012 a; SMSDC/RJ, 2012).

No ano de 2009, o número de consultas de pré-natal na cidade do Rio de Janeiro registrou um crescimento de 65,8%, na modalidade de 7 ou mais consultas por gestantes. Entretanto, semelhante ao observado em todo o país, verificou-se poucas melhorias dos serviços em relação a vários desfechos maternos e perinatais, como a incidência de sífilis congênita. Esse indicador vem se mantendo elevado com 987 casos por ano, sendo que em 2010 o município apresentou a maior incidência de sífilis congênita de todo estado, com 521 casos por 1.000 (NV) (SESRJ, 2012a, 2012b).

Domingues (2012), avaliou a adequação da assistência pré-natal na cidade do Rio de Janeiro, e seus dados revelaram que entre 2007 e 2008 ocorreram novos casos de formas graves de sífilis congênita, com taxa de 34,8% de transmissão vertical.

Uma análise de nascimentos ocorridos no ano de 2008, do Estado do Rio de Janeiro, segundo o tipo de parto, mostra que 57% foram de cesarianas. Sendo que o município que mais contribuiu para essa estatística foi o Rio de Janeiro, que apresentou uma taxa de 53,6% (SESRJ, 2012a).

A peregrinação obstétrica é indicativo de sistemas de saúde fragmentados e descontínuo. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2010) essa fragmentação pode se manifestar de diversas maneiras: 1- falta de articulação entre os níveis de atenção, 2- na indisponibilidade dos serviços, 3- na infraestrutura, falta de leitos e nos serviços de saúde prestados, em especial nos hospitais (OMS, 2014a).

Por décadas, a cidade do Rio, já vinha apontando problemas crônicos na assistência prestada pelo Sistema de Saúde, como mostra um estudo com 6.652 pacientes, realizados entre 1999 e 2000 em que dessas mulheres, 2.228 (33,5%) buscaram assistência em mais de uma maternidade. Aproximadamente, 1/3 das gestantes precisaram de atendimento em mais de uma maternidade, no momento do parto. Dessas, aproximadamente 70% apontaram a falta de vagas como motivo para não conseguir internação e o mais conflitante é que 1/5 foram transportadas de ambulância (MENEZES & LEAL, 2006).

Chama à atenção nesse município não apenas o fenômeno da peregrinação anteparto, mas também a indefinição da maternidade de referência, a recusa de atendimento para parturientes em algumas unidades e o encaminhamento para outras, por meios próprios e sem

garantia de atendimento. Esses fatos foram identificados como problemas centrais da fragmentada rede de atenção do município (MENEZES & LEAL, 2006, MELO *et al*, 2007).

Essas deficiências determinaram que o Estado do Rio de Janeiro fosse o primeiro Estado do território Nacional, a aprovar a Adesão à Rede Cegonha em conformidade à Portaria nº 1.459/2011, CIB - RJ nº 1.375 de 21 de julho de 2011. Em decorrência, em dezembro do mesmo ano o município do Rio de Janeiro aderiu a proposta de implementar a RC (SESRJ, 2010, 2011a, 2011b, SMSDC, 2013a).

A RC como Rede Temática da Saúde da Mulher definiu estratégias de modo a assegurar o acesso e a melhoria da qualidade da assistência. No plano operacional, é estruturada em um conjunto de ações e serviços definidos como elementos chaves, ofertando atendimento adequado, seguro e humanizado, desde o planejamento familiar, passando por confirmação da gravidez, pré-natal e parto, e pós-parto os quais devem concentrar esforços a fim de alcançar o objetivo principal: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna.

Para isso, é preciso haver articulação e integração dos serviços entre as diversas unidades de atenção à saúde. Essa proposta ministerial fomenta um novo modelo de atenção à saúde da mulher com estratégias que auxiliam os municípios a implementarem as atividades mínimas necessárias para melhorar e qualificar a assistência pré-natal, parto e nascimento e pós-parto.

Esse modelo fez com que o município do Rio de Janeiro retomasse a perspectiva de melhoria da assistência na atenção à gestação, parto e puerpério, ao integrar a RC na Rede de Atenção. Para o MS, Atenção na Rede de Saúde, deve ser formada por um conjunto de Ações e Serviços articulados entre os níveis de complexidade distintos com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. A estratégia Rede Cegonha tem como finalidade estruturar e organizar as ações e serviços do modelo de atenção à saúde materno-infantil.

Fato que indica a necessidade de avaliar a organização das ações e serviços de saúde prestados para melhoria da assistência à mulher na atenção ao pré-natal, parto e pós-parto, que no foco desse estudo foi sustentada na avaliação normativa.

A avaliação normativa permite emitir um julgamento sobre os recursos empregados em sua organização (estrutura) e os serviços ou bens produzidos (processo) em uma intervenção. Essa perspectiva metodológica consiste em medir as diferenças entre os componentes da intervenção, e critérios e normas de referência de mesma, isto é, entre os recursos e as normas de recursos; atividades previstas e as atividades realizadas e entre os serviços e as normas de serviços (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997 p 31-34; CHAMPAGNE *et al*, 2016 p 41-60).

Para o Ministério da Saúde, a avaliação normativa pode ser externa, se conduzida por pessoas que não fazem parte da organização; ou interna, se realizada pela própria organização emitindo opinião e juízo sobre determinado assunto (BRASIL, 2014d). Esse julgamento auxilia na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997 p 31-34).

Donabedian (1988; 2001; 2005), defende a avaliação como um processo que objetiva sistematicamente a relevância, efetividade e impacto das atividades pelos serviços de saúde. E ressalta, ser um processo organizativo que busca melhorar as atividades desenvolvidas, leva ao planejamento futuro e orienta na tomada de decisões.

O autor considera que a avaliação de saúde além de que, proporciona responsabilidades, aperfeiçoamento no âmbito da gestão, nos serviços de saúde e nas práticas profissionais, a fim de atingirem as metas propostas nos objetivos estabelecidos.

Para Contandriopoulos *et al* (1997) e Champagne *et al* (2011), uma intervenção pode ser analisada pela sua lógica interna que revela o mérito da intervenção. Assim trata-se de determinar a adequação entre os diferentes objetivos da intervenção e os meios (recursos, serviços ou atividades) implementados para atingi-los.

Donabedian (1988, 2005) orienta que o cuidado prestado pode ser avaliado como eficiente (positivo) ou adequado, quando mostra a saúde melhorada e satisfatória; ou como ineficiente (negativo) ou inadequado, quando encontra o menor resultado desejado ou alcançado.

Para Donabedian a avaliação da organização e do conjunto de ações e do serviço, permite reconhecer os recursos materiais, organizacional e funcional empregados (“dimensão estrutura”) para atingir as boas práticas e produção assistencial. A respeito das necessidades de saúde do cliente (“dimensão processo”) a avaliação contempla o conjunto de ações e atividades desenvolvidas na relação entre profissionais de saúde e o cliente (DONABEDIAN, 1988; 2001; 2003).

Considerando as questões aqui colocadas, enfocar ações e serviços prestados à mulher, revela importância porque ajuda a mensurar os resultados, os problemas e as falhas, trazendo a necessidade de buscar melhores estratégias que integrem a qualidade da assistência na atenção pré-natal, parto e pós-parto.

O estudo ganha relevância, porque os resultados podem influenciar mudanças na prática assistencial, modificando determinadas situações de saúde e melhorando os indicadores de morbimortalidade materna e infantil.

Também oferece subsídios aos profissionais e gestores do sistema de saúde, de modo a identificar os pontos frágeis da execução das práticas e dos serviços prestados, até mesmo no

caso de resultados desfavoráveis, permitindo efetuar ajustes e correções necessárias. Avançar na melhoria da assistência requer decisões de todos os envolvidos, para a garantia do conjunto de ações e serviços de saúde e poderá abrir novos estudos relevantes no campo avaliativo da atenção pré-natal, parto e pós-parto.

Nesse contexto, buscou-se responder às seguintes questões:

- a) As ações e os serviços estão organizados em sua estrutura e processo em conformidade com a estratégia Rede Cegonha?
- b) Ocorreu melhoria do acesso/acessibilidade que qualificam a atenção à saúde da mulher no pré-natal, parto e pós-parto?
- c) A vinculação pré-natal / maternidade e maternidade/ pós-parto é efetiva?

Diante dessas considerações, o presente estudo tem como objetivos:

1. 2- OBJETIVOS

1.2.1- GERAL

Avaliar, na perspectiva da mulher, a atenção pré-natal, ao parto e nascimento, e no pós-parto, com foco nas dimensões estrutura e processo no contexto organizacional das ações e dos serviços de saúde da Estratégia Rede Cegonha.

1.2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analisar a estrutura e o processo organizacional das ações e dos serviços que operam para melhoria do acesso, da continuidade do cuidado e integralidade do serviço que qualificam a atenção pré-natal e pós-parto.
- Analisar a estrutura e o processo organizacional das ações e dos serviços que operam em conformidade com as boas práticas de atenção ao parto e nascimento inseridos na proposta de implementação da Rede Cegonha.
- Verificar a vinculação entre as unidades de saúde de referência da Área de Planejamento 1.0 do Município do Rio de Janeiro quanto a continuidade do processo de atenção pré-natal, ao parto e nascimento e no pós-parto.

2- MARCO TEÓRICO – CONCEITUAL

2.1- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – BASES E DIRETRIZES

O marco histórico da atenção primária à saúde é a Declaração de Alma-Ata, estabelecida em 1978, a partir da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (OMS, 1979) ¹

O Relatório Mundial de Saúde da OMS, denominado Atenção Primária à Saúde – Agora Mais Que Nunca, recomenda que cada país deveria caminhar em direção a saúde para todos. E também determina que os países encontrassem a sua própria forma de construir uma estratégia sustentável sobre a abordagem da Atenção Primária à Saúde (APS) para fundamentar seu sistema de saúde com mais firmeza (OMS, 2008).

A APS tem sido considerada, importante para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de vida da população. Estudos apontam que os países que possuem sistema de saúde organizados a partir da APS, menores taxas de doenças e internação, redução da mortalidade prematuras por causas evitáveis, também menores custos e maior equidade na oferta de serviços (CUNHA, 2011).

Em 1980, foram propostas as Ações Integradas de Saúde (AIS) no contexto do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) posteriormente substituído por Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Somente com a municipalização do SUS, em 1990, começou a ocorrer uma estruturação da APS sob a responsabilidade dos municípios brasileiros incentivados pelo Ministério da Saúde (MS) através de normatizações e financiamento (LAVRAS, 2011).

Desde então, esta concepção estabelece os princípios e conceitos norteador da reforma e organização da atenção em saúde em Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2011d, 2011f).

Nesse processo, a APS torna-se o centro de comunicação, ficando responsável por ordenar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenar o cuidado devido seu grande potencial de identificar as demandas de saúde da população e preparar o diagnóstico situacional de risco. Este norteará a organização da rede de cuidado em eixos temáticos para assim possibilitar o

¹ A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.

Fonte: <http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata>

desenvolvimento das linhas de cuidado que interligam todos os pontos de atenção (BRASIL, 2011c, 2001d; MENDES, 2010, 2012 i). Essa organização do sistema de atenção com a constituição de redes integradas de atenção à saúde tem sido motivo de intenso debate político e acadêmico no Brasil (CUNHA & GIOVANELLA, 2011).

A gestão do cuidado em rede constitui vínculo por uma atenção básica de saúde ² de fato resolutiva, humanizada e integral permitindo o desenvolvimento gradativo da gestão do cuidado aos usuários pelas equipes, nos vários cenários e nos diferentes momentos. Inclusive quando a continuidade deste cuidado requer o encaminhamento para outros pontos da RAS, ocasião em a coordenação da atenção básica é decisiva (MENDES, 2011, BRASIL, 2011h).

Para Starfield (2002), Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro contato dentro do sistema de atenção à saúde que se caracteriza e se diferencia dos demais níveis de atenção. A APS oferece suporte para a organização de um sistema de serviços de saúde que responde a um modelo de atenção, por meio do qual se busca integrar todos os aspectos dos serviços e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população.

Entender a APS dentro dos sistemas de saúde ajuda a dimensionar a complexidade que essa a atenção determina, na medida em que deve adequar-se às mudanças no perfil epidemiológico da população, aos crescentes avanços técnico científicos e às necessidades cambiantes da população. Além disso, reafirma a equidade como um dos princípios éticos mais importantes de qualquer sistema ou política de saúde (STARFIELD, 2002).

Todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais: a primeira é o conhecimento sobre a causa das enfermidades, otimizando o serviço de saúde à população com manejo do adoecimento e maximização da saúde. A segunda, igualmente importante, é disponibilizar para os grupos menos favorecidos o acesso aos serviços e o alcance de um ótimo nível de saúde (STARFIELD, 2002).

Segundo Starfield (2002), para que se otimize a saúde na APS é necessário enfocar todos os outros determinantes que rodeiam a pessoa, como meio físico e social que convive e, trabalha e não apenas sua enfermidade individual. Assim como, os usuários devem ter acesso direto à fonte adequada de atenção, continuada ao longo do tempo para diversos problemas, incluindo a necessidade de serviços preventivos.

² Os termos Atenção Básica, Atenção Primária e Atenção Primária à Saúde são referentes a conceitos que, no contexto da saúde, podem ser utilizados como sinônimos no Brasil. A AP enquanto serviços de saúde do primeiro nível de atenção, em concordância com sua determinação refere-se à porta de entrada do sistema de saúde, tendo, nas unidades básicas, sua instância operacional com nível próprio de atendimento, também denominado de atenção básica (GIL, 2006; MELLO, 2009)

Em vista disso, a APS tem características únicas que diferem dos demais níveis de atenção que são classificados em 4 atributos essenciais e 3 derivados. Essa classificação operacional da APS vem sendo muito utilizada, inclusive pelo MS, no que concerne, a saber:

- ATRIBUTOS ESSENCIAIS:

1- Acesso/Porta de Entrada

É a utilização do serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento. Um serviço é porta de entrada quando a população e a equipe identificam-no como o primeiro recurso de saúde a ser buscado diante de uma necessidade/problema. Para isso, deve ser de fácil acesso e disponível para não afetar negativamente o diagnóstico e o manejo do problema, em decorrência do adiamento da busca de atendimento. (STARFIELD, 2002).

A acessibilidade, o acolhimento e a porta de entrada, integram a um mecanismo que pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde. Parte-se do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes (Ibid, 2002).

Nessa perspectiva o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde e/ou de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta ainda que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (Ibid, 2002).

O acesso, como atributo essencial, tem uma caracterização diversificada do conceito de acessibilidade categorizado como:

- a) Tempo: inclui o horário de disponibilidade
- b) Acesso Geográfico: envolve características relacionadas à distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado;
- c) Organizacional: inclui aquelas características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde.
- d) Psicossocial: existem barreiras, linguísticas ou culturais, à comunicação efetiva entre os funcionários, pacientes e nas instalações;

Para a constituição de um serviço como porta de entrada do sistema de saúde, o primeiro requisito é que seja acessível à população, eliminando barreiras financeiras, geográficas,

organizacionais e culturais, o que possibilita a utilização por parte dos usuários a cada novo episódio.

Para Starfield (2002), o acesso geográfico refere-se tanto aos aspectos físicos impeditivos (rios, grandes avenidas, morros etc.) quanto a distância entre a população e os serviços, devendo ser aferida em função do tempo que, pelos meios habituais de transporte, se leva no percurso até o consumo do serviço. A acessibilidade, pode estar relacionada ao critério organizacional (estrutura) do serviço – que se refere a obstáculos originados da organização do serviço, que podem ser internos, tais como demora na obtenção da consulta, horário para marcação de consulta, turnos de funcionamento da UBS e outros.

Essas dimensões fazem parte da elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) estabelecido para avaliar a perspectiva de garantir o acesso dos cidadãos, a um conjunto de ações e serviços, o mais próximo possível de sua residência. Tais ações e serviços estão vinculados a algumas responsabilidades mínimas, quais sejam: assistência pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2011 c).

Outro requisito é a exigência de encaminhamento por profissionais de atenção primária para a atenção especializada. De modo que aquela se torne o ponto de início sendo porta de entrada obrigatória e exercendo papel de filtro para acesso aos outros níveis de atenção (GIOVANELLA, 2008; GIOVANELLA et al, 2009).

2- Continuidade do Cuidado/ Longitudinalidade

Corresponde a continuação da atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e a unidade de saúde ou de atenção prestada deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre usuário e profissional de saúde. Para se estabelecer uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e o usuário, a unidade de saúde deve ser capaz de identificar sua população (STARFIELD, 2002).

Assim, pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo, de modo permanente no acompanhamento dos efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida.

Starfield (2002), diferencia a longitudinalidade como o acompanhamento dos distintos problemas de saúde por um mesmo médico, enquanto a continuidade do cuidado seria o acompanhamento por um mesmo médico, ou não, de um problema específico do usuário. Ainda

ressalta que a continuidade do cuidado não exige relação pessoal entre os profissionais, uma vez que bons registros podem suprir ou complementar a necessidade de informação para o devido acompanhamento da patologia ou da necessidade do usuário.

A continuidade do cuidado, significa o acompanhamento durante uma necessidade ou episódio de doença. Não é uma particularidade somente da APS, ocorrem também nos demais níveis de atenção (BRASIL, 2010a, 2011e, 2012i). Geralmente, a continuidade do cuidado é oferecida pelos profissionais ou equipes de profissionais que servem como primeiro contato para o paciente, mas, às vezes, o único mecanismo de continuidade é o prontuário médico (STARFIELD, 2002).

Para Cunha & Giovanella (2009) a continuidade do cuidado é utilizada, muitas vezes, com significado similar ao de longitudinalidade. Contudo, para Starfield (2002), esses dois termos possuem significados diferentes, uma vez que a continuidade do cuidado estaria relacionada a um problema de saúde específico e à sucessão de eventos entre uma consulta e outra, bem como aos mecanismos de transferência de informação para subsidiar decisões relativas ao tratamento do paciente, sem a preocupação com o estabelecimento de uma relação terapêutica ao longo do tempo. Para os autores o termo longitudinalidade, não é usual na literatura nacional, sendo mais utilizados os termos vínculo e continuidade.

Starfield (2002) entende que a longitudinalidade também está relacionado ao mecanismo de referência e contra referência e do grau de hierarquização da rede; à perspectiva da população com o sistema de saúde e à percepção do indivíduo no processo saúde e doença, tratamento e nível de conhecimento sobre os serviços de saúde. Na perspectiva do sistema de saúde, considera-se: a formação de profissionais de saúde e o preparo das equipes de saúde para o atendimento no segmento técnico, humanizado e comprometida.

3- Integralidade da Atenção

Corresponde aos serviços disponíveis e prestados pela AP. Refere-se às ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam integralmente atendimento, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequada ao contexto da APS. Mesmo que algumas ações não possam, diretamente, serem oferecidas a AP deve assegurar por meio de encaminhamentos, o acesso a outros serviços, especialidades médicas e internações (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA et al, 2009).

4- Coordenação da Atenção/Cuidado

Implica de alguma forma garantir a continuidade da atenção pela RA, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, ou através de registro de informação nos prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente (STARFIELD, 2002).

- ATRIBUTOS DERIVADOS:

a) Orientação familiar: conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças.

b) Orientação comunitária: refere-se ao conhecimento do profissional sobre as necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

c) Competência cultural: refere-se à adaptação do profissional de saúde para facilitar a relação com a população com características culturais especiais.

Esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática assistencial e no serviço, segundo Starfield (2002).

Essa autora concorda com o modelo de avaliação descrito por Donabedian (1980) e acrescenta as características individuais de cada componentes são distintas segundo o lugar e o tempo, mas todo o sistema de saúde tem uma estrutura (ou capacidade) formada por características que lhe permitem proporcionar os serviços; um processo (ou atividade), que se refere às atividades dos profissionais de saúde dentro do sistema e em seu contato com a população e os usuários; e um resultado que se refere às condições do estado de saúde. Estes componentes interagem entre si e estão condicionados pelas estruturas individuais e pelo ambiente físico, político e social em que se encontra o sistema de saúde. Para essa autora, determinar a APS através dos atributos estruturais, aponta a sua boa funcionalidade e o desempenho dessas atividades.

Para Donabedian (1990) os componentes importantes do Sistema de Saúde para avaliação se baseiam num sistema normativo de monitoramento e de avaliação das funções da APS dentro de um Sistema de Serviços de Saúde, centrado tanto na população como na pessoa que oferece o serviço, Dessa forma, introduz a necessidade de considerar tanto a Estrutura de um Sistema de Saúde como os comportamentos que refletem a funcionalidade do Sistema de Saúde – Processo, seja a partir do ponto de vista da população, seja do indivíduo – Resultado.

Evidências demonstram que os sistemas de saúde que estruturam, organizam e avaliam os seus modelos de atenção, de uma base em uma APS forte, resolutiva e coordenadora do cuidado, obtiveram resultados sanitários melhores que os Sistemas de Saúde com APS frágil (BRASIL, 2011h).

Há um movimento do governo no sentido de apoiar a reestruturação da APS para exercer efetivamente o seu papel na coordenação do cuidado, integradora e articuladora dos diversos pontos de atenção, adotando estratégias de RAS. Nesse propósito, a APS se tornaria o eixo ordenador do sistema de saúde e exerceria o seu papel responsável pela saúde de uma população em determinado território. Esses são princípios fundamentais para a construção de um sistema integrado de saúde (BRASIL, 2011h, 2011j, 2012i, 2016b).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012i), considerando o contexto de reestruturação do sistema de saúde segundo formato de redes de atenção, definiu a atenção básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema e descreveu algumas funções que contribuirão para o adequado funcionamento das Rede de Atenção à Saúde:

a) **Ser a base:** presente em todos os municípios de modo mais descentralizado e capilarizado possível;

b) **Ser resolutiva:** capaz de gerar diagnósticos sanitário e situacional da população que vive no território sob sua responsabilidade, considerando riscos, necessidades e demandas de saúde;

c) **Coordenar o cuidado:** atuando como centro de comunicação entre os diversos pontos e níveis de atenção, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários, com o objetivo de produzir gestão compartilhada da atenção integral por meio da apropriação de ferramentas de microgestão do cuidado como protocolos clínicos, linhas de cuidado, gestão da lista de espera, entre outras. Além disso, deve articular também outras estruturas, como os sistemas logísticos e de apoio, relações intersetoriais e participação social da comunidade;

d) **Ordenar as redes:** a APS deve organizar as necessidades sanitárias da população sob sua responsabilidade em relação ao acesso aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços ofertados seja baseada na real necessidade de saúde da população (BRASIL, 2012i, p 25).

Em 2012, a Portaria nº 841/12, em conformidade com as Diretrizes definidas na Política Nacional de Atenção Básica regulamentada pela Portaria nº 648/06, ressalta que “a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a

Promoção e proteção à saúde; prevenção de agravos; o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. [...] devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011h, p 16)

O MS entende que o Nível de AP constitui um importante ponto de Atenção na Rede de Saúde e, deve ser formado por um conjunto de Ações e Serviços, articulado entre os níveis de complexidade distintos com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011e, 2011l, 2012i).

Dessa forma o Decreto nº 7.508/2011 dispõe sobre uma nova forma de funcionamento e organização do Sistema Público de Saúde brasileiro, definindo quais são os serviços de saúde que estão disponíveis no SUS para o atendimento integral dos usuários, por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), da Relação Nacional de Medicamentos (RENAMEs) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). Além disso, tem como perspectiva ofertar aos usuários mais qualidade nos serviços do SUS e possibilitar o aumento da transparência sobre as responsabilidades dos entes federativos na gestão em saúde (BRASIL, 2011L, 2012h).

2.2- AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - MODELO DONABEDIANO

O quadro conceitual e metodológico no que refere a qualidade e avaliação em saúde tem alcançado certa consensualidade. E na literatura científica, a partir 1966, Avedis Donabedian a partir dos seus trabalhos de investigação se estabelece, como precursor dessa posição (PITTA, 1992).

Pitta (1992) fundamenta-se em Donabedian (1966) quando refere que existem pelo menos dois pontos de vista; os que encaram os componentes meramente técnicos da ação de Saúde e os que examinam a qualidade das relações interpessoais entre o técnico e o paciente. A qualidade transforma-se em competência, ao considerar o conhecimento, atitude e comportamento, implicando, assim, ações curativas e preventivas. As metodologias utilizadas para avaliação de qualidade, devem ser conduzidas dentro de critérios, padrões e normas preestabelecidas que ponderem a notável variabilidade das práticas de saúde (PITTA, 1992 p 45).

Donabedian (1990, 2003, 2005) considera que a qualidade em saúde é difícil de ser definida e envolve alguns critérios que podem ser aplicados a distintos aspectos, propriedades, componentes para o alcance da atenção e ou serviço prestado.

Para tanto, a qualidade da assistência é aquilo que se espera proporcionar aos pacientes como o máximo e o mais completo bem-estar, considerando o equilíbrio previsto entre ganhos e perdas em todas as partes do processo (DONABEDIAN, 2003).

Segundo Donabedian (1988, 1990, 2003) existem vários critérios de avaliação da qualidade da assistência prestada, geralmente realizada com o objetivo de detectar se algo precisa ser feito sobre uma situação e posteriormente avaliar o sucesso ou não das medidas tomadas.

Ao avaliar a qualidade de desempenho procuram-se evidências, diretas ou indiretas, de que a melhor estratégia de tratamento foi selecionada e está sendo implementada da melhor maneira possível. Nessa proposta avaliativa, é possível separar a “qualidade ineficiente, inadequada (negativa)” em menor qualidade aplicada, quando pode prejudicar a saúde ou não alcançar a melhoria e quando atingir a “qualidade eficiente, adequada (positiva)” encontra à saúde melhorada. Desta forma pode se julgar o grau em que se espera alcançar a fim de evitar juízos imprecisos sobre a qualidade (DONABEDIAN, 1988 p 1745; 2005 p 702).

Donabedian (1988) ressalta que é preciso considerar a relação existente entre a qualidade e a quantidade de atenção recebida, já que, a avaliação da qualidade da atenção deve considerar o acesso à atenção e ao uso subsequente dos serviços que estão sendo avaliados, pois, quando se recebe assistência em quantidade insuficiente para contribuir com a saúde e bem-estar do paciente, envolvendo todos os benefícios possíveis, esta atenção é deficiente em qualidade devido a sua insuficiência quantitativa.

Donabedian (2003, p 4) sustenta que a qualidade, quando aplicada a assistência, pode ser reconhecida e julgada por um conjunto de atributos, desejáveis para serem atingidos no serviço de saúde. Esses atributos são os “ sete pilares da qualidade” assim compreendidos: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

- **Eficácia** - habilidade da ciência e tecnologia dos serviços de saúde de causar melhorias na saúde quando nas condições mais favoráveis;
- **Efetividade** - melhoria da saúde alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana;
- **Eficiência** - é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada com o cuidado;
- **Otimização** - balanceamento das melhorias em saúde com os custos;
- **Aceitabilidade** – adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e seus familiares;

- **Legitimidade** – conformação das preferências sociais que expressam os princípios éticos, valores, normas, leis e regulamentações;
- **Equidade** - princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados e de seus benefícios entre os membros de uma população.

O referido autor, afirma, que o atendimento com qualidade melhora os resultados do paciente, é como um pilar de sustentação para o atendimento, que definem a qualidade em saúde ao reafirma a importância dos pilares para a qualidade da assistência

Neste contexto, Donabedian (1988), propõe três componentes para avaliação da qualidade em saúde: a estrutura em que os cuidados são prestados; o processo de cuidado em que se baseiam os principais fatores para o bom atendimento sendo: a ciência, a tecnologia e o conhecimento do profissional, por fim, o resultado da atenção, do cuidado, da intervenção e do atendimento.

Esse autor destaca ainda que ciência, tecnologia e relação interpessoal, são elementos importantes para direcionar a qualidade da assistência. Defende que a qualidade é multifacetada e não pode ser determinada exclusivamente sobre o serviço e sobre o desempenho do provedor de cuidado, mas também, compartilhada com paciente (DONABEDIAN, 1988).

Donabedian (1988; 2001) traz que avaliação é um processo que determina objetivamente e sistematicamente a relevância, efetividade e o impacto das atividades prestadas. E acrescenta, é um processo organizativo que busca avaliar a melhoria e a qualidade das atividades desenvolvidas, leva ao planejamento e orienta a tomada de decisão.

Donabedian (2003, 2005) ressalta a dizendo que os critérios avaliativos são nada mais do que julgamentos de valor atribuídos em vários aspectos, propriedades ou dimensões do processo organizativo. Para o autor, antes de tentar avaliar qualquer cuidado, seja em termo geral ou qualquer situação ou local é necessário conhecer previamente os elementos os quais constituem sobre o que vai ser avaliado. Assim, evita o viés da subjetividade e permanece mais neutro possível.

Neste pensamento, Avedis Donabedian (1988; 2001, 2003 p 46) desenvolveu um modelo para a avaliação dos indicadores da qualidade em saúde baseado na Teoria dos Sistemas de Serviços de Saúde e neste, propõem a TRÍADE: **Estrutura, Processo e Resultado**, que correspondem o que ele considera, como enfoque sistêmico de entrada-processo-saída. E cada componente tem influência direta sobre o outro.

Figura 1: Modelo para avaliar os atributos da qualidade dos cuidados



Nota: Conceitos trabalhados pela autora - Fonte: Donabedian, (2003, p 47)

Estrutura: São os atributos que configuram onde o atendimento é oferecido nas condições físicas, humanas e organizacionais em que o cuidado são prestados, como: recursos materiais (instalações, equipamentos), recursos humanos (número de pessoal e qualificação), estrutura organizacional (pessoal) e funcionamento (normas e procedimentos). Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada.

Processo: São as atividades que envolvem os profissionais de saúde e seus clientes, baseado nas boas práticas desenvolvidas pelos profissionais para a análise das competências no tratamento, o que é feito, a respeito das necessidades de saúde do paciente, o modo como o cliente busca o serviço, a maneira como os profissionais o recebem, diagnosticam e os meios utilizados para diagnósticos, tratamento, ou seja, ação de saúde em todos os níveis de atenção e a relação interpessoal.

Em relação às intervenções técnicas, podem ser analisadas, por exemplo, a coordenação e continuidade dos cuidados e competência técnica na realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos (DONABEDIAN, 2005).

Resultado: Indica os efeitos da Estrutura e Processo. Este atributo avalia a percepção do paciente sobre a sua saúde e o impacto percebido sobre o seu estado de saúde, bem como avalia a satisfação do paciente nos aspectos técnicos e as relações interpessoais.

A avaliação é um processo que determina objetiva e sistematicamente a relevância, efetividade e impacto das atividades pelos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1988; 2001; 2005). Ressalta que é um processo organizativo que busca melhorar as atividades desenvolvidas, leva ao planejamento futuro e orienta na tomada de decisões. O autor, ainda, aponta que a avaliação do cuidado de saúde proporciona aos responsáveis, a possibilidade de aperfeiçoamento no âmbito da gestão, dos serviços de saúde e nas práticas profissionais, atingirem as metas proposto nos objetivos estabelecidos.

Para (FRENK, 2000), as considerações sobre a avaliação como descrito por Avedis Donabedian, são amplamente aceitas para projetar as principais dimensões da qualidade e permanecem até os nossos dias, como paradigma dominante para a avaliação e monitoramento.

2.3- QUALIDADE EM SAÚDE COMO QUESTÃO DE AVALIAÇÃO

A avaliação, ao contrário do que pensam, é uma atividade bem antiga que teve início com a história da humanidade (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997; SERAPIONI, 2011). Mas, somente por volta dos anos 70, aparece como instrumento capaz de analisar o funcionamento e a eficácia dos serviços de saúde (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

A avaliação deve ser um procedimento habitual e cotidiano na gestão dos serviços de saúde. Assim, ganha relevância, ao associar possibilidades e necessidades de intervenções capazes de modificar quadros sanitários, como de verificar as dificuldades enfrentadas para alterar indicadores de morbimortalidade (SILVA & FORMIGLI, 1994).

Neste sentido, no campo da saúde, a avaliação está inserida na agenda da maioria das políticas de saúde no sentido de apontar a qualidade e a melhoria dos serviços em resposta ao julgamento da sociedade sobre a prestação desses serviços (HARTZ, 1997; CONTANDRIOPOULOS et al, 1997, 2006; DONABEDIAN, 2001).

Conceituar avaliação na saúde não é uma tarefa simples. Para Hartz (1997), a avaliação traz em seu campo de conhecimento uma polissemia de significados e conceitos e refere, que cada avaliador define o seu próprio conceito.

Os diferentes conceitos, significados e perspectivas que a avaliação pode assumir, não devem servir como uma dificuldade ou mesmo um entrave ao processo avaliativo, mas, pelo contrário, devem ser vistos como estratégias e ações que vem passando por constantes transformações e tendências norteadoras de saberes e práticas, para aperfeiçoar a gestão e os serviços dos profissionais, que acolhem e assistem os usuários que buscam atendimento de saúde (SILVA & FORMIGLI, 1994; HARTZ, 1997; CONTANDRIOPOULOS et al, 1997; FURTADO, 2001; CRUZ, 2011, 2012; SANCHO, 2012).

Segundo Ala-Harja e Helgason (2000), a avaliação em saúde deve ser vista como mecanismo de melhoria no processo de tomada de decisão, a fim de garantir melhores informações para os governantes poderem fundamentar suas decisões e prestar contas sobre as políticas e os programas públicos. Ela pode aumentar a eficiência e a eficácia do setor público, fortalecendo a base para as atividades de iniciativa pública ao servir de base para a formulação de novas políticas.

Avaliação em saúde, apesar de suas raízes históricas, é relativamente recente e autores afirmam que avaliação cresceu na esteira do método científico e de construções teóricas conceituais necessárias na conformação e legitimação do campo da avaliação, para aferir o modo de tratar os problemas sociais (FAGUNDES, 2009; CRUZ, 2011).

A avaliação em saúde, cronologicamente, localiza-se em quatro gerações: - *a primeira* (1910-1930) teve como ênfase a construção e a aplicação de “instrumentos de medidas” para avaliar os beneficiários de uma intervenção; - *a segunda* (1930-1967), centrada na “descrição da intervenção” marca o surgimento da avaliação de programas; - *a terceira* (1967-1980) apoiada no “julgamento” de mérito e do valor de uma intervenção para ajudar na tomada de

decisões e - *a quarta* (1980 - atual) refere-se à “negociação” entre os atores interessados e envolvidos na avaliação (VIEIRA & TEMÓRIO, 2010, p 65; CRUZ, 2011, p 2;).

Na evolução temporal do processo de avaliação foram sendo desenvolvidos e incorporados novos conceitos e abordagens metodológicas a cada geração de avaliadores. Deste modo, as concepções de avaliação sucederam-se da mesma forma que se sucederam as quatro gerações de intelectuais que as conceberam, assim, à medida que as relações sociais modificam, também ocorrem mudanças conceituais e metodológicas (VIEIRA & TEMÓRIO, 2010)

Na atualidade um novo conceito de avaliar surgiu sendo considerado como a - *quinta geração*, o “avaliador avança para além do papel de observador passivo, para além do papel de agente da mudança. O sujeito é responsável pelos resultados (eficácia), mas também pela sustentabilidade desses resultados (efetividade)”. Dessa maneira, os autores, defendem que o novo conceito inclui todas as outras dimensões da avaliação ao entender o modo de pensar valores para a tomada de decisão com vistas na melhoria do processo (VIEIRA & TEMÓRIO, 2010, p 65).

Do ponto de vista de Hartz (1997), a avaliação no campo da saúde abrange proporções significativas e complexas no que envolve o setor de atividade. Para tanto, considera que avaliação do cuidado, envolve tanto quem utiliza os serviços como quem os produz. Para a autora, não há dúvida de que usuário, gestor e prestador de serviço se encontram em posições diferentes no processo, embora todos contribuam para que os serviços sejam executados.

Nesse aspecto, a avaliação ajuda a entender e mensurar os resultados dos serviços de saúde sobre a qualidade alcançada, os problemas e as falhas, trazendo a necessidade de buscar estratégias para a sua correção ou a melhoria de aspectos não satisfatórios (CAMPOS, 2005; SILVA, 2014). Para Cotta (1998), a avaliação é um processo que permite fornecer, produzir informações e valorar os resultados da implementação de políticas e programas públicos.

Aguilar e Ander-Egg (1994), afirmam que a avaliação nasceu destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável, a informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa de saúde. Desta forma, avaliação serve de base ou guia para uma tomada de decisões, ajuda a solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou ao fracasso de seus resultados.

Para Hartz (1997), a avaliação é amplamente apresentada por vários autores e, sempre se referindo a julgamentos. Neste raciocínio a autora considera que a avaliação corresponde ao ato de determinar o valor de alguma coisa.

Na visão de Arretche (1998) a avaliação envolve necessariamente um julgamento, uma atribuição de um juízo, uma medida de aprovação ou desaprovação a uma política ou programa público ou particular e uma análise desta a partir de certa concepção de justiça (explícita ou implícita).

Avaliar a qualidade de cuidado de saúde nos ajuda a entender os mensuráveis resultados dos serviços de saúde sobre a qualidade alcançada, os problemas e as falhas, trazendo a necessidade de buscar estratégias para a sua correção ou a melhoria de aspectos não satisfatórios (CAMPOS, 2005).

Felizberto (2006) acrescenta que a avaliação pode, ainda, favorecer a racionalização do gasto público, gerando uma maior possibilidade de governança. Para Sancho (2012), a validação se configura como um importante instrumento para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde. Não só no sentido de aferir a efetividade de intervenção (avaliação normativa), e o uso eficiente dos recursos disponíveis, mas bem como, avaliar a satisfação do usuário decorrente dessa intervenção.

Tanaka e Mamoru (2012) referem que avaliar significa expor um valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos. Assim os autores consideram que ao identificar uma situação específica reconhecida como problema, e ao utilizar um instrumento de referência, emite-se um juízo de valor. Por isso a avaliação também compreende uma estratégia para decidir como enfrentar e resolver problemas.

Por sua vez, as avaliações em serviços ou programas de saúde devem subsidiar os processos de decisão, servir de suporte para o (re) direcionamento das práticas profissionais e devem melhorar uma intervenção em seu decorrer, caracterizando-se, em última análise, como ferramenta de gestão do setor público e privado (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997; NOVAES, 2000; SEPARIONI, 2012).

Para Carvalho et al (2012) avaliar não significa apenas medir, mas antes de mais nada julgar a partir de um referencial de valores. A saúde é influenciada por vários fatores e de decisões políticas, pelo fornecimento de estrutura para ações de saúde, englobando os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde (BONITA, 2010).

Contandriopoulos et al (1997, p. 34; 2006) consideram que a avaliação pode ser efetuada informalmente, no cotidiano e, de maneira mais rigorosa, na “avaliação formal”, utilizando-se de procedimentos científicos de coleta de dados, envolvendo julgamentos detalhados e criteriosos, sobre alcance de metas, por exemplo, programas de saúde, melhoria da saúde. Para atingir o objetivo proposto no julgamento e na análise da informação do conteúdo de quaisquer intervenções planejadas.

Nesses conceitos teóricos, Contandriopoulos et al (1997) definem:

Avaliação como sendo uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção ou um de seus componentes, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítima sobre ela ou qualquer de seus componentes, permitindo aos diversos atores envolvidos se posicionarem ou construírem um julgamento capaz de ser traduzido em ação, tendo como objetivo, auxiliar a tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997, p 34).

Uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios físicos, humanos, financeiros, simbólicos, organizados em um contexto específico, em um dado momento, de modo a padronizar bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação-problemática. Por conseguinte, a intervenção vai desde um medicamento, um programa de saúde ou parte de um programa, um ato médico até uma organização de serviço. Uma intervenção, à vista disso, pode sofrer dois tipos de avaliação: Avaliação Normativa e Pesquisa Avaliativa (CONTANDRIOPOULOS et al.1997; 2006).

Para os autores a Avaliação Normativa procede do julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes a partir de critérios e normas. É uma atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregado em sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997, 2006; CHAMPAGNE et al, 2011).

Para Contandriopoulos et al (1997, 2006) avaliação normativa corresponde às funções de controle e de acompanhamento, como os programas de garantia de qualidade. Champagne et al (2011) considera tratar-se de medir o grau de conformidade dos componentes da intervenção em relação a um ou a diversos referenciais de critério de normas. Por exemplo, entre as atividades previstas e as atividades realizadas e entre os serviços e as normas dos serviços.

Para Hartz et al (1997, 2008) avaliação normativa, se expande aos componentes da intervenção em três dimensões: a técnica, que diz respeito à adequação dos serviços, às demandas, definidas a partir de normas e critérios profissionais; a dimensão inte-relacional que aborda a relação psicossocial entre usuários e produtores de cuidados e a organizacional.

Avaliar é uma prática da pesquisa que pode ser decomposta por seis tipos de análises que recorrem a métodos de pesquisa diferentes, dentre as diferentes apreciações normativas, a análise lógica examina a coerência (o mérito e validade operacional) da intervenção. Desta forma consiste em tratar de determinar a adequação entre os diferentes objetivos e os meios empregados (recursos, serviços e atividades) implementados para atingi-los. Para tanto é

necessário testar ao mesmo tempo a validade teórica da intervenção e sua validade operacional (CHAMPAGNE et al, 2011).

De modo geral, a análise lógica que consiste em a intervenção ser apropriada e válida, e se os meios, serviços e recursos acionados para alcançar os objetivos são adequados e suficientes (CHAMPAGNE et al, 2011). Dessa forma, os meios utilizados devem ser suficientes e apropriados para alcançar os objetivos, ao considerar adequados (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997, 2006; CHAMPAGNE et al, 2011).

É possível estabelecer se a teoria na qual a intervenção foi construída é adequada, como também, se os recursos e as atividades são suficientes em quantidade, em qualidade e na maneira como estão organizadas. Desta forma, os métodos para a análise da intervenção são os que permitem apreciar a qualidade (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997 p 40).

A Melhoria da Qualidade e Avaliação em saúde tem sido uma das principais preocupações da OMS, a partir do início da década dos anos 80, em coerência com o princípio dos direitos em receber assistência igualitária e eficiente. Desta forma a OMS tem assumido uma posição de liderança na facilitação dos esforços dos Estados Membros empenhados em desenvolver diferentes abordagens conceituais e metodológicas avaliativas para garantir a qualidade da assistência no âmbito dos sistemas de saúde (OMS/OPAS/MS, 2006).

Nesse propósito o Brasil, com o SUS, incorpora os princípios estabelecidos na Constituição de 1988 que institui o acesso igualitário e melhoria dos cuidados de saúde. Desde então, vem adotando programas e estratégias voltados para melhoria da qualidade dos cuidados em diferentes níveis de prestação de serviço.

Para HARTZ (1997) qualquer que seja a abordagem escolhida para a qualidade da assistência, o ponto crítico é conceituar a qualidade em representações concretas sob a forma de critérios, indicadores ou padrões, que lhe assegurem a validade desejada.

Vuori (1991, apud SANTOS, 1995, p 111) ao considerar a qualidade em saúde, aponta duas formas de definir qualidade dos serviços de saúde: “a qualidade lógica, que se refere à eficiência com a qual a informação é usada na tomada de decisões”; e a “boa qualidade, em que se toma pela significativa do bom serviço de saúde”, considerando os custos e os benefícios obtidos com a adequação dos serviços para a qualidade em saúde.

Nesta mesma linha de qualidade e avaliação em saúde, Vuori (1991, apud PITTA, 1992, p 46) traz importante contribuição quando, ao examinar as determinantes da saúde, delineia três opções principais para a melhoria da qualidade em saúde da população e dos indivíduos:

- 1) manipulação de fatores externos aos cuidados de saúde;
- 2) criação de um sistema de cuidados de saúde;

3) atenção especial a cada serviço dentro do sistema de saúde.

Para tanto, PITTA (1992) considera que as duas primeiras estão presentes nas lutas políticas em geral, de certa maneira, dispostas na rede de serviços e no desafio de fazê-las funcionarem de modo que realmente beneficie seus usuários. A terceira opção considera a garantia de qualidade de serviços de saúde, por um profissional, que deverá percorrer um amplo espectro de características desejáveis de cuidado, que incluem: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica. Entretanto, as metas de políticas de saúde devem obedecer a uma hierarquia e uma sequência lógica (PITTA, 1992).

Uchimura e Bosi (2002) consideram que a pluralidade das abordagens e das metodologias de análise da qualidade em saúde dependem, também, do caráter intrinsecamente multidimensional do conceito de qualidade apresentado por muitos autores, quando citam que a assistência qualitativamente adequada deve incluir, pelo menos, os seguintes elementos: qualidade técnica, uso eficiente dos recursos, controle dos riscos oriundos das práticas assistenciais, acessibilidade da atenção, aceitabilidade por parte dos pacientes.

Neste sentido as autoras, reforçam que a concepção de qualidade está condicionada a fatores contextuais históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais.

Dessa forma, as definições das características da qualidade dos serviços de saúde, apresentam uma grande diversidade de abordagens, incluindo conceitos e definições, cuja relevância é vista no momento da avaliação do objeto de interesse (JÚNIOR & VIEIRA, 2002).

O termo qualidade e avaliação em saúde sugerem inúmeros conceitos e valores. Porém, não há elementos em comuns que permitam uma delimitação e definição do seu sentido, pelo caráter multidimensional do termo. E esta tarefa é difícil a ser estabelecida entre os pesquisadores, dentre as características que definem a diferença entre a alta qualidade dos cuidados e uma má qualidade dos cuidados (HARTZ, 1999, COSTA, 2006; BRASIL 2013; TUNÇALP, 2015).

Serapioni (2011; 2012) reforça ao referir que o conceito de qualidade não é simples, nem unívoco, mas complexo e polivalente. Para tanto, considera fundamenta-se num enfoque multidimensional, onde implica o envolvimento de diferentes atores (usuário, profissionais, gestores, administradores, gerentes, serviço, etc.) e em diferentes fatores contextuais históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais.

Todos esses fatores de complexidade enriqueceram o conceito de qualidade em saúde, mas, também tomaram difícil estabelecer uma definição porque a qualidade em saúde não se

relaciona, exclusivamente, com um ou com outro dos aspectos mencionados, sendo o resultado de uma profícua integração e conexão entre eles (SERAPIONI, 2011; 2012).

Starfield (2002 p.419) considera que a qualidade da atenção está diretamente ligada às necessidades de saúde, existentes ou potenciais, e se estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde.

Segundo Starfield (2002) os serviços de saúde devem se preocupar não somente quanto à adequação dos serviços para o diagnóstico e manejo de doenças, mas também com a adequação dos serviços que previnem doenças futuras e promovam melhorias na saúde. Para autora, a qualidade da atenção à saúde é uma questão que deve apreciada em todos os níveis dos serviços de saúde, incluindo os de emergência e a atenção especializada.

Donabedian foi um dos primeiros estudiosos que dedicou atenção para a importância de avaliar a qualidade em saúde em diferentes perspectivas e dimensões. Nesse contexto, influenciou o mundo sobre avaliação nos sistemas de saúde (FRENK, 2000). Pode-se dizer que a avaliação vem ganhando espaço no campo de conhecimento, além de constituir como prática fundamental para a gestão da atenção à saúde no Brasil.

Para a Nova Gestão Pública é importante introduzir, de fato, as questões que devem ser harmoniosamente alinhadas aos valores de qualidade, como: foco no cidadão, atuação baseada em méritos e, desempenhos e flexibilidade de gestão por resultados (GOMES, 2009). O autor, assinala que ao referir foco no cidadão, ele refere a importância da percepção do cidadão em toda a sua amplitude, abrangendo suas necessidades e demandas como usuário e cliente, como contribuinte e como ator político principal, e a busca do seu atendimento com qualidade e relegitimando o próprio Estado, nos preceitos desta nova gestão.

Teixeira (2011) concorda ao considerar que a qualidade do serviço é a chave do direito à saúde do cidadão, em direção da equidade e a integralidade da atenção à saúde, que cabe ao Estado, a responsabilidade de promover a saúde e proteger os riscos e agravos.

Para o Ministério da Saúde (2014) qualidade da assistência é um direito do indivíduo e os serviços devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, priorizando a satisfação do paciente em todo o processo. E desta forma considera que,

A qualidade em saúde é quando atinge o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (BRASIL, 20013a, 2014d, p. 23).

Nesse sentido, a qualidade de saúde está relacionada às características que são desejáveis na prestação da assistência. O Ministério da Saúde (MS) utiliza o instrumento Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para monitorar e avaliar as ações e os serviços prestados aos clientes do SUS. E os conceitos e métodos avaliativos da qualidade em saúde do instrumento, utiliza o modelo de Avedis Donabedian (BRASIL, 2012g; 2013a).

Para o MS, a avaliação é antes de tudo uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde e sem esta premissa, torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

O MS, ao objetivar um modelo de gestão focado em garantir o acesso e a melhoria de qualidade e resultado no SUS, institucionaliza a cultura avaliativa e tem a APS como a primeira a alinhar ao planejamento, ação e controle dos resultados, a fim de garantir o acesso e qualidade da atenção à saúde da população brasileira.

Como ferramenta estratégia e indutora de qualidade em saúde, o MS apresentou o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), lançado em 2005, pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde com uma metodologia de auto avaliação e autogestão. O AMQ foi dirigido apenas aos serviços organizados pela Estratégia da Saúde da Família (BRASIL, 2010d, 2012L, 2013a).

O MS no propósito de ampliar a garantia da melhoria da qualidade das ações de saúde considerando como atributo fundamental a ser alcançado no SUS, regulamentado pela Portaria Nº 1.654, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual deverá ser pauta prioritária em todas as esferas de gestão interfederativa do SUS (Federal, Estadual e Municipal) (BRASIL, 2011).

O PMAQ é um programa que melhor sintetiza essa nova geração de monitoramento e avaliação do serviço de saúde no Brasil, o qual o Governo Federal crescentemente, se compromete em desenvolver ações e prestar serviços voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS.

O Programa, trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde dos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2013a).

O Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS tem como objetivo principal, avaliar os resultados da nova política de saúde em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da AB.

Para tanto, o PMAQ foi organizado em dimensões e subdimensões, para um conjunto de padrões de qualidade que abrangem o que é esperado em termos de qualidade na gestão e na atenção direta à saúde no âmbito da atenção básica.

Através do PMAQ é possível avaliar como as Ações estão sendo oferecidas na Atenção Básica do país, a fim de buscar estratégias de melhorias e qualidade. Esses padrões de qualidade caracterizam-se por sua abrangência referindo-se a uma visão ampla do sistema e, das ações em saúde por serem capazes de evidenciar mudanças nos serviços (BRASIL, 2013c).

Assim, o PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, a saber:

- 1- Adesão e Contratualização/Recontratualização
- 2- Desenvolvimento
- 3- Avaliação Externa
- 4- Recontratualização

Destaco que dentre os indicadores de monitoramento contido na Avaliação Externa do programa, encontra-se os indicadores de saúde da mulher, nesse apresentam como possibilidade de avaliar as Ações da Rede Cegonha (BRASIL, 2012g, 2013).

Neste seguimento em 2014, a Área Técnica da Saúde da Mulher e Departamento Atenção Primária de Saúde, apresentam uma minuta que institui- o Programa Nacional de Qualificação da Gestação e da Atenção ao Parto e Nascimento (PMAQ-Maternidade) por meio da Estratégia da Rede Cegonha.

O Programa tem como objetivo de incentivar medidas de melhoria do acesso e da qualidade do cuidado, com vistas a ampliar a efetividade da atenção obstétrica e neonatal na assistência hospitalar - maternidade. Para este fim, toma como base as boas práticas obstétricas, as diretrizes norteadoras da Política Nacional de Humanização e as Portarias que regulamentam a Rede Cegonha (CONASS, 2014c, 2015).

3- MARCO CONTEXTUAL

3.1- A SAÚDE DA MULHER E SUAS DEMARCAÇÕES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

No Brasil, as ações de saúde direcionadas à mulher até o início do século XX, não são diferentes das medidas adotadas na política de saúde como um todo, que predominantemente voltava-se para o Modelo Sanitarista Campanhista (TYRRELL, 1994; BARBOSA, 2012).

A necessidade da reforma administrativa na Política de Saúde, na década de 30, leva a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP), através do Decreto Lei nº 19.402/30, com o propósito de contribuir para expandir e centralizar as ações de saúde pública no país (SANTOS, 2008; BARBOSA, 2012). Nesse período, a política de saúde para a mulher passa sofrer influência do Modelo de Assistência Privatista, organizado por médicos, religiosas e, principalmente, por grupos de mulheres (PAIM, 2012; BARBOSA, 2012).

A Política Pública no Estado Novo (1937-1946)³ vivida pelas mulheres passou por numerosas modificações, quanto ao planejamento e organização dos serviços prestados, tratados pelo viés modernizador e científico. Nessa conjuntura, como estratégia Estatal foi conferida aos médicos a função de modernizar o modelo das práticas nas maternidades e cuidar das crianças, cabendo-lhe realizar a profilaxia geral e específica das doenças transmissíveis, inclusive sífilis, e outras evitáveis, bem como, implantar progressivamente setores e serviços do Pré-natal no âmbito de hospitais-maternidades (TYRRELL, 1994; BARBOSA, 2012; CRUZ, 2014).

A assistência à mulher sustentado pelo viés modernizador, nos anos 50 a 70, impulsiona o Modelo Intervencionista na assistência à mulher, de modo individual e autoritário nas prestações de serviços. Nesse período, cresce a associação entre hospital x Medicina x visão científica que constitui o pensamento hegemônico. E, dessa forma, o Sistema de Saúde prevaleceu com as expressões “hospitalocêntrico”, “medicocêntrico” e de visão biomédica, reducionista e fragmentada (PATAH, 2008; FARIA, 2013).

A preocupação com as questões assistenciais do grupo Materno-Infantil, em 1975, por força de movimento sociais e políticos crescentes, levou o Ministério da Saúde (MS) a implantar o Programa Nacional de Saúde Materno- Infantil (PNSMI). O programa demarca a saúde da mulher no decurso da gestação, parto e puerpério e da criança menor de 5 anos, para

³ O Estado Novo é o nome que se deu ao período em que Getúlio Vargas governou o Brasil de 1937 a 1946. Este período ficou marcado, no campo político, por um governo ditatorial.

Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/>

as ações integradas de saúde. O PNSMI tinha como objetivo contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade desse grupo populacional (BRASIL,1975; BRASIL 2011f). Estimulado pelas novas configurações familiares, com o desenvolvimento econômico, com a industrialização e a urbanização, as questões assistenciais a cargo da Previdência Social, dissemina o uso de contraceptivos (TYRREL & CARVALHO,1994; SANTOS, 2008).

No fluxo da proposta do Movimento de Reforma Sanitária, no início dos anos 80, o movimento feminista se integra às discussões mais amplas assumidas pelos movimentos sociais em defesa da integralidade das ações de saúde. O Brasil torna-se membro da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) quando despontavam intensas discussões nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sobre o fundamental direito humano, conforme proposto nos princípios e diretrizes da Declaração de Alma Ata.

Nessa vertente e defendida pelo movimento feminista, em 1983 uma nova proposta de Atenção à Saúde da Mulher, baseada no conceito de “Atenção Integral” é apresentado pelo Ministério da Saúde. Na premissa de incrementar ações estratégicas e serviços de saúde mais resolutivos, o MS, dá prioridade as ações básicas que comprovam eficácia e reduzem problemas de saúde através do Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, (ARCOVERDE, 1983; BRASIL, 1985).

Nessa proposta, o MS buscou normatizar Ações de Saúde que permitissem aos serviços de saúde orientar as suas atividades de forma a obter um significativo impacto sobre a ocorrência dos agravos, ao invés de responder passivamente à demanda espontânea e desordenada. Para essa proposta, elaborou e divulgou manuais definindo e justificando as referidas ações programáticas do PAISM, em duas áreas: área da assistência clínico-ginecológica e área obstétrica (BRASIL, 1988, p 6-7).

Para PAISM (2010), a diretriz política como proposto, buscou contemplar as bases conceituais em distintas perspectivas como integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação; a forma de atuação profissional; a garantia da continuidade do cuidado nos distintos níveis de complexidade do sistema; e, a articulação de distintas políticas sociais.

Dessa forma, estabeleceu-se que os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças

transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 1985).

Entretanto a política preconizada pelo PAISM manteve a característica de verticalidade dos programas, o que levou à desarticulação e descontinuidade da atenção, a desorganização das ações e a desqualificação do serviço prestado, fatos que comprometeram os resultados esperados em saúde da mulher favorecendo negativamente a avaliação do programa (SERRUYA, 2004; OSIS,1998; COSTA,1986; COSTA, 1999; LEÃO, 2002; SERRUYA & CECATTI, 2004; ALMEIDA, 2006;).

Para Costa (1999), outros fatores que contribuíram para o comprometimento dessa proposta ao longo dos anos foram os impasses decorrentes das grandes dificuldades de articulação política, financeira e operacional nos estados e municípios com a implementação e organização do Sistema de Saúde.

Em 2000, a Portaria nº 569 instituiu o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que normatizou a assistência com enfoque em Ações que ampliam o acesso ao atendimento digno e de qualidade no acompanhamento pré-natal, parto e puerpério; direito assegurado à maternidade e adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento de forma segura, articulando três componentes: I - Incentivo à Assistência Pré-natal; II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal; e III - Instituição de Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto (BRASIL, 2002a, 2004).

No propósito de fortalecer a atenção desenvolvida no âmbito dos serviços do sistema de saúde, o MS, estabeleceu as adequações ao acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e a puérpera as seguintes atividades: - realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês da gestação; - realizar, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, no primeiro trimestre; - realizar os exames laboratoriais preconizados; - oferta de testagem Anti-HIV com um exame na primeira consulta; - aplicação de vacina antitetânica; - classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes; - realizar uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento (BRASIL, 2002a).

Para o MS, além da adequação das ações durante o processo de atendimento no pré-natal e assistência à gestante e a puérpera preconizados pelo Programa, os profissionais precisam estar atentos para os procedimentos serem realizados. Esses procedimentos são considerados como critério de qualidade da assistência (BRASIL, 2002a).

Nessa proposta de mudança para qualificar a assistência no âmbito do SUS, o MS preconiza monitoramento e avaliação da atenção pré-natal, parto e puerpério a nível local pelos requisitos mínimos para a implementação de ações consideradas indicadoras de qualidade dos serviços. Para tanto, disponibilizou o Sistema de Monitoramento e Avaliação, denominado SISPRENATAL (BRASIL, 2000, 2002a).

Visando enfrentar dificuldade em implantar as ações nos SUS, principalmente na reorganização da Atenção Básica, o MS instituiu a Norma Operacional de Assistência à Saúde (BRASIL, 2001). A NOAS é um importante passo, haja vista orientar e ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, estabelecendo, garantia e equidade no acesso às ações e serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade.

Em 2004, o PNAISM propõe estruturar a Saúde da Mulher em Princípios e Diretrizes, com enfoque nas questões de identidade e gênero; situação social e demográfica; um breve diagnóstico da situação da saúde e as diretrizes a respeito da humanização da atenção, da integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores (BRASIL, 2004a, 2006b, 2006c, 2014a).

As ações de saúde propostas no PNAISM enfatizam: ampliar e melhorar a atenção obstétrica; implementar planejamento familiar e abortamento; combate à violência doméstica e sexual, bem como o cuidado à saúde da mulher da adolescência ao climatério. Esta política agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS; das portadoras de doenças crônicas não-transmissíveis, de câncer ginecológico, incluindo saúde mental, além de ampliar as ações para grupos de lésbicas, negras, indígenas, residentes em zonas rurais e aquelas em situação de prisão (BRASIL, 2004a, 2006b, 2006c, 2014a).

O PNAISM, em seu segundo documento, Plano de Ação 2004-2007, a partir de indicadores propõem metas, estratégias, ações, recursos para cada um dos objetivos; sendo a definição desses instrumentos de gestão da PNAISM explicada pelo nível local, de acordo com sua realidade epidemiológica e social. Nessa proposta, passa a ser um instrumento de apoio aos Estados e Municípios na implementação de ações em saúde da mulher garantindo os direitos humanos e sua situação social e econômica, conforme definidos no Plano de Ação. Assim, propõe ser uma referência conceitual e técnica e não uma diretriz uniforme, a ser aplicada sem análise crítica e sem adaptação à realidade local (BRASIL, 2004a, 2014a). Como referência política traz ainda, na sua concepção e formulação, o princípio da integralidade da atenção como um dos requisitos para atender às necessidades de saúde de forma abrangente, humanizada e hierarquizada

Entretanto o Modelo de Atenção como apresentado pelo PNAISM sofreu críticas quanto à assistência prestada no sistema de saúde, por reproduzir mecanismos já conhecidos, como a dificuldade de articulação entre os diferentes níveis de complexidade assistencial, desafiando a integralidade como proposta do SUS. O que se observou foi uma fragmentação das ações e dos serviços, além de uma separação entre a técnica e a humanização, fazendo dos serviços de saúde um locus de tensão entre usuárias e profissionais (BRASIL, 2014a).

Em 2005, o Ministério da Saúde instituiu pela Portaria Nº 1.067 a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON), estabelecendo Princípios Gerais e Diretrizes para a Atenção Obstétrica e Neonatal como complementação ao PHPN e nessa política, outras ações foram acrescentadas ao rol de procedimentos instituídos anteriormente pelo PHPN (BRASIL, 2005, 2006d).

No mesmo ano, para assegurar a qualidade da assistência pré-natal oferecida na Atenção Básica de Saúde e visando a subsidiar a organização da assistência, a capacitação dos profissionais e a normalização da atenção à saúde materna-infantil, o MS publicou o manual Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada. Assim instituiu, além das atividades preconizadas no PHPN e na PNAON, outras condutas que devem ser contempladas na atenção pré-natal (BRASIL, 2005, 2006d).

Apesar das iniciativas governamentais em estabelecer Políticas e Programas de Saúde para melhorar o acesso a assistência e qualificar a atenção na gestação, parto e puerpério, permanece um grande problema no Sistema de Saúde brasileiro. Nesse sentido mesmo aquelas que requerem baixo custo na atenção primária, como incentivo ao pré-natal, apoio laboratorial, oferecimento de medicamentos, administração de vacinas, realização de atividades educativas, classificação de risco e encaminhamento dos casos de riscos, não tem garantido a qualidade do atendimento.

Conclui-se que o Modelo da Atenção da mulher na gestão do SUS nos últimos 30 anos, não trouxe melhorias no quadro epidemiológico e social da população feminina e se mostra inadequado para enfrentar os desafios postos pela situação embora cada vez mais se defenda que a gestação, o parto e nascimento e, o puerpério sejam processos naturais e fisiológicos.

Em observância à assistência de saúde prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal, o Relatório da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006, apresenta o reflexo da atenção obstétrica nos últimos 10 anos, que constata que houve melhoria significativa no número de consultas pré-natal realizadas por gestantes, mas os dados demonstram comprometimento da qualidade assistencial (BRASIL, 2009).

Diversos fatores contribuíram para esse diagnóstico, tais como a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, a incipiente organização dos serviços de saúde e de produção de ações de saúde, a intensa medicalização e intervenções desnecessária (BRASIL, 2011c).

As deficiências apresentadas pelo Sistema de Saúde no Território Nacional, elevam os dados epidemiológicos indesejáveis, dentre aqueles referentes à população feminina. Frente a isso, o MS pactuou um compromisso entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Esse compromisso culminou com a implantação do Pacto pela Saúde com o seguinte escopo: a) O Pacto em defesa do SUS b) O Pacto de Gestão e c) O Pacto pela Vida; considerando como prioridade a redução da mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2006a, 2006c, 2012d).

Nesse formato, o MS inova o processo de organização do sistema de saúde para o enfrentamento da desigualdade de acesso, atenção básica ineficaz e desarticulada, pouco efetiva e de baixa qualidade e nesta perspectiva, implanta a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012d).

A RAS, organiza e operacionaliza o Sistema de Saúde em forma horizontal, onde os pontos de Atenção Primária, Atenção Secundária e a Atenção Terciária passam a se articular (MENDES, 2010; SILVA, 2013).

Neste propósito, o MS cria, dentre outras, a Rede Temática da Saúde da Mulher como prioritária e institui a Estratégia Rede Cegonha (RC) pela portaria MS/GM nº 1.459/2011 como estratégia para assegurar o acesso e a melhoria da qualidade da assistência (BRASIL 2011b, 2011c).

3.2- O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM REDE DE ATENÇÃO

Em 1988, o movimento em prol da redemocratização do Brasil colocou na Constituição Federal, um conjunto de direitos sociais, inserindo a saúde como direito da população e um dever do Estado. Dessa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) constituído nos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, é firmado na Carta Magna do País estabelecendo como um direito social básico para as condições de cidadania da população brasileira (BRASIL, 2008b).

Um país somente pode ser denominado desenvolvido se seus cidadãos forem saudáveis, o que depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida associadas ao modelo de atenção vigente. É nessa percepção geral que as Ações para a Saúde se inserem na Política de Saúde.

O SUS vem buscando reestruturar o seu Modelo de Atenção porque ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Um dos seus grandes desafios, configura-se com nível de atenção que destacam as principais necessidade e problemas da população. Esse cenário aponta uma grande fragilidade em organização e gestão (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2008b).

Na perspectiva de superar as dificuldades e deficiência de sua implantação em todo o Território Nacional, o Ministério da Saúde buscou pactuar um compromisso entre às três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e alcançar maior eficiência e qualidade de respostas ao implantar o Pacto pela Saúde. Na redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. A implementação desse Pacto se dá com a adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG) (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006e).

O MS levando em consideração a nova proposta, editou a Política Nacional de Atenção Básica pela Portaria Ministerial nº 648/GM, de 28 de março 2006, mediante a qual ampliou a concepção da Atenção Básica ao incorporar os atributos da APS, determinando-a como a porta de entrada preferencial do SUS e como o ponto de partida para reorganização e estruturação dos Sistemas de Saúde local (BRASIL, 2006a, 2006f, 2011n).

Em 2008, o MS lançou o Programa MAIS SAÚDE: DIREITO DE TODOS – 2008 - 2011 buscando avanços em direção a um novo padrão de desenvolvimento focado no crescimento, bem-estar e na melhoria das condições de vida do cidadão brasileiro num contexto contemporâneo, agregando novos desafios e as dimensões para que os objetivos de Universalidade, Equidade e Integralidade possam se concretizar. Nesse propósito aponta diretrizes estratégicas para consolidar o Sistema de Saúde brasileiro (BRASIL, 2009c)

A estratégia adotada neste Programa articula o aprofundamento da reforma sanitária brasileira. O conjunto de medidas e ações concretas volta-se para a melhoria da qualidade de vida da população, contribuindo para que o SUS seja definitivamente percebido como um patrimônio da sociedade brasileira (BRASIL, 2009c).

O MS, haja vista o perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doença que envolve a persistência de doenças e indicadores desfavoráveis; e a organização do Modelo de Atenção e da gestão do SUS ainda se caracteriza por intensa fragmentação de serviço, desarticulação dos programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre oferta de serviço e as necessidades de atenção.

Nessa proposta, o MS avança na melhoria e na qualificação da Atenção à Saúde e da Gestão do SUS, tornando uma das principais iniciativas que direcionou o Sistema de Saúde brasileiro, assim, institui no SUS em RAS.

E a Atenção Básica organizada como base da RAS, deverá possuir um papel chave na ordenação da Rede. Para isso, é necessário ter cobertura populacional adequada e alta capacidade de cuidado e de resolutividade. A ordenação da RAS, dessa forma, implica também em que a maior parte dos fluxos assistenciais, linhas de cuidado e ofertas de apoio terapêutico e diagnóstico sejam elaborados e implantados com base nas necessidades de saúde identificadas pelos serviços de atenção básica.

Nessa nova proposta de organização do SUS, em 2011, o MS em importante iniciativas elabora o Planejamento Estratégico – PE. Dessa forma, ano de 2011 foi marcado pela estruturação da ação do Ministério em cinco grande estratégia: Saúde Mais Perto de Você; Saúde da Mulher; Saúde Toda Hora, Saúde Não Tem Preço, Saúde: Conte com a Gente (BRASIL, 2012d).

3.2.1- REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Ministério da Saúde visando a superação da fragmentação da atenção e a desarticulação entre os níveis de atenção, bem como o aperfeiçoamento político-institucional do SUS, regulamenta através da Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde nesse âmbito. Essa organização visa assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita para assistência efetiva e eficiente, sendo definida como:

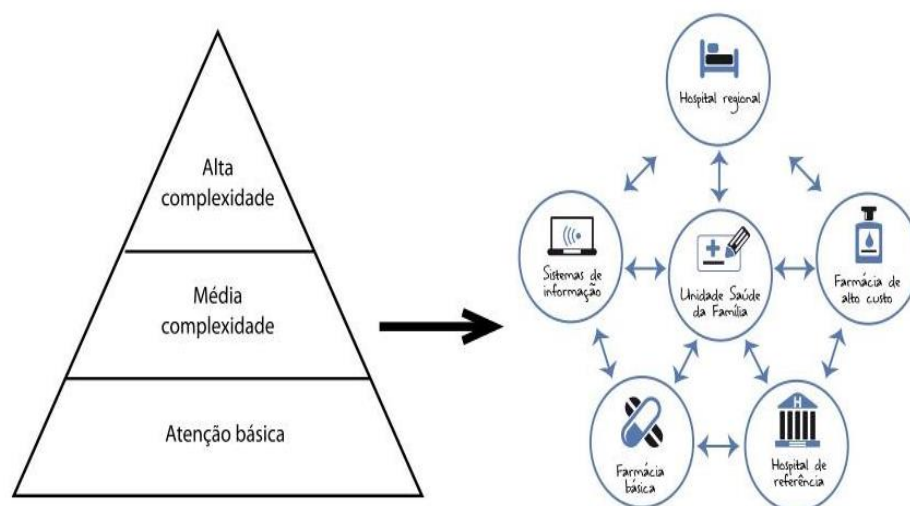
Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”, com o objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema de Saúde (BRASIL, 2010b).

Assim, foi fundamentada no arcabouço normativo do SUS, com destaque para as Portarias do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), na publicação da Regionalização Solidária e Cooperativa (BRASIL, 2011h, 2011L, 2012i).

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde tem sua base na APS, que é o centro de comunicação, coordenando os fluxos e os contra fluxos de pessoas produtos e informações, a qual centraliza as necessidades de saúde de uma população bem definida e pela

responsabilização sobre a assistência contínua e integral dessa população, o que caracteriza o estabelecimento em relações horizontais entre os distintos pontos de atenção.

Figura 2: APS como centro de comunicação das RAS



Fonte: Ministério da Saúde (2012 p 11)

A organização da RAS requer a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços (BRASIL, 2010c, MENDES, 2011).

A construção de Redes de Atenção à Saúde exige que o Ministério de Saúde cumpra plenamente sua responsabilidade de garantir a integridade, equidade, eficácia sanitária e eficiência econômica, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS em escala nacional, e em articulação com os estados e municípios (BRASIL, 2010c). A adesão de cada município ao Sistema de Saúde com formato de Rede Integrada de Atenção, segundo o Pacto de Gestão, deve utilizar planos e outros instrumentos de gestão com foco regional, os quais esses devem pautar monitoramento e avaliação das ações de saúde (MENDES, 2007; BRASIL, 2012d, 2015).

1 - Elementos constitutivos das RAS

Para adequado funcionamento de uma Rede de Atenção à Saúde, são necessários 3 elementos constitutivos que guardam relação direta com a Operacionalização da Rede:

a) População: A população e a área geográfica ficam sob a responsabilidade de uma RAS, que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI).

b) Estrutura operacional: É formada pelos pontos de atenção das redes e diferentes serviços que fazem parte da estrutura operacional, tais como: Centro de comunicação; Pontos de atenção à saúde secundários e terciários; Sistemas de apoio; Sistemas logísticos e Sistemas de governança.

c) Modelo de Atenção à Saúde: É a lógica adotada pelos gestores municipais e estaduais para atender às demandas de saúde da população local de forma mais efetiva, eficiente e segura (BRASIL, 2012d p 17-8).

Segundo o MS, modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, focos das intervenções e, tipos de intervenções sanitárias. Sendo essa estratificação definida em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas, epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e sociedade (BRASIL, 2010c, 2012d).

O Modelo organizacional mais adequado para o atendimento dos problemas de saúde da população deve estar desenhado no percurso assistencial decorrente de situações de saúde semelhantes, chamado de “linhas de cuidado” (LC). A concepção de linhas de cuidado deve representar, necessariamente, um contínuo assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação que também e pressupõe um conjunto de ações orientadas pelas necessidades de saúde de um determinado grupo populacional (GONDIM et al, 2011; BRASIL, 2011g, 2012d).

A implantação de linhas de cuidado na Rede de Atenção colabora com a organização da Atenção à Saúde, gerando o estabelecimento dos fluxos entre os pontos de atenção à saúde (primária, secundária ou terciária). Dessa forma estabelece os “percursos ou trajetórias assistenciais” representados pela definição de diretrizes clínicas voltadas ao atendimento dos problemas de saúde (GONDIM et al, 2011; BRASIL, 2010a, 2011m, 2012d).

A LC deve ter o seu ponto a partir das unidades da APS que tem a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a sua efetivação como: garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e corresponsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de

resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional (BRASIL, 2010a, 2010b; 2012d).

A figura 3 ilustra a linha de cuidado da gestante e RN. Para esta LC, existem vários pontos de atenção, a Unidade Básica de Saúde (UBS) para o pré-natal; a maternidade para um parto sem complicações, a maternidade de alto risco para uma gestação complicada; a UBS para o pós-parto. Em cada ponto de atenção do fluxo será elaborado um projeto terapêutico diferenciado, tendo as diretrizes clínicas como base.

Figura 3: Linha de cuidado da gestante e recém-nascido



Fonte: Ministério da Saúde (2011)

A partir do referencial na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010a), foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, determinaram 5 Redes Prioritárias/Temáticas, organizadas a partir da necessidade de priorização do enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças específicas que acometem a população brasileira com impacto importante na situação de saúde. São elas: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; e Rede de Cuidado à pessoa com deficiência.

As Redes Temáticas são estruturadas a partir do Centro Coordenador de Saúde, por sua vez, a Atenção Primária de Saúde ordenará os fluxos e contra fluxos instituídos pelas linhas de cuidado, ou linhas-guia. Essas se destinam à normatização das ações dos pontos de atenção de uma RAS e dos seus sistemas de apoio de atenção à saúde junto aos pontos de Atenção

Secundário e Terciário, por meio dos sistemas logísticos e contando com o auxílio dos sistemas de apoio. Todo esse conjunto será gerido por um sistema de governança interfederativo e transversal (BRASIL, 2009c, 2010a, 2011b, 2012c, 2012d).

3.2.2- ESTRATÉGIA REDE CEGONHA COMO REDE TEMÁTICA

A Rede Cegonha insere-se na Rede de Atenção à Saúde da Mulher, que a define como prioritária, ao entender a necessidade de fomentar um Novo Modelo de Atenção à Saúde da Mulher.

A Rede Cegonha, instituída em 2011, como uma estratégia do MS no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 1.459 (BRASIL, 2011a). Tem como base os princípios do SUS, de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Dessa forma, a Rede Cegonha organiza-se de modo a assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema logístico, que inclui transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011b).

Desde 1975, alguns modelos de Atenção à Saúde da Mulher são apresentados por alguns Estados, com proposta de atingir os objetivos do milênio em reduzir a Taxa de Mortalidade Materna. Como o Modelo implantado em Minas Gerais, denominado Programa Mães de Minas, que tem como objetivo acompanhar as gestantes através de um - call center- que as contacta mensalmente em busca de informações para saber se a mesma compareceu a consulta, se houve alguma internação, se está usando algum medicamento, se realizou os exames laboratoriais solicitados pelos profissionais, entre outros, no qual segue-se um check list para registro de tais informações (MIRANDA, 2015).

O Programa Mãe Curitibana foi implantado em março de 1999 e tem como propósito a melhoria da qualidade do pré-natal, a garantia do acesso ao parto com a complexidade e a qualidade necessária, com vistas à detecção e ao manejo das possíveis complicações, bem como o reforço do estímulo ao aleitamento materno e a consulta puerperal. Pauta-se no princípio de que é necessário humanizar o atendimento, aumentando a segurança e melhorando a qualidade do atendimento às gestantes e crianças de Curitiba (MIRANDA, 2015).

Outras cidades como Curitiba/PR e São Paulo/SP apresentaram programas semelhantes que foram implantados há mais tempo, embora tanto o “Mãe Curitibana” quanto o “Mãe Paulistana” sejam destinados exclusivamente no âmbito municipal, o “Mães de Minas” abrange todo o estado de Minas Gerais.

Seguindo as mesmas estratégias de outros estados brasileiros, a Cidade do Rio de Janeiro, apresentou o projeto Programa Cegonha Carioca (PCC), em 2010. O programa teve

como metas regatar a dignidade na gestação, do parto e, do nascimento, através de seus três módulos: Referência Pré-natal e Maternidade; Acolhimento e Classificação de Risco, e Transporte (SMSDC, 2010).

A Secretaria Municipal de Saúde trouxe como principais bandeiras em seu projeto, a vinculação à maternidade de referência desde a primeira consulta e a disponibilização de transporte para o parto, visando erradicação da peregrinação anteparto e melhoria dos indicadores materno e neonatal (SMSDC, 2010).

Nessa visão de Modelo de Atenção à Saúde exitosa em outros estados e diante das graves estatísticas de Morbimortalidade Materna e Infantil apresentada na Região do Nordeste, o MS implanta em 2009, Plano de Qualificação das Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal (PQM) inicia-se um processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal em maternidades destas regiões.

O PQM tomou como base as referências da Política Nacional de Humanização e das Áreas Técnicas da Saúde da Criança e da Mulher, configurou-se como um conjunto de ofertas metodológicas e técnicas para promover mudanças na gestão e Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento; articular e fomentar Redes de cuidados Materno-infantil, vinculação, classificação de risco, ambiência e direito a acompanhante. As Ações elaboradas no PQM fortaleceram a direção de qualificação das práticas e apresentou um diferencial: incluiu a APS. Nessa perspectiva inspirou a estratégia Rede Cegonha (BRASIL, 2008a, 2011a, 2012d, 2012g).

O Ministério da Saúde ao reconhecer as necessidades de mudanças nas ações e serviços oferecidos à mulher na gestação, parto e pós-parto, em resposta aos indicadores materno-infantil em todo o território nacional e diante dos resultados exitosos do PQM no Nordeste e Amazônia face ao enfrentamento da fragmentação do serviço e da assistência, propõem qualificar parto e nascimento (BRASIL, 2011a, 2012d).

A Área Técnica da Saúde da Mulher em parceria com os diferentes departamentos, coordenações e comissões ministeriais, agregando gestor federal do SUS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), definiu um conjunto de metas sanitárias relacionadas à saúde das mulheres, que compõem o “PACTO PELA SAÚDE e a SAÚDE DA MULHER” (BRASIL, 2006e).

Essas metas foram destinadas a produzir impacto positivo sobre às profundas iniquidades em saúde relacionadas à condição feminina e agravadas por fatores de etnia, classe social, local de moradia e modos de inserção no trabalho (BRASIL, 2008b, 2012f). Nessa proposta, a linha de cuidado na saúde da mulher, gestação, parto e nascimento, e puerpério,

integra-se na estratégia de reorganizar, reagrupar e redefinir a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) (BRASIL, 2012f).

Em 2011, o Ministério da Saúde formula, pela portaria MS/GM nº 1.459, a Rede Cegonha (RC) como o Novo Modelo de Atenção à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011b). A RC é uma estratégia considerada como proposta inovadora pelo MS, a qual 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 bem como, às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.

A estratégia RC tem como finalidade estruturar e organizar as ações e serviços do modelo de atenção à saúde mulher e a criança em todo território nacional. A implantação do programa ocorre gradativamente e sendo respeitado o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2011a, 2011b).

Em síntese, essa rede articula um conjunto de medidas visando garantir às mulheres, o atendimento adequado, seguro e humanizado, a partir da confirmação da gravidez, na atenção ao pré-natal, ao direito ao nascimento seguro e ao puerpério, incluindo a atenção à saúde da criança até os dois primeiros anos de vida e planejamento reprodutivo.

Na proposta de mudança do modelo de atenção à saúde da mulher, o MS, buscou como objetivo:

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

A estratégia RC está organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, a partir de diretrizes que garantam:

- a) acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- b) vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

- c) boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- d) atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade;
- e) acesso às ações do planejamento reprodutivo

A rede cegonha prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e da criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência, transporte seguro, a implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto. Dessa forma Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) componentes referentes a: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação).

3.2.2.1- A REDE CEGONHA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DE SAÚDE

Os componentes Pré-Natal e Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança são implementados na esfera da atenção primária e o componente Parto e Nascimento na atenção secundária.

Ações na Atenção ao Pré-Natal

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve, preferencialmente, ser a porta de entrada da gestante no sistema de saúde. É ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez.

A atividade de organizar as ações de saúde na atenção primária, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária. Neste sentido, a integralidade deve ser entendida como a capacidade de:

- “integrar os trabalhos disciplinares dos diversos profissionais das equipes de forma a produzir um efeito potencializador para suas ações;
- integrar a demanda espontânea e a demanda programada, considerando-se a existência e o acúmulo dos diversos programas nacionais estruturados por diferentes áreas técnicas, e respeitar a demanda imediata da população, componente essencial para a legitimação dessas equipes;

- integrar, em sua prática, ações de caráter individual e coletivo que tenham um amplo espectro dentro do leque da promoção e da recuperação da saúde, da prevenção e do tratamento de agravos;

- ser um espaço de articulação social, a fim de localizar e buscar articular instituições setoriais e extras setoriais dentro de seu território de atuação” (BRASIL, 2012e, p 38)

Para o Ministério da Saúde (2012e p 38), o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

Os Estados e Municípios, portanto, necessitam dispor de uma rede de serviços organizada, acolhedora, integral à atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contra referência. Na perspectiva de garantir atenção pré-natal com qualidade, o MS apresenta passos estruturantes, que asseguram a qualidade estabelecida:

1º PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)

2ºPASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

3º PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".

5º PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6º PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".

7º PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8º PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".

9º PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10º PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Durante o acompanhamento pré-natal na UBS a equipe deve-se organizar para realizar acolhimento às gestantes, sob seus cuidados, com escuta qualificada, em especial às adolescentes. Outro aspecto a ser reforçado, é quanto a vinculação da gestante, desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto. A equipe deve informar à gestante o local onde será realizado o parto e mediar a visita da mesma a esse serviço.

Segundo o MS, os medicamentos básicos e as vacinas (contra tétano e hepatite B) devem ser assegurados na atenção básica, bem como os medicamentos considerados essenciais, como: analgésicos; antiácidos; antibióticos; sulfato ferroso com ácido fólico; supositórios de glicerina e cremes para tratamento de infecções vaginais. Sendo também previsto a realização de testes rápidos de gravidez na unidade básica de saúde, assim como apoio laboratorial, garantindo a realização dos exames laboratoriais de rotina (BRASIL, 2001b, 2012e).

Com vistas a assegurar a realização da assistência pré-natal em conformidade com o previsto e objetivando a qualidade do atendimento, as unidades de saúde devem estar organizadas de modo a realizar os registros dos atendimentos às gestantes e puérperas, utilizando para tanto o cartão da Gestante, a ficha Perinatal e a ficha de registro de procedimentos e atividades necessárias ao monitoramento do desempenho da atenção pré-natal (BRASIL, 2001b; 2002a; 2012e).

Ações na Atenção ao Pós-Parto

Importa considerar que a assistência qualificada no serviço pré-natal repercute no retorno da puérpera na Unidade Básica de Saúde. Sendo assim, a APS é referência para o Componente Puerpério, cabendo ofertar ações para a “Primeira Semana Integral de Saúde” (PSIS). O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve ocorrer entre 7 a 10 dias após o parto. O planejamento das ações da equipe de Atenção Básica deve garantir o acompanhamento integral da mulher e da criança, além de estimular desde o pré-natal a necessidade de retorno precoce da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde em atenção primária após o parto (BRASIL, 2012e).

Esse retorno deve ser incentivado desde o pré-natal, até o pós-parto na maternidade e bem como pelos agentes comunitários de saúde, na visita domiciliar se possível, e oportunizado na mesma data de consulta para ambos, para qualificar as ações de atenção primária neste importante momento na linha de cuidado materno-infantil.

O agendamento do primeiro atendimento na APS deve anteceder o momento da alta da maternidade, que responsabilizar-se-á pela elaboração e envio, à atenção básica, de relatório claro e detalhado dos procedimentos, dos medicamentos e das possíveis intercorrências relevantes ocorridas no parto e no nascimento.

Uma segunda consulta pós-parto deve ser feita até 42 dias após o final da gestação – para um efetivo controle de saúde da mulher, tanto geral quanto ginecológica com objetivo de: avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido; orientar e apoiar a família para a amamentação; orientar os cuidados básicos com o recém-nascido; avaliar a interação da mãe com o recém-nascido; identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las; orientar o planejamento familiar e agendar consulta de puerpério até 42 dias após o parto (BRASIL, 2012e p 259).

Ações na Atenção ao Parto e Nascimento

Desde 1998, o Ministério da Saúde inicia a implementação de uma série de iniciativas e incentivos, voltados às questões da humanização, objetivando melhorar a qualidade da assistência obstétrica, valorizar o parto normal, reduzir as taxas de cesáreas desnecessárias e fortalecer a relação da mãe com seu bebê, propondo principalmente modificações no modelo de assistência ao parto, assim estabelece:

- a. Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades locais;
- b. Ambiência das maternidades orientadas pela RDC Nº 36/2008 da ANVISA;
- c. Realização de Acolhimento com Classificação de Risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- d. Estimular a implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- e. Estimular a Implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização;
- f. Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- g. Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas: “boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” (MINISTERIO DA SAÚDE, Portaria 1.459, 24 de JULHO 2011).

O MS incorpora as ações de humanização na Atenção ao Parto e Nascimento. Nesta estabelece as 4 Categorias que representam o rol de Boas Práticas de Atenção ao Parto e

Nascimento como Ações a serem adotadas por todos os serviços que atendam ao parto no Brasil (BRASIL, 2011c p 24)

Categoria A- Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;

Categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;

Categoria C - Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão;

Categoria D - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado

Para compor as ações de boas práticas de atenção ao parto e nascimento, a Rede Cegonha também propõe a instituição de um novo dispositivo de atenção à saúde materna e infantil, qual seja: as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP). Além disso, investe na implementação de Centros de Parto Normal (CPN) intra e peri hospitalares.

Em relação às maternidades algumas ações e atividades devem ser priorizadas com objetivos de alcançar a qualificação da atenção obstétricas. Dentre essas ações recomenda-se a garantia da vinculação da gestante à maternidade através da formalização da referência e contra referência da mulher durante a gestação, permitindo a continuidade do cuidado é baseada na Lei nº 11.634 de 2007 que se mostra como importante dispositivo em garantir a mulher o acesso ao serviço de saúde e pode causar um grande impacto na mortalidade materna.

O acolhimento é outra ação que deve ser garantida e que se traduz em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família, propiciando a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2009d, 2011c, 2014b).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas maternidades e serviços que realizam partos é um dispositivo técnico-assistencial que permite, além da garantia de acesso, a concretização do princípio da equidade, pois possibilita a identificação das prioridades para atendimento, ou seja, atender segundo a necessidade de saúde/gravidade/risco ou vulnerabilidade de cada usuário.

O ACCR possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações (BRASIL, 2009d, 2011c, 2014b).

Inclui-se ainda a garantia do acompanhante da escolha da mulher durante a internação desde o pré-natal, parto até o pós-parto é viabilizado pela Lei nº 11.105 de 2005. No mesmo ano, em dezembro, a Portaria nº 2418/GM regulamentou a presença de acompanhantes para mulheres na parturição nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Nacional de Humanização (PNH) aponta o acompanhante de sua escolha, como o representante da rede social da paciente que a acompanha durante toda a permanência no ambiente hospitalar.

Outro critério de qualificação de maternidade é operar em cogestão. Essa atividade é um modo de organizar o processo de trabalho que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde (BRASIL, 2007). A concepção de cogestão pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Configura-se como um modelo que inclui os diferentes sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Uma das marcas da cogestão é a perspectiva de construção compartilhada de conhecimentos (e intervenções), considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2008b).

3.2.2.2- A OPERACIONALIZAÇÃO DAS FASES DA REDE CEGONHA

Para operacionalização de implantação dessa estratégia será assumida a responsabilidade estadual por apresentação os municípios indicados para adesão. Sendo que essa fase possui duas modalidades: adesão facilitada para municípios que não compõem uma região de saúde prioritária tendo a possibilidade de programar a penas os componentes Pré-Natal e Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança. A outra modalidade, adesão regional, e pertinente para conjunto de municípios da(s) região(ões) de saúde priorizada(s), conforme critérios da portaria GM/MS n o 1.459 de 24 de junho de 2011 e Portaria nº 650/11.

A segunda fase é denominada desenho regional da rede cegonha e sua realização e de responsabilidade da Comissão Intergestora Regional (CIR) com o apoio do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha (GCERC). O desenho regional deve apresentar a análise da situação de saúde da mulher e da criança e incluir dados demográficos e epidemiológicos por faixa etária. Também deve ser realizado o dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e de controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros (BRASIL, 2011b, 2011c).

Depois de elaborado o desenho regional deverá ser criado um plano de ação regional com a definição das Ações de Atenção à Saúde para cada componente da rede. Da mesma forma deverá ser elaborado o desenho da rede cegonha no âmbito municipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria nº 1.459/11; Portaria nº 650/11).

Um roteiro metodológico, para a análise situacional e elaboração do desenho regional da rede cegonha, é proposto pelo MS ao Estado para efetivar a indicação de adesões Municipais à Rede Cegonha. Esses planos de ação regional e municipal da rede cegonha são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede cegonha, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e avaliação da RC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria nº 1.459/11; Portaria nº 650/11).

A seguir ocorre a fase de contratualização dos pontos de atenção da rede pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo município, com o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde e dos pontos de atenção à saúde da rede cegonha sob sua gestão. De acordo com o plano de ação regional e municipal que serão objeto de monitoramento e avaliação periódica pelo grupo condutor municipal e estadual da rede cegonha, o MS avaliará os resultados alcançados semestralmente para a manutenção do repasse financeiro ou repactuação das ações e metas.

Na atenção primária, a contratualização dos componentes pré-natal e puerpério ocorre por meio do PMAQ. E o componente Parto e Nascimento incluirá a programação das Ações que serão realizadas pelo hospital/maternidade previsto na Portaria nº 1.459/11 e Portaria nº 650/11 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 1.459/11; Portaria 650/11).

Esta fase, qualificação dos componentes, tem como objetivo implementar as ações definidas para cada componente da Rede conforme previsto na Portaria e nos planos de ação regional e municipal. A implementação dos planos, sob responsabilidade de gestores estaduais, municipais e dirigentes de serviços de saúde, é acompanhada pelos grupos condutores estaduais e municipais da rede cegonha, com monitoramento e avaliação periódica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b, 2011c, 2011m)

A última fase refere-se à certificação que é concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas na Portaria nº 1.459/11 avaliadas na fase de qualificação dos componentes.

Todo financiamento da rede cegonha, na qual todas as decisões de investimento, ocorrem com base na análise situacional elaborada no desenho regional que orienta o plano de ação regional conforme apresentado na operacionalização da rede cegonha. No plano de ação regional serão definidos quais e onde ocorrerão os referidos investimentos.

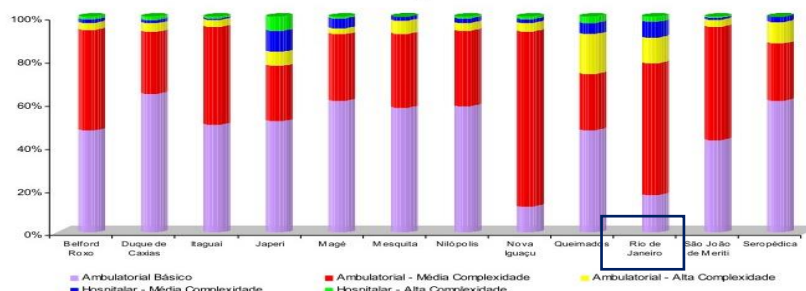
A rede cegonha é financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos recursos definidos no Anexo II da Portaria nº 1.459/2011 e Portaria nº 650/11. O financiamento previsto para o custeio dos leitos constantes no inciso II alínea “g” deverá ser complementado no valor de 20% pelo Estado e Município, de acordo com a pactuação regional, mas caberá aos Estados e Municípios a aplicação da verba (BRASIL, 2011b, 2011m).

Todos os recursos de custeio têm variação em seus valores globais de acordo com os resultados da avaliação periódica. Os recursos do componente parto e nascimento serão repassados mediante a contratualização, na qual estarão definidos indicadores, metas, responsabilidades e recursos.

3.3- PROGRAMA CEGONHA CARIOCA

Ao situar a cidade do Rio de Janeiro no contexto do Modelo de Atenção à Saúde proposto pelo SUS, em 2007, o Estado do Rio adere ao Pacto pela Saúde, incluindo outros Municípios. Entretanto como o município do Rio não priorizou a orientação conforme preconizado pelo MS, resultou que essa capital teve a pior oferta de Atenção Primária à Saúde. Gerando um cenário de filas e caos nos hospitais, que recebiam desde pacientes de baixa complexidade até casos que dependiam de outras especialidades médicas e atendimento de urgência (SES RJ, 2010).

Gráfico 45 - Metropolitana I - Distribuição % da Rede cadastrada no CNES por nível de atenção



Fonte: CNES Dezembro de 2008

A fim de melhorar a qualidade do serviço oferecido aos cariocas, em 2010, o estado do Rio aderiu à proposta do Sistema Único de Saúde de conformação em Rede de Atenção, compreendendo-a como estratégica para reorientação do modelo assistencial, com base na perspectiva regional e em concordância com as prioridades das Agendas de Saúde Federal (SMSDC-RJ, 2013a).



Neste propósito, a SMSDC/RJ, adotou melhores práticas na administração pública com a reestruturação da Atenção Primária e implantou o Programa **“Saúde Presente”**. A mudança, com a cobertura de Atenção Primária, saltou de 3,5% para 27,3%, deixando de ocupar as piores posições do País (SMSDC/RJ, 2010, 2013c).

Os resultados da assistência prestada à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na Cidade Rio, acompanhava as piores posições em desfechos indesejáveis, o Município ao aderir a organização do Sistema de Saúde em Rede de Atenção, no mesmo ano de 2010, apresentou o Projeto Programa Cegonha Carioca (PCC). O programa com as metas, regatou a dignidade na gestação, do parto e nascimento e ainda, contribuiu para a redução da mortalidade materna e neonatal, através de seus três módulos: Referência Pré-natal e Maternidade; Acolhimento e Classificação de Risco; e Transporte (SMSDC, 2010).

A SMS do Rio trouxe como principais bandeiras em seu projeto, a vinculação à maternidade de referência desde a primeira consulta e a disponibilização de transporte para o parto, visando reduzir a peregrinação anteparto e melhoria dos indicadores materno e neonatal (SMSDC, 2010).

O PCC, além de incentivar a realização do pré-natal a partir de uma extensa articulação da SMS com todas as Maternidades Públicas da cidade, estabeleceu uma rede de referência que garantiu a linha de cuidado à gestante, da atenção pré-natal até a atenção ao parto e ao nascimento. As maternidades municipais, ganharam equipes exclusivas para o acolhimento e a classificação de risco das gestantes, garantindo, desde a chegada, a tranquilidade, o apoio e a boa prática clínica obstétrica e neonatal, incluindo serviço exclusivo de ambulâncias para o transporte das gestantes, de casa para a maternidade de referência, no momento do parto (SMSDC/RJ - anexo I- Programa Cegonha Carioca, 2010).

Para atender a nova demanda, a SMS do Rio de Janeiro, fez parceria com organizações sociais (OSs) para a gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do PCC (MAIA, 2014). Em virtude dos recursos indisponíveis no orçamento de 2010, o PCC não deu continuidade a implantação do Programa (SES-CIB/RJ, 2011c).

Em 2011, o Estado do Rio de Janeiro e o Município do Rio de Janeiro atendem aos critérios do Ministério da Saúde referente ao Novo Modelo de Atenção à Saúde da Mulher – Estratégia Rede Cegonha, em conformidade a Portaria GM/MS nº 1.459/2011 e Portaria nº 650/11, e segue com a proposta de adesão a Rede Cegonha.

A adesão deu-se por meio de diálogo entre a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), e as Secretarias Municipais de Saúde das Regiões Metropolitanas I e II e o

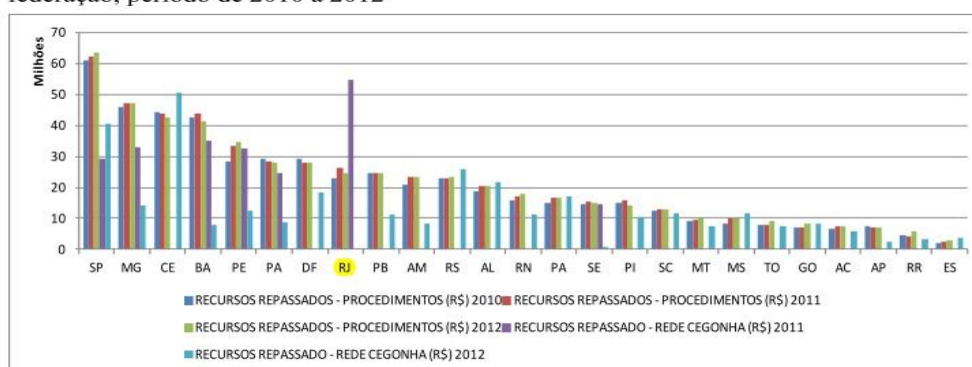
Ministério da Saúde, com aproximação de gestores e técnicos em prol da melhoria da organização da linha de cuidado materno-infantil nas regiões definidas como prioritárias. Em 2011, institui o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha no âmbito do Estado do Rio de Janeiro pela Deliberação Comissão Intergestores Bipartite (CIB) - CIB-RJ Nº 1.373, em 07 julho de 2011 (SES- CIB-RJ, 2011).

A Cidade do Rio de Janeiro foi considerada pelo Grupo Condutor Estadual a implementar a RC na 1ª etapa do processo de Adesão, sendo aprovado e publicado na Portaria nº 3.018, de 21 de dezembro de 2011 (Anexo I) a integrar ao Modelo de Atenção à Saúde em conformidade ao novo Pacto Federativo no âmbito do SUS, que reafirma o compromisso com a população em prestar serviço de qualidade, segurança e humanizado na atenção à mulher e à criança da cidade no Rio de Janeiro (SES- CIB-RJ, 2011).

Nos Fóruns realizados pela SES/RJ, foi elaborado o Desenho Regional para implantação da RC nos 19 municípios envolvidos, com aprofundamento das discussões sobre as linhas de cuidado materno-infantil nos municípios, – que foi a base para a elaboração dos Planos de Ação Regionais – e foi pactuada a programação físico-financeira da Rede de forma regional.

Um estudo de implantação da Rede Cegonha no âmbito do SUS realizado por Santos (2013, P 43), o gráfico 2 [...] demonstra que entre as “ unidades da federação que aderiram à Rede Cegonha, o estado do Rio de Janeiro recebeu o maior aporte de recursos financeiros da Rede Cegonha repassados pelo Governo Federal, o que correspondeu a 24% do montante total dos repasses”.

Gráfico 2 – Repasse de recursos financeiros realizados pelo Governo Federal referente ao conjunto de estabelecimentos de saúde que aderiu a Rede Cegonha por unidade da federação, período de 2010 a 2012



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados fornecidos pela DRAC e portarias publicadas pelo Ministério da Saúde, 2013.

Fonte: Dados extraído de SANTOS (2013, p 43)

Como proposto no investimento, de forma a garantir a estrutura adequada e a qualidade da atenção à saúde de gestantes e bebês da Cidade do Rio de Janeiro, a SMS expandiu a Atenção

Primária à Saúde por todo o Município e inaugurou três maternidades, o que representa um acréscimo de 200 leitos obstétricos e 90 leitos neonatais, incluindo 10 ambulâncias baseadas nas diferentes regiões geográficas da cidade. Esta ação configurou-se como uma estratégia fundamental para a erradicação da peregrinação das gestantes e parturientes para o fortalecimento das referências e organização da rede de atenção obstétrica na cidade (SMSDC/RJ, 2010).

4- PLANO TEÓRICO DO ESTUDO

Para a elaboração do estudo, inicialmente, foram realizadas inúmeras pesquisas nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO tendo como referência, o segundo semestre de 2012 e o primeiro semestre de 2013. Nesta considerou-se os operadores booleanos AND/OR das seguintes palavras chaves: Avaliação em Saúde; Avaliação de programa; Assistência à mulher: pré-natal, parto e pós-parto; Programa Cegonha Carioca, Rede Cegonha e Política de Saúde.

Para a seleção inicial dos resultados ocorreu a leitura dos resumos de cada artigo, foram descartados aqueles que evidentemente não estavam relacionados à discussão da temática.

Em razão ao curto período de tempo da implementação da Rede Cegonha no território nacional e na cidade do Rio de Janeiro, a pesquisa permitiu encontrar apenas dois estudos que tratavam se da temática, justificada pela regulamentação recente. Entre esses, um tratava da conclusão de curso de Residência Multiprofissional na Fundação Oswaldo Cruz, tendo como objetivo construir o Modelo Lógico da Rede Cegonha para a compreensão da sua teoria, em 2013. O outro estudo, trabalho de conclusão de curso, apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 2012, tendo como objetivo, analisar as implicações da contra-reforma neoliberal na saúde no Brasil, particularmente no Rio de Janeiro a partir do Programa Cegonha Carioca.

As pesquisas possibilitaram leituras de diversos documentos oficiais e das informações contidas no cruzamento dos termos, os quais permitiram o conhecimento do novo ordenamento do modelo de atenção à saúde mulher, a Estratégia Rede Cegonha, na Rede de Atenção à Saúde.

Considerando as questões aqui colocadas propôs-se como questão norteadora do projeto de pesquisa, avaliar as mudanças ocorridas na organização das ações e dos serviços para melhorar o acesso e qualificar a assistência na atenção pré-natal, parto e pós-parto com a implementação da Estratégia Rede Cegonha no Município do Rio de Janeiro.

4.1- DESENHO TEÓRICO DOS COMPONENTES DA ESTRATÉGIA REDE CEGONHA

A intervenção focalizada para este estudo avaliativo foi a Rede Cegonha (RC) na Rede de Atenção. Nessa consiste o Plano de Ação considerado orientador para implementar as ações e os serviços prestados na atenção pré-natal, parto e pós-parto, que operam, à luz do novo Modelo de Atenção à Saúde da Mulher.

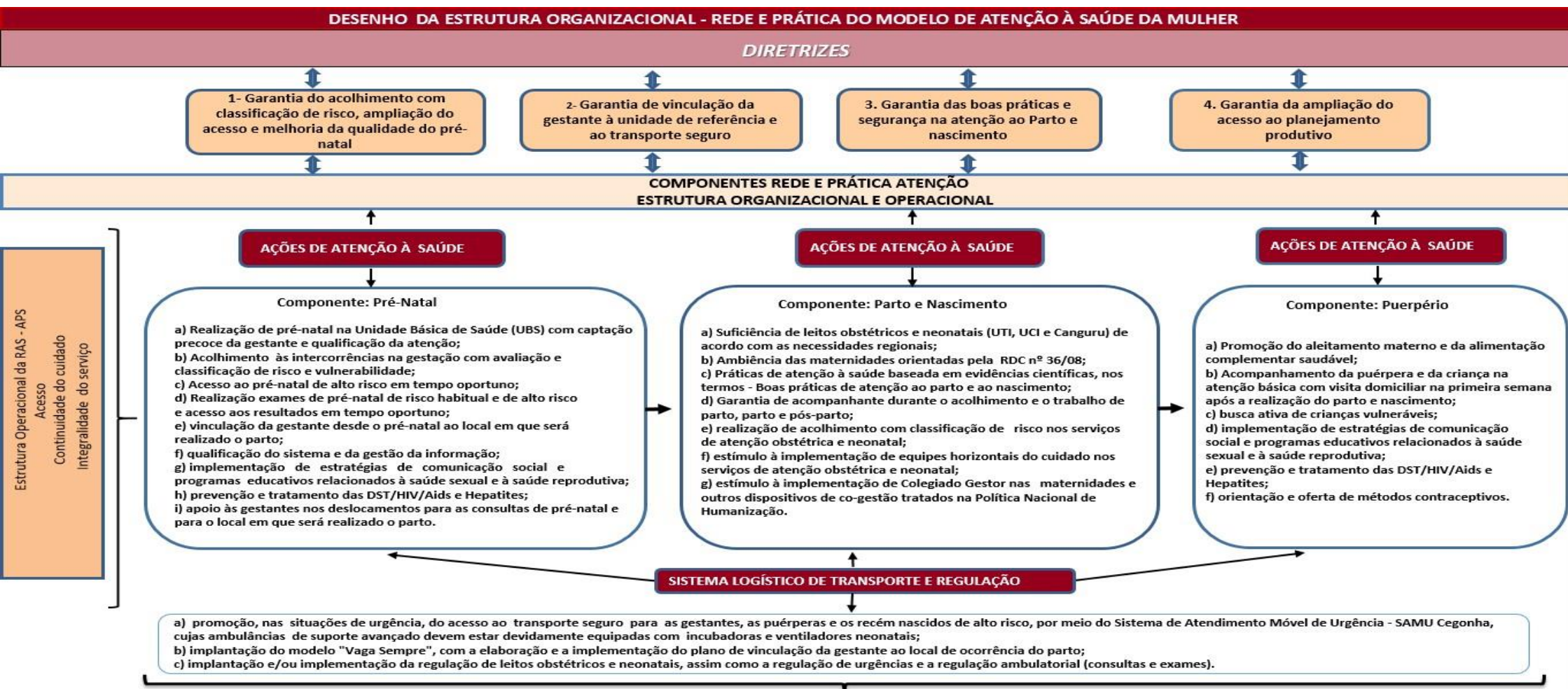
Na primeira etapa buscou-se os instrumentos normativos publicados pelo Governo Federal entre os anos de 2010 a 2014. O período foi selecionado em razão ao momento da reorganização do sistema de saúde brasileiro em Rede de Atenção e da criação da Rede Temática, Rede Cegonha.

A orientação do estudo foi fundamentada no arcabouço normativo, como destaque, os Atos Normativos publicados nos documentos oficiais do Ministério da Saúde conforme consta nas Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000; Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005; Portaria GM/MS nº 1.459/2011; Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014; Portaria nº 650/2011 – Plano de Ação da Rede Cegonha (anexo II); Manual prático para implementação da Rede Cegonha; Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN); Caderno de Atenção Básica nº 32 – “Atenção ao pré-natal de baixo risco”(CAB-32), Resolução RDC 36/08 e Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, PCATool- BRASIL (2010), Programa de Monitoramento e Avaliação (PMAQ, 2012).

Dentre outras fontes de pesquisa de consultas consideradas, a Secretarias de Saúde Estaduais (Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS) e Municipais (Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS); o Portal da Prefeitura do Rio de Janeiro (<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms>) e o Portal da Saúde do Estado do Rio de Janeiro (<http://www.saude.rj.gov.br/>).

Considerou-se ainda para o estudo, as concepções teóricas e normativas da implementação da Estratégia Rede Cegonha. Para entendimento e análise do estudo, elaborou-se um desenho teórico da Estrutura Organizacional da Rede e Prática do Modelo de Atenção à Saúde da Mulher (Fig 4), acerca dos componentes pré-natal, parto e nascimento e pós-parto constitutivos no Art. 7º da Portaria 1.459/2011 e o Anexo I da Portaria 650/11, que compreende o Plano de Ação. Nesse, uma série de ações de atenção à saúde ordenadora dos componentes são consideradas, com o propósito de promover o alinhamento político-institucional recomendados para implementação da Rede Cegonha, no âmbito do SUS como Rede Temática através da Portaria 4.279/10.

Figura 4: DESENHO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL – REDE DE CEGONHA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



Fonte: Elaborada pela autora a partir da Portaria MS/GM nº 1.459/2011

4.2- MATRIZES PARA JULGAMENTO E ANÁLISE DOS COMPONENTES: ATENÇÃO PRÉ-NATAL; PARTO E PÓS-PARTO

O desenho teórico utilizado para investigar e analisar as ações e os serviços prestados na atenção pré-natal, parto e nascimento, e pós-parto na Rede Cegonha do município do Rio de Janeiro, analisou a organização dos serviços nas práticas profissionais, articuladas ao conjunto de ações coordenadas que configuram em um determinado processo de trabalho em saúde estruturado pelos serviços. Para desenvolvimento do estudo, considerou a dimensão estrutura e o processo, segundo o referencial teórico de Donabedian (1988). Para operacionalizar a análise do estudo, desenvolveu-se 3 matrizes que expressam a lógica da intervenção em forma de juízo de critério e de valor em conformidade as normativas do Plano de Ação para implementação da Estratégia Rede Cegonha (Fig 5, 6 e 7)

Para a construção dos critérios e normas composto nas matrizes de julgamento da intervenção, organização do conjunto de ações e serviços, selecionou-se as atividades correspondentes aos componentes pré-natal, parto e nascimento e pós-parto descrito no plano de ação como orientador para implementação da Estratégia e posteriormente relacionou com as ações normativas contidas nos documentos oficiais do MS na prestação da assistência na atenção à saúde da mulher.

Desta forma, visando compor a avaliação organizacional das ações e serviços no componente parto e nascimento, considerou-se a RDC 36/08 quanto ao: - recursos físicos e materiais relacionados a ambiência do centro-obstétrico e os recomendados que favorecem a boa prática obstétrica para estimular o parto fisiológico e humanizado para melhoria e qualificação da assistência à mulher.

Para compor os critérios e normas de julgamento da organização das ações e dos serviços, nos componentes atenção pré-natal e pós-parto, considerou os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS): acesso, continuidade do cuidado e integralidade do serviço, segundo Starfield (2002) e o instrumento de monitoramento e avaliação do Ministério da Saúde - PAMAQ-AB.

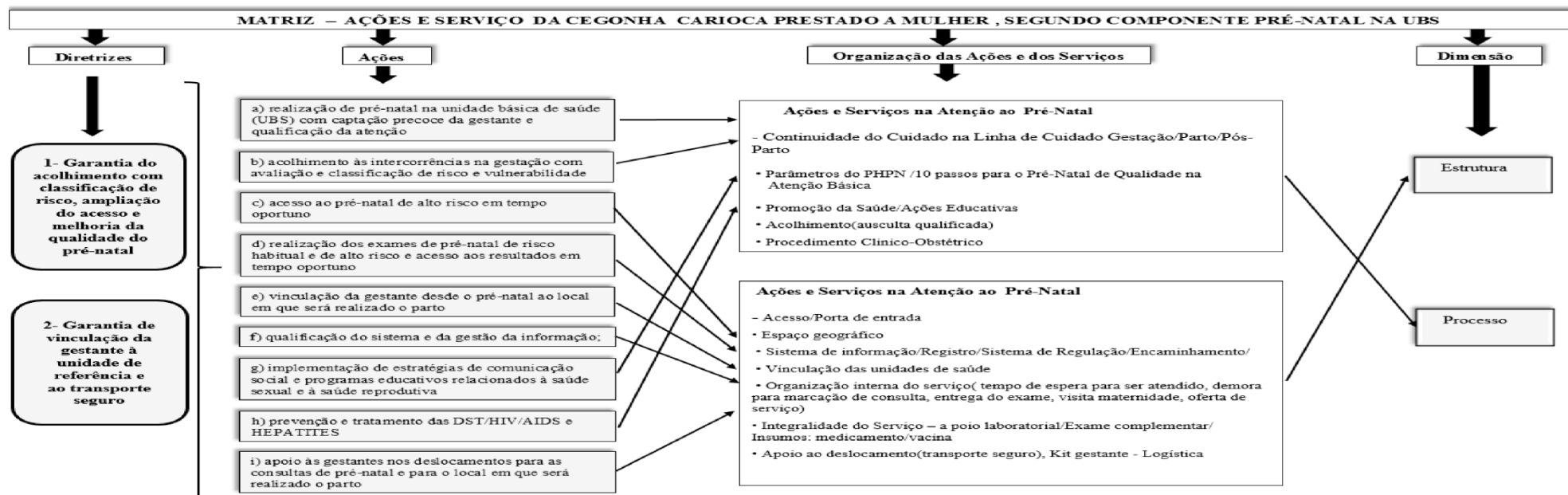
Para atingir a proposta do estudo utilizou-se para análise o referencial teórico de Donabedian(1988) ao valor atribuído a dimensão estrutura e processo organizacional e funcional do serviço, empregados para atingir a produção assistencial, na relação entre profissionais de saúde e o cliente, nas práticas desenvolvidas e a utilização dos conhecimentos técnico-científicos pelos profissionais para melhoria da assistência.

Para este fim, determinou-se para a avaliação da dimensão estrutura e processo as seguintes ações e serviços correspondentes aos componentes Pré-natal, Parto e Pós-parto:

♦ Na dimensão estrutura: Pré-natal: - acesso/ porta de entrada; - espaço geográfico; - sistema de informação/registo/sistema de regulação/ encaminhamento (vinculação das unidades de saúde); - organização interna do serviço (tempo de espera para ser atendida, demora para marcar consulta, entrega do exame, visita maternidade, oferta de serviço). Parto e nascimento: - ambiência da maternidade para oferecer as boas práticas ao parto e nascimento (instalação física, recursos materiais, acolhedora, biossegurança adequada para atendimento); - vinculação com a UBS; - acolhimento/classificação de risco; - visita maternidade; - direito ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Pós-parto: - acesso/porta de entrada; - integração da rede de serviço/vinculação/ encaminhamento especializado; - organização interna do serviço.

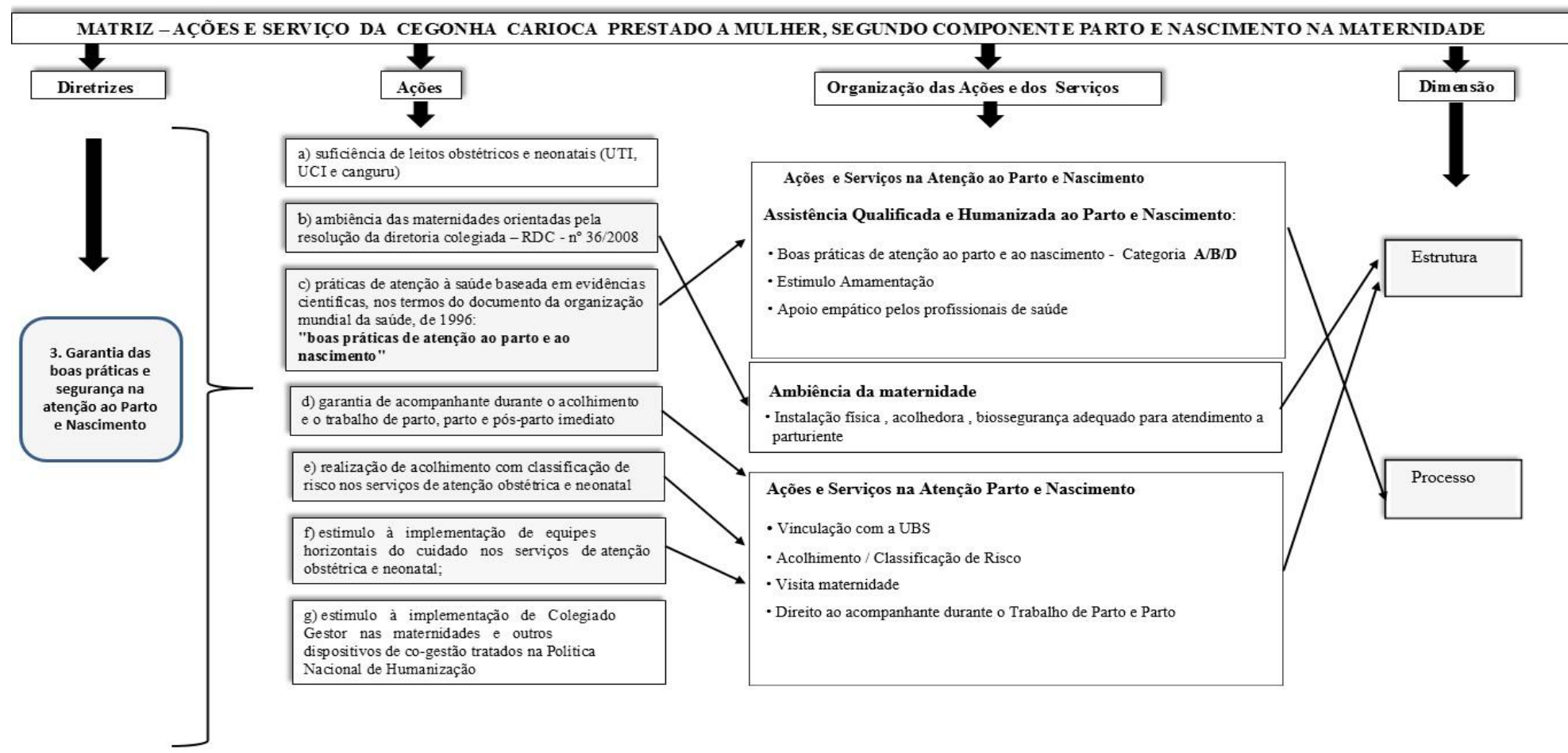
♦ Na dimensão processo: Pré-natal: - continuidade do cuidado na linha do cuidado da atenção pré-natal, parto e pós-parto; - parâmetros de qualidade da assistência no pré-natal (CAB-32) e os 10 passos para o pré-natal na Atenção Primária; - Promoção da saúde/ações educativas; - procedimentos clínico-obstétricos. Parto e nascimento: - boas práticas de atenção ao parto e nascimento- categoria A/B/D; - estímulo amamentação; - apoio empático pelos profissionais de saúde. Pós-parto: - primeira semana integral de saúde; -assistência clínico-ginecológica; - estímulo/avaliação aleitamento materno; - continuidade do cuidado na UBS mantido; - promoção da saúde/ações educativas/planejamento familiar/encaminhamento para profissional especializado.

FIGURA 5- MATRIZ PRÉ-NATAL



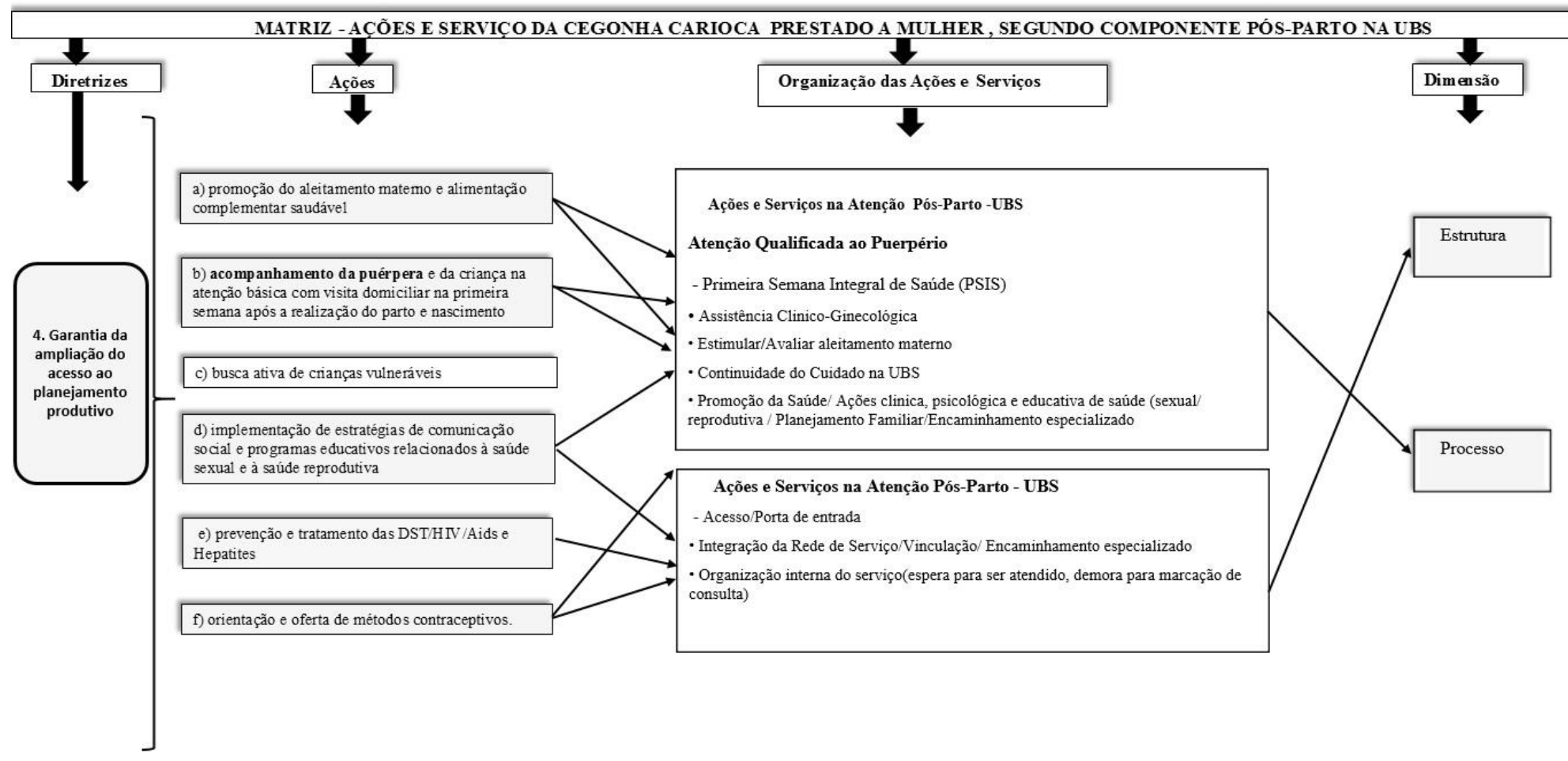
Fonte: Elaborada com base em referências obtidas em documentos oficiais orientadores da implementação da Rede Cegonha

FIGURA 6- MATRIZ PARTO E NASCIMENTO



Fonte: Elaborada com base em referências obtidas em documentos oficiais orientadores da implementação da Rede Cegonha

FIGURA 7- MATRIZ PÓS-PARTO



Fonte: Elaborada com base em referências obtidas em documentos oficiais orientadores da implementação da Rede Cegonha

5- MÉTODO

5.1- TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa quantitativa, transversal, descritiva, do tipo avaliação normativa.

A Avaliação Normativa, segundo Contandriopoulos et al (1997 p.31-34) consiste em fazer juízo de valor sobre uma intervenção em comparação aos critérios e normas de modo a verificar a correspondência do resultado acerca da organização (estrutura) e os serviços produzidos (processo).

Para o julgamento da intervenção, considerou-se o referencial teórico de Avedis Donabedian(1988) quanto a dimensão ESTRUTURA, que analisa os aspectos organizacional do serviço que inclui, funcionamento/normas; PROCESSO, observa-se as atividades e técnicas, bens e serviços prestados, como são prestados e a relação interpessoal (DONABEDIAN, 1988; 2003).

A avaliação da saúde quando investigada estrutura e processo, pode ser julgada pelo grau em que se espera alcançar a esse bem. Desta forma é possível avaliar a qualidade aplicada como, ineficiente (negativa) ou inadequada, quando encontra o menor resultado desejado ou alcançado e como eficiente (positiva) ou adequado, quando encontra maior resultado desejado, mostra melhorada e satisfatória (DONABEDIAN, 1988 p 1745).

Como estratégia metodológica para análise da organização das ações e dos serviços dos componentes da Atenção no pré-natal e pós-parto, na APS, considerou-se os atributos essenciais: Acesso; Continuidade do Cuidado e Integralidade do Serviço em conformidade a proposta político-governamental para a mudança de modelo de atenção à saúde no contexto do SUS.

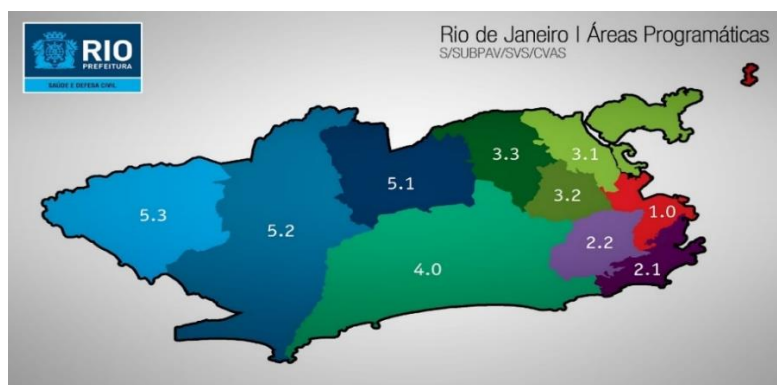
Nessa Premissa considerou-se; acesso/porta de entrada como o primeiro contato ao serviço de saúde e a acessibilidade implicou ao uso de serviços a cada novo problema ou para acompanhamento de saúde. Para a continuidade do cuidado/longitudinalidade destacou-se a existência do aporte regular e responsável de práticas de cuidados pela equipe de saúde e seu uso em um ambiente de relação mútua entre equipe de saúde e indivíduos. A integralidade considerou-se a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da mulher adscrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde, em oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia dos diversos tipos de serviços (STARFIELD, 2002)

5.2- LOCAL DA PESQUISA

A cidade do Rio de Janeiro foi a capital do país de 1763 a 1960 e do estado homônimo desde 1974, é a segunda metrópole mais populosa do Brasil, com 6.323.037 habitantes, segundo censo do IBGE (2010).

Atualmente a cidade do Rio de Janeiro, está inserida na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro. A SMSDC/RJ, trabalha desde 1993 em relação à gestão de saúde, com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento de Saúde (APs) e Regiões Administrativas e Bairros.

Figura 8 - Áreas de Planejamento (AP) da Cidade do Rio de Janeiro



Fonte: SMSDC, 2012

A APs do Município diferencia as US pela sua característica, no que diz respeito à oferta de serviços, estrutura física, população, indicadores socioeconômicos e possui uma estrutura gerencial denominada Coordenação de Área de Planejamento (CAP) (SMSDC/RJ, 2013).

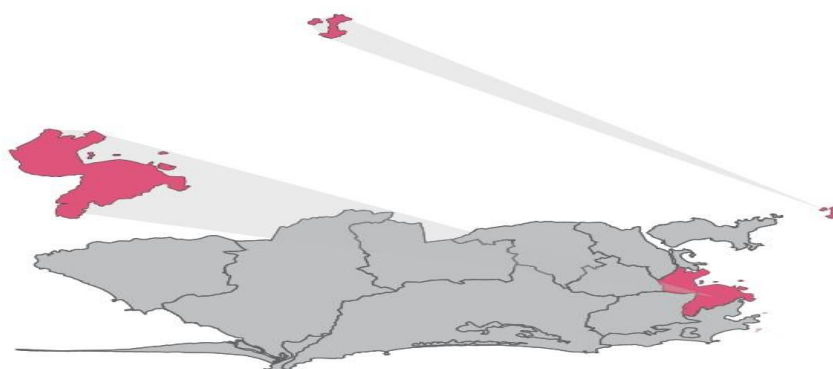
As Unidades de Saúde, são classificadas em 3 tipo: **A**- unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes da Estratégia Saúde da Família; **B**- unidades de saúde tradicionais, com incorporação de uma ou mais equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que cobrem parcialmente o território; **C**- unidades de saúde tradicionais, sem a presença de equipes de Saúde da Família consideradas Centro Municipal de Saúde (CMS) (SMSDC, 2013).

No município, os serviços oferecidos pelos CMS, são: consultas individuais e coletivas; saúde bucal; vacinação; pré-natal; eletrocardiograma; exames laboratoriais (sangue, urina e fezes); curativos; coleta do exame citopatológico; planejamento familiar; vigilância em saúde; teste do pezinho; tratamento e acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos (SMSDC, 2013).

A mulher que precisa de consultas médicas ou de enfermagem deve procurar a unidade mais próxima de sua residência. Se houver necessidade de exames complementares, o médico do CMS fará o encaminhamento a uma policlínica, ESF ou hospital, que atua de forma integrada a partir do Sistema de Regulação – Sisreg

As APs são muito heterogêneas, em função da história e evolução da ocupação. A Área de Planejamento de Saúde (APs) 1.0, local do estudo, está localizada na Região Central do Município do Rio de Janeiro, compreende uma fatia de 28,7% da região e abrange os Bairros: Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama.

Figura 9- Área Planejamento 1.0 do Município do Rio de Janeiro



Fonte: SMSDC, 2013

No último Censo Demográfico do IBGE (2010), a APs 1.0 totalizava 297.976 habitantes sendo 141.342 homens e 156.634 mulheres, 573 setores censitários, e uma área de 34,0 km². Isto significa uma densidade demográfica de 8.663,30 habitantes / km². Em 2010, a distribuição por faixa etária correspondia a: 3.455 crianças menores de um ano (1,2%), 13.401 crianças de um a quatro anos (4,5%), 60.421 menores de 15 anos (20,3%). As mulheres de 15 a 49 anos somavam 83.588 pessoas (53,4% das mulheres), e os idosos (de 60 anos ou mais) eram 42.436 pessoas (14,2% do total).

A região concentra a maior proporção de pessoas do município do Rio de Janeiro morando em favelas (29,0%) e por outro lado, essa área possui o maior aparato público de saúde instalado na cidade.

A AP 1.0 é composta de 15 Unidades de Saúde, sendo: 05 Estratégias Saúde da Família (ESF); 2 Clínicas da Família (CF); 1 Centro de Serviço Especializado (CSE); 05 Centros Municipais de Saúde (CMS) e 02 das principais Maternidade de referência do Estado Rio de Janeiro: O Hospital Maternidade Fernando Magalhães, com atendimento a gestante de risco;

Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, com atendimento a gestante de risco habitual (Guia RIO-SUS, 2013).

A figura nº 10 representa a distribuição geográfica das Unidades de Saúde da AP 1.0, em destaque os CMS que se constituíram em cenário do estudo.

Figura 10- Distribuição geográfica das Unidade de Saúde da AP 1.0



UNIDADE DE SAÚDE

- 1- CF Fernando Antônio Braga Lopes
- 2- CF Dona Zica
- 3- Hospital Maternidade Fernando Magalhães
- 4- **CMS Ernesto Zeferino Tibau Jr.**
- 5- CMS Providência (cobertura ESF)
- 6- CMS José Messias do Carmo (cobertura ESF)
- 7- **CMS Marcolino Candau**
- 8- ESF São Francisco de Assis
- 9- Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda
- 10- **CMS Oswaldo Cruz**
- 11- ESF Centro de Serviço Especializado Lapa
- 12- CF Sérgio Vieira de Mello
- 13- CMS Ernani Agrícola (cobertura ESF)
- 14- CMS Turano (cobertura ESF)
- 15- CF Unidade Integrada de Saúde Manoel
- 16- Arthur Villaboim (Localizada na Ilha de Paquetá)

Legendas: Clínica da Família (CF); Centro Municipal de Saúde (CMS) e Estratégia Saúde da Família (ESF)

Fonte: Imagem capturada do Google Earth, 2013

O estudo foi desenvolvido em Centro Municipal de Saúde (CMS): Ernesto Zeferino Tibau Jr, Marcolino Candau e Oswaldo Cruz, localizados na Área de Planejamento 1.0 (AP 1.0) da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa do Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ, 2013).

A escolha das Unidades de Saúde (US) deu-se pelas características da organização do serviço: o atendimento ser de livre demanda, ou seja, quando a usuária busca o serviço de saúde frente à necessidade percebida ou entendida para o seu bem-estar. O outro motivo da escolha, foi a US ser contemplada com duas das principais Maternidades de referência da Rede de Saúde do Município do Rio.

5.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população selecionada para compor a amostra foram as mulheres no período de pós-parto que buscaram atendimento para a própria ou para o bebê nos diversos setores do CMS, como: serviço de ginecologia; consulta de pós-parto; planejamento familiar; consulta de puericultura; vacinação e teste do pezinho e orelhinha.

Para obtenção da amostra, optou-se por um estudo não probabilístico, utilizando-se da técnica de amostragem intencional. Para Polit & Beck (2011, p 249) a amostragem não

probabilística é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende de partes do julgamento do pesquisador ou do entrevistador de campo. Na amostra intencional, o pesquisador seleciona membros da população mais acessível para o estudo proposto.

Segundo Costa Neto (1977, p.43), quando a população é definida, mas difícil de estabelecer a amostra, o pesquisador é forçado a constituir a amostra com a parte da população que lhe é acessível. Para o autor esta situação ocorre com muita frequência na prática, uma vez que “nem sempre é possível se ter acesso a toda a população do objeto de estudo, sendo assim, é preciso dar segmento a pesquisa utilizando-se a parte da população que é acessível na ocasião da pesquisa”.

De acordo com Marotti (2008) e Oliveira (2001), a amostragem intencional é um método rápido e pouco oneroso para escolha dos elementos da amostra e pode ser usado em pesquisas exploratórias.

Para obtenção da amostra, utilizou-se os seguintes critérios de inclusões: mulheres acima de 18 anos em até 120 dias de pós-parto e ter realizado o pré-natal, parto e pós-parto no Município do Rio de Janeiro.

De acordo com os critérios de inclusão estabelecidos, o *n* amostral constou de 158 puérperas. Quatro (4) entrevistadas foram excluídas por estar abaixo da faixa etária estabelecida no critério de inclusão; três (3) realizaram pré-natal na rede pública e o parto na rede privada; sete (7) recusaram em participar da pesquisa pela proximidade da consulta do seu filho e, dez (10) foram consideradas perdas, pelo motivo de ter iniciado o preenchimento do formulário, mas não deram continuidade após serem chamadas para a consulta de seu filho no serviço de puericultura ou vacinação, perfazendo um *n* amostral de 134 puérperas.

5.4 - COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi condicionada ao aceite formal da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo.

É importante destacar que antes de iniciar a fase de campo para a coleta de dados, realizou-se previamente treinamento de quarto acadêmicas, voluntárias, oriundas do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, para conhecimento e envolvimento do estudo, bem como, para a apropriação do instrumento de coleta dos dados para obtenção dos dados com clareza e precisão. Ressalta-se que em todo momento das entrevistas, as voluntárias ficaram sob a supervisão da pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas no período de maio a agosto de 2015 nos CMS, junto as puérperas que compareciam ao serviço para atendimento tanto para ela como para o seu filho à demanda livre. Durante a entrevista buscou preservar a privacidade das participantes e não interferir no andamento da rotina da Unidade de Saúde.

As puérperas foram convidadas a participar da pesquisa e na sequência, recebiam informações sobre o estudo e, se desejassem participar, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era lido e assinado (Apêndice B).

O recurso utilizado para a obtenção dos dados foi o formulário, com perguntas fechadas (Apêndice A).

5.5 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para coleta de dados continha as questões pertinentes a atenção pré-natal, parto e nascimento, e pós-parto em conformidade aos documentos oficiais proposto para implementação da Rede Cegonha. Nesta configuração as variáveis compuseram as atividades normatizadas no plano de ação para orientação e implementação das ações e serviços de saúde dos componentes pré-natal, parto e pós-parto, CAB - 32 e documento RDC/36. Nesta representação, as variáveis integram a estrutura e processo organizacional das Ações e Serviços (DONABEDIAN, 1988).

É importante destacar que no documento RDC/36 apenas considerou as questões correspondentes ao componente parto e nascimento, como a ambiência e as boas práticas do parto. Para as questões correspondentes aos componentes pré-natal e pós-parto, inseridas na Atenção Primária à Saúde em relação aos atributos essenciais dos serviços primários que são: o acesso/porta de entrada do indivíduo com o sistema de saúde; a continuidade do cuidado/longitudinalidade e a integralidade segundo Starfield (2002), considerou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como orientador na construção das questões que correspondem a Fase Avaliação Externa - Módulos I e III do instrumento,

É importante frisar que neste estudo, não considerou para fins de cálculo os critérios de mensuração da ferramenta com escala nominal e/ou escala de razão sobre as variáveis dispostas no instrumento PMAQ-AB.

A parte inicial do instrumento versa sobre registros específicos da pesquisa, como: número do instrumento, dia da coleta de dados, nome, endereço e a Unidade Básica de Saúde de estudo.

O instrumento foi organizado em duas partes, sendo a primeira composta com as variáveis correspondentes as características socioeconômica, demográficas e reprodutiva, como: idade; escolaridade; situação conjugal; renda familiar; história obstétrica: Paridade (número de gestação e aborto); gravidez planejada e a aceitação da gravidez.

A segunda parte do instrumento compôs de questões relativas as ações e os serviços prestados em relação a atenção ao pré-natal, parto e pós-parto. Nesta premissa, elegeu as seguintes variáveis que compuseram essas 2 partes:

♦ *Atenção Pré-Natal:*

- escolha da Unidade de Saúde para realizar o pré-natal; distância entre a residência e UBS; meio de transporte que utiliza para chegar na UBS; agendamento da primeira consulta de pré-natal; dificuldade encontrada para marcar a consulta; motivo da dificuldade; horário de funcionamento do serviço de pré-natal; tempo de espera para ser atendida após o agendamento da consulta; dias de atendimento da consulta; tempo de espera de atendimento; necessidade de consulta fora do agendamento (urgência); procurou atendimento na UBS; dificuldade de atendimento na UBS fora do agendamento(urgência); motivo da dificuldade de atendimento; medicamento oferecido na UBS; exames de rotina realizados na UBS; tempo de espera para realizar os exames de rotina; tempo de espera para receber os resultados dos exames; exames complementar (agendamento pela UBS); visita à maternidade de referência/vinculação; motivo de não realizar a visita à maternidade de referência; recebimento do Kit gestante, meio de transporte para locomover até a maternidade e motivo de não utilizar ambulância rede cegonha.

- idade gestacional na primeira consulta de pré-natal; número de consultas realizadas; profissional que realizou o pré-natal; consultas intercaladas; procedimento clínico-obstétrico e ginecológico (colpocitologia oncótica); ausculta qualificada; atividade educativa e encaminhamentos a especialistas.

♦ *Atenção ao Parto:*

- dificuldade de internação na maternidade de referência; por qual motivo; local/ambiente que aguardou atendimento na maternidade até ser encaminhada para o centro-obstétrico; local encaminhada para o primeiro atendimento na maternidade e caracterização da sala de parto(ambiência).

- acompanhante em trabalho de parto; alimento oferecido em trabalho de parto; oferecimento de técnicas favorecedoras para boas práticas ao parto (deambulação, massagem, banho, bola, escala de ling, barra fixa, banheira,); amniotomia; infusão de soro (ocitocina);

informações e explicações da evolução do parto; via de parto; estímulo a amamentação (sala de parto) e orientação de retorno a UBS para consulta de pós-parto.

♦ *Atenção Pós-parto*

- dias de pós-parto; atendimento na UBS para mãe ou bebê; agendamento de retorno a UBS, pela maternidade; realização da consulta de pós-parto; motivo da não realização da consulta de pós-parto; marcação da consulta de pós-parto na UBS.

- procedimento clínico – ginecológico; retirada de ponto, orientações recebidas na consulta de pós-parto e encaminhamentos especializado.

Para cada componente da linha de cuidado investigada, foi mantido um espaço para anotação e comentário que permitisse o entrevistador registrar, quando considerado importante, algum relato destaque durante a investigação.

5.6- ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, os dados foram digitados, armazenados e organizados em planilha construída no programa Microsoft Excel 2013. A apresentação visual seguiu a sequência à linha de cuidado pré-natal, parto e pós-parto em cores diferentes.

As análises foram apresentadas quanto aos aspectos relativos à organização da Rede Cegonha no Município do Rio nas dimensões estrutura e processo sustentado na proposta teórica de Donabedian. Para a análise correspondente a dimensão estrutura, considerou a organização do serviço prestado e para análise da dimensão processo, considerou a prática profissional na prestação da assistência, analisados em conformidade aos documentos oficiais do Ministério da Saúde. Nesta proposta, foi considerado adequado ao juízo esperado e empregado, quando observado as ações e os serviços prestados que garantem a melhoria e qualidade da atenção à saúde materna.

Tendo em vista tratar-se de pesquisa avaliativa normativa de programa recentemente implementado, onde não há outra pesquisa semelhante nos bancos de dados para a realização do confronto de resultados, e ao considerar os resultados informativos úteis a partir de um conjunto de dados, o estudo, configurou-se em pesquisa de caráter estatístico e descritivo.

Para a organização dos dados considerou a frequência absoluta e relativa, a partir dos percentuais das respostas das variáveis, as quais foram organizadas em tabelas. Para tanto, os dados foram explorados por meio de técnica de análise univariada, não havendo associação entre as variáveis.

5.7- ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/UFRJ como proponente da pesquisa, de acordo com os princípios éticos que constam na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de saúde, tendo recebido aprovação, Número do Parecer: CAAE: 30437214.0.0000.5238.8 e com anuência da SMS.

As puérperas selecionadas para o estudo, foram abordadas e convidadas a contribuir com a pesquisa, no momento da abordagem o pesquisador informou a natureza, os objetivos e as finalidades da mesma e em seguida, a convidou a participar do estudo. Após a Concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução nº 466/12, uma cópia do termo foi entregue a entrevistada e a outra, guardada pela pesquisadora

6- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados tanto os resultados quanto a discussão dos dados, que objetivou avaliar, na perspectiva da mulher, a atenção pré-natal, ao parto e nascimento, e no pós-parto com foco na Estratégia Rede Cegonha, nas dimensões estrutura e processo no contexto organizacional das ações e serviços de saúde.

Os dados correspondem a 134 entrevistas realizadas com puérperas, que buscaram atendimentos em 3 Centros Municipais de Saúde (CMS), da Área de Planejamento (AP) 1.0, localizados na cidade do Rio de Janeiro, no período de junho a agosto de 2015.

As descrições da análise dos resultados serão apresentadas sequencialmente a linha de cuidado: atenção pré-natal, parto e pós-parto.

6.1- INDICADORES SÓCIODEMOGRÁFICO E HISTÓRIA REPRODUTIVA DAS PUÉRPERAS DO ESTUDO

Na TABELA 1, são apresentadas as condições social, econômica e demográfica das participantes, conforme a idade, escolaridade, situação conjugal e renda familiar em salário mínimo (SM). Na TABELA 2, será apresentada a história reprodutiva das puérperas (número de gestações, número de aborto realizado, gravidez planejada e aceita).

A idade das puérperas variou entre 18 e 38 anos ou mais. A maioria, das participantes 38 (28,3%) é de jovens na faixa etária de 18 a 22 anos; 23 (17,1%), encontram-se como jovens adultas de 23 a 27 anos e 28 (20,9%), de 28 a 32 anos. Quanto à escolaridade, 56 (41,7%) possuem ensino médio completo; 32 (23,8%) tem ensino médio incompleto; 22 (16,4%) ensino fundamental incompleto e 14 (10,4%), com o ensino fundamental completo. Verificou-se que 57 (42,5%) mantêm união consensual, 41 (30,6%) são solteiras e 35 (26,1%) são casadas. Quanto à renda familiar, 67 (50,0%) vivem com 2 a 3 SM e, 55 (41,0%) vivem com 1 SM (Tabela 1).

TABELA 1 – Características socioeconômicas e demográficas das puérperas atendidas na UBS da AP 1.0 do Município Rio de Janeiro, em 2015 (n=134)

Variáveis socioeconômica e demográfica	N	%
Faixa etária		
18 a 22	38	28,3
23 a 27	23	17,1
28 a 32	28	20,9
33 a 37	37	27,6
Acima de 38	8	5,9

(Continua)

TABELA – 1 Continuação

Variáveis socioeconômica e demográfica	N	%
Escolaridade		
Sem escolaridade	1	0,7
Ensino fundamental incompleto	22	16,4
Ensino fundamental completo	14	10,4
Ensino médio incompleto	32	23,8
Ensino médio completo	56	41,7
Ensino superior incompleto	6	4,4
Ensino superior completo	3	2,2
Situação conjugal		
União consensual	57	42,5
Solteira	41	30,6
Casada	35	26,1
Viúva	1	0,7
Renda familiar		
Até 1 SM*	55	41,0
2 F 3 SM	67	50,0
4 F 5 SM	2	1,4
Acima de 5 SM	2	1,4
Sem Renda (desempregada)	8	5,9
TOTAL	134	100,0

* Legenda: Salário mínimo (SM)

No Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) é considerada criança, o cidadão de até 12 anos incompleto; e adolescente, o cidadão de 12 e 18 anos. A OMS, por sua vez, delimita a adolescência como a segunda década de vida, de 10 a 19 anos; a juventude se estende dos 15 a 24 anos; e a vida adulta, de 20 a 59 anos. Nesse segmento populacional, há uma intersecção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude, que inclui a faixa reprodutiva de 15 a 44 anos de idade (OMS, 2011). A taxa reprodutiva no Brasil, inclui as mulheres entre 10 a 49 anos, que representam 65% do total da população feminina (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde (MS) toma por base a definição da OMS e recorre aos termos “população jovem” ou “pessoas jovens” para referir-se ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida de 10 a 24 anos (BRASIL, 2013).

Atualmente existem algumas discrepâncias sobre os limites de idade que definem a juventude – enquanto as Nações Unidas consideram jovens os indivíduos de 10 a 24 anos, o Brasil, no Artigo 1º do Estatuto da Juventude (Lei n. 12.852), promulgado em 5 de agosto de

2013, define que são consideradas jovens as pessoas com idade de 15 a 29 anos (BRASIL, 2013).

Nos dados do Censo 2010, a população jovem representa mais de 50 milhões de pessoas, cerca de 26,9% do total da população, conformando, portanto, um dos maiores segmentos populacionais. Essa proporção de jovens propicia o chamado “bônus demográfico 1” (BRASIL, 2011). A determinação das fases da vida tem mudado ao longo da evolução humana e da mesma forma, os principais problemas de saúde em diferentes grupos etários.

A estratificação social da população está relacionada ao processo sociocultural e faixa salarial, assim, estão classificadas em ordem decrescente de valores da renda familiar, a saber: A, B, C, D e E (IBGE, 2010). O Censo Demográfico do IBGE, de 2009, mostrou que, nas últimas décadas, os dados Nacionais vêm sofrendo mudanças significativas no perfil das famílias, na forma como se organizam e nos papéis desempenhados por seus membros. Revelou-se que algumas dessas mudanças são decorrentes de processo social, econômico e cultural (BRASIL, 2009; 2013).

Os dados identificados no último Censo Demográfico do município do Rio de Janeiro de 2009, mostram semelhança com os resultados encontrados na A.P. 1.0, onde a maioria, 156.634, são mulheres e 141.342 homens. Essa população feminina, encontra-se na faixa etária de 15 a 49 anos, o que representa 53,4% do total e concentra-se, 29,0% como moradora em favela e com baixa renda familiar (SMSDC, 2013).

Considerando-se a faixa etária para reprodução, na Tabela 1, os dados mostram que a idade das puérperas, em anos, variou de 18 a 38 ou mais como extremos de idade materna. O Conselho da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia define que gestações, precoce e tardia (antes dos 19 e após 35 anos), são suscetíveis a resultados perinatais adversos que implicam em morbimortalidade materna. Outros fatores quando associados a idade favorecem o desenvolvimento de complicações durante a gravidez, possibilitando doenças intercorrentes como hipertensão arterial e diabetes, ou eventos como maior número de partos operatórios, trabalho de parto prematuro, placenta prévia e amniorrexe prematura (BRASIL, 2000a, GONÇALVES, 2012).

Segundo Victora (2001), a estimativa indireta de mortalidade infantil para mães com menos de 20 anos demonstra ser 30% superiores àquelas com 20 a 29 anos de idade. Esse fator de risco também foi confirmado em estudo utilizando dados da Declaração de Nascidos Vivos, Declaração de Óbito e ficha de Investigação de Óbito Infantil em Londrina, Paraná, entre os anos 2000 e 2009, quando encontrou-se 176 óbitos infantis de mães com até 19 anos, e 113 de mães com 35 anos ou mais (RIBEIRO, 2014).

Estes resultados relatados são importantes e preocupantes visto serem considerados fator de alerta para a equipe de saúde, no sentido de manter vigilância maior com relação à faixa etária como possível complicador no processo gestacional.

Em relação à situação conjugal, o presente estudo mostra que a metade das participantes vivem em união consensual, pertencente à classe social E, com renda entre 1 a 2 SM, baixa escolaridade, o que implica em dificuldade para ingressar no mercado de trabalho e contribuir para a renda familiar, evidenciando a vulnerabilidade social e cultural desse grupo. Essa realidade, quando confrontada a resultados de outros estudos mostra equivalência.

A prevalência da gravidez na adolescência constitui um problema social grave. De acordo com estimativa da OMS, anualmente, 15 milhões de adolescentes de todo o mundo, ficam grávidas. Das jovens com filhos, apenas 30% retornam a frequentar a escola com regularidade. A *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde* (PNDS), realizada em 2006, revelou que 23% das jovens que fizeram parte da amostra do Inquérito Nacional estavam grávidas no momento da pesquisa (BRASIL, 2009).

De acordo com o relatório do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), divulgado em 2013, foi constatado que, no Brasil, 12% das adolescentes de 15 a 19 anos tem pelo menos um filho.

Apesar dos dados Nacionais mostrarem que o índice de gravidez na adolescência diminuiu ao longo dos anos chegamos ao Top-50 em casos de gestação em jovens com menos de 18 anos e com alto índice de casamento precoce, numa colocação acima da Índia (WORLD BANK, 2014).

A gravidez precoce pode se agravar quando associada ao aumento de riscos de adoecimento e mortes, por causas evitáveis, ao relacionar condição social, econômica e violência (MORAES *et al*, 2011). Esses autores chamam atenção quanto a assistência a ser prestada a essas mulheres nos serviços de saúde, visto que possuem características que aumentam seus riscos e vulnerabilidade, demandando uma assistência qualificada de maior cuidado.

Em relação à problemática da gravidez entre as mulheres adolescentes, os dados do estudo apontam que 28,3% iniciaram atividade sexual ainda jovem, de forma precoce, sem utilização de métodos contraceptivos, o que sugere uma lacuna quanto a saúde reprodutiva nos serviços de acolhimento aos jovens nas US.

A acessibilidade dos adolescentes nas US, muitas vezes envergonhados ou desconhecedores dos serviços oferecidos, leva-os a não buscarem orientação dos profissionais

de saúde. Uma revisão e construção de políticas norteadoras, que venha repercutir na melhoria da assistência à saúde dos adolescentes, se faz necessária.

Outra realidade constatada é quanto a escolaridade, pois observou-se que, 51,3% das puérperas, não concluíram o ensino médio completo, sendo pertencentes ao nível educacional inferior ao esperado para a sua faixa etária. Essa questão é preocupante, uma vez que a escolaridade baixa tende a influenciar no entendimento das informações passadas durante a consulta e implicando negativamente na continuidade do cuidado e também nas recomendações e orientações de saúde.

Um estudo na cidade do RJ, realizado entre 1999-2001, utilizando índice de Kotelchuck modificado, identificou persistentes desfechos perinatais desfavoráveis, associados a escolaridade, a renda da gestante, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal, apesar da elevada cobertura da assistência pré-natal (LEAL et al, 2004). Em outra análise sustentada com esse índice e realizada com dez mil parturientes nesse mesmo município, constatou-se baixa adequação da assistência pré-natal quanto à época de início e ao número de consultas realizadas, associada a várias características socioeconômicas e demográficas (ANDRADE et al, 2004).

Victora et al (2011) em estudo realizado em Pelotas, Sul do Brasil, entre os serviços público e privado, observou menor realização de procedimentos em mulheres negras e de baixa renda, na avaliação global da qualidade do atendimento pré-natal. O estudo mostra que essas gestantes, atendidas exclusivamente em unidades públicas, além das dificuldades no acesso ao início precoce na consulta de pré-natal, tiveram menor adequação da realização de exames de rotina e mais dificuldades no recebimento do cuidado pré-natal considerado mínimo ao associar escolaridade e renda. A associação, da escolaridade com menor acesso a práticas e serviços de saúde, tem sido demonstrada em vários estudos (DOMINGUES, 2013).

Para Santos *et al* (2010), a baixa escolaridade pode levar a exclusão social, manter o ciclo da pobreza e refletir na situação de saúde da família. Uma constatação referida no estudo realizado por Moraes et al (2011), entre escolaridade e renda baixa, aponta que quando esses indicadores estão na faixa inferior as mulheres tendem a casar-se ou manter relação consensual mais cedo. Ocorrendo a maior probabilidade de gravidez precoce e maior número de filhos, além do abandono escolar.

A desigualdade social principalmente por fatores determinantes de saúde como a pobreza, condições de moradia e trabalho, em estudos nacionais apontam maior risco para a ocorrência de desfechos negativos perinatais e maternos (DOMINGUES, 2013)

Os resultados encontrados no presente estudo, apontam para a necessidade de ajuste nas ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens que pode ser

oportunizada no Programa Saúde na Escola (PSE) quando associado o perfil sociodemográfico e reprodutivo das mulheres.

O PSE é uma política intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação (MEC), que fomenta as ações de educação em sexualidade, saúde reprodutiva, prevenção das DST/Aids e Hepatites Virais, bem como de prevenção de gravidez não planejada na adolescência. Os indicadores do estudo em tela revelam possíveis falhas nas atividades integradas e articuladas entre Sistema de Saúde e Sistema Educacional.

A articulação entre escola e UBS, para o MS, deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes e de corresponsabilidade no desenvolvimento dos serviços num mesmo território (BRASIL, 2013).

Entende-se que avaliação das variáveis socioeconômicas, demográficas e reprodutivas seja fundamental para organização e planejamento das ações e serviços básicos de saúde, que devem ser ajustadas às necessidades das mulheres pertencentes a área de localização da unidade. Esses ajustes impactam nos resultados a serem alcançados, tais como prevenção e redução de gravidez não planejada, constituindo um dos indicadores de maior repercussão sobre a mortalidade materna-infantil.

Na TABELA 2, observa-se que 53 (39,5%) das puérperas tinham vivenciado a primeira gestação, 38 (28,3%) secundigesta, 23 (17,1%) tercigesta e 20 (14,9%) multigesta. Das puérperas entrevistadas, 100 (74,6%) não sofreram abortamento, 28 (20,9%) tiveram pelo menos um (1), 5 (3,7%) com 2 e 3 (2,9%) sofreram mais de 3 abortos. Quanto ao planejamento reprodutivo, 79 (58,9%) não desejavam engravidar e 55 (41,1%) planejaram, porém mesmo não sendo planejada, 133 (99,2%) aceitaram a gravidez.

TABELA 2 – História reprodutiva das puérperas atendidas na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)

Variáveis Obstétricas	N	%
Número de gestação		
Primigesta	53	39,5
Secundigesta	38	28,3
Tercigesta	23	17,1
Multigesta	20	14,9
Abortamento		
Nenhum	100	74,6
01 aborto	28	20,9
02 abortos	05	3,7
03 abortos	04	2,9

(continua)

TABELA 2- Continuação

Variáveis Obstétricas	N	%
Gravidez planejada		
Não	79	58,9
Sim	55	41,0
Aceitou a gravidez		
Sim	133	99,2
Não	01	0,7
TOTAL	134	100,00

A questão da sexualidade e da reprodução têm sido consideradas como importante assunto de saúde pública, no Brasil e no mundo. Assim, o MS considera a Saúde Sexual e Reprodutiva como prioridade. O documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e diretrizes, elaborado a partir de diálogo com diversos setores sociais, reflete o compromisso com a implementação de ações que contribuam para garantir os direitos das mulheres e diminuir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis durante o período reprodutivo (BRASIL, 2009).

A relação entre a gestação e a maternidade é um projeto que deve ser pensando um propósito a longo prazo, pois requer que a mulher deseje ser mãe. Assim, a maternidade envolve prestação de cuidados e amor que possibilitem um desenvolvimento sadio e harmonioso. Acresce ainda, a pressão do papel materno e a necessidade de suporte familiar e social, frente às mudanças decorrentes da nova responsabilidade de ser mãe, às quais requerem uma renegociação consigo mesma e com os outros, face às expectativas acerca do cuidado com o filho (FERREIRA, 2013, OLIVEIRA, 2010).

Como resultado na história reprodutiva, (tabela 2), 39,5% das puérperas eram primigestas, 20,9% tiveram pelo menos um (1) aborto, 2,9% referiram ter tido mais de 4 abortos e 58,9% não planejaram engravidar.

Segundo Prietsch et al (2011 p 1906), a gravidez não planejada é toda a gestação “que não foi programada pelo casal ou, pelo menos, pela mulher. Pode ser indesejada, quando se contrapõe aos desejos e às expectativas do casal, ou inoportuna, quando acontece em um momento considerado desfavorável”.

Para o MS a gestação, embora possa ser desejada, em pelo menos metade das ocorrências, não é inicialmente planejada. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação, encaminhamento ou de oportunidades para a indicação e aquisição de método anticoncepcional. Isso ocorre comumente entre adolescentes e jovens (BRASIL,2012).

A saúde reprodutiva é assegurada pela Constituição Federal e pela Lei nº 9.263, de 1996, como direito da mulher, quando refere que o planejamento familiar é um conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e as que preferem adiar o crescimento da família (BRASIL, 2002).

Um inquérito Nacional, de 2006, revelou que cerca de 46,0% dos nascimentos não foram planejados, dentre os quais 18% foram considerados indesejáveis (BRASIL, 2009). E no estudo, intitulado *Nascer no Brasil*, 30% das mulheres entrevistadas não desejaram a gestação (LEAL *et al*, 2014).

No Rio Grande do Sul, em estudo com 2.557 gestantes, 65% não planejaram a gravidez. As variáveis significativamente associadas à gravidez não planejada foram: idade inferior a 20 anos, sem companheiro, baixa renda familiar e mais de um parto (PRIETTSCH, 2011).

Em Salvador- BA, ao estimar a prevalência de gravidez não planejada associada aos fatores socioeconômico e demográficos de mulheres cadastradas na ESF, os dados revelaram que entre as mulheres que possuíam idade inferior a 20 anos, 30,7%, não planejaram a gravidez, sendo esse percentual duas vezes superior à planejada que foi de 14,1%. Dentre outros fatores relacionado a gravidez não planejada, esse autor identificou baixa escolaridade e baixa renda familiar. Devido à restrição ao acesso à informação e poder de negociação do uso de métodos contraceptivos com seus parceiros, essas mulheres estão mais expostas a uma gestação não planejada (COELHO *et al*, 2012).

Outros fatores importantes quanto a gravidez não planejada vem ganhando espaço de destaque nas discussões que envolvem a área da saúde da mulher, especificamente, por estarem ligados a mortalidade materna, ao abortamento e a Baby Blues (Blues pós-parto), que constituem um problema de saúde pública (BRASIL, 2012e).

Um estudo com 1.121 mulheres cadastradas no pré-natal da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Recife, em 2006, registrou uma prevalência de 25,9% de depressão pós-parto para 60,2% entre as gestações não planejada (BRITO, 2015).

A Política Nacional para as Mulheres prevê que a mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal, incluindo o aborto, mesmo não aparecendo entre as dez primeiras causas de óbito feminino, representa um grave problema, e pode ser evidenciado quando chamada a atenção para o fato de que a gravidez, incluindo todos os períodos perinatais, portanto não é doença (BRASIL, 2004, p. 26).

Vale destacar que inúmeras gestações não planejadas acontecem anualmente, ao redor do mundo, estima-se a ocorrência de 86 milhões, em 2008 (BRITO *et al*, 2015); no Brasil, grande número dessas gravidezes tem como desfecho o aborto, constituindo fator importante

de morbidade e mortalidade materna, sendo a principal causa isolada de mortalidade materna em várias regiões do país (COELHO et al, 2012).

Heilborn et al (2012) relacionou a gravidez imprevista e aborto, em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, com 31 mulheres e 28 homens com idade entre 18 a 27 e de 40 a 49 anos, constatou aborto provocado entre as jovens de classes populares, das 28 gestações, mais da metade (16) terminou em aborto e, entre as de classe média, 5 das 7 gestações foram interrompidas. O mesmo ocorreu com as mulheres mais velhas: dentre as de classe médias, das 19 gestações, 13 tiveram abortos provocados. Entre as mulheres com idades acima de 40 anos: do total de 62 gestações relatadas, mais da metade teve como desfecho o aborto.

Em 2008, 215.000 hospitalizações no SUS foram por complicações de abortos, das quais somente 3.230 estavam associadas a abortos legais. Em um inquérito nacional realizado em áreas urbanas em 2010, (22%) das 2.002 mulheres entrevistadas com idades de 35 a 39 anos declararam já ter realizado um aborto induzido (VICTORA, 2011). Esse estudo aponta que as mulheres negras têm risco três vezes maior de morrer de abortos inseguros em relação às mulheres brancas. Tais desigualdades são produzidas, entre outros, por diferenciais no acesso a métodos contraceptivos e por fatores de difícil quantificação, como a violência produzida por parceiros.

A primeira causa de internação no município do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2014, está relacionada a gravidez parto e puerpério com (73,3%) em adolescente e (33,8%) como primeira causa na fase adulta de 20 aos 59 anos (PILAR, 2016).

Para o MS, a gravidez não planejada ou indesejada está relacionada à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional. Faz-se necessário, portanto, a implementação da atenção em planejamento reprodutivo num contexto de escolha livre e informada. É dever do Estado garantir a informação de qualidade acerca da saúde sexual e reprodutiva para mulheres e aos homens, incluindo a acessibilidade aos contraceptivos. Essas ações e serviços devem ser realizados na perspectiva da integralidade da atenção no âmbito do SUS, como preconizado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, desde 1985, mais recentemente pelo Programa Rede Cegonha (BRASIL, 2012).

A RC instituída em 2011 é considerada estratégia de mudança do modelo assistencial, ao incorporar a saúde da mulher na rede temática prioritária do Ministério da Saúde, quando prioriza ações de promoção e prevenção em toda a linha de cuidado da saúde da mulher na Rede de Atenção à Saúde.

Os resultados encontrados no estudo nos levam a perceber que ações e os serviços prestados na Área de Planejamento 1.0, não se integram e nem se ocupam das reais necessidades

de saúde dessa população feminina para manter a continuidade do cuidado desde a concepção ao parto.

A saúde reprodutiva é fundamental para o alcance de muitas das metas prioritárias da Agenda 2030 que emergem o marco para os 17 objetivos do desenvolvimento sustentável (PNUD, 2016).

6.2- *ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL*

6.2.1- AVALIAÇÃO ESTRUTURA

A utilização dos serviços de saúde é um comportamento complexo que resulta de um amplo conjunto de determinantes como características da organização da oferta, características socioeconômica e demográfica dos usuários, perfil epidemiológico e aspectos relacionados aos prestadores de serviços (SANTOS, 2010).

Uma estrutura adequada nos seus variados aspectos se faz necessária para o desenvolvimento das ações e dos serviços propostos, com maior probabilidade de se prestar assistência de boa qualidade e da continuidade da mesma (DONABEDIAN, 2003). Para isso, dois aspectos importantes da acessibilidade podem ser distinguidos: o organizacional e o geográfico. Nos aspectos organizacional, incluem-se os atributos referentes aos recursos utilizados na organização dos serviços, que podem facilitar ou dificultar os esforços do cliente em obter o cuidado. A acessibilidade geográfica, por outro lado, refere-se ao "isolamento espacial", uma função do tempo e da distância física a ser percorrida pelo paciente para obter o cuidado (STARFIELD, 2002; DONABEDIAN, 2003).

Neste critério buscou-se avaliar a estrutura nos itens que compõem a organização do serviço necessária para assistência à mulher, no componente pré-natal quanto a escolha da Unidade de Saúde para realizar o pré-natal; distância entre a residência e UBS; meio de transporte que utiliza para chegar na UBS; agendamento da primeira consulta de pré-natal; dificuldade encontrada para marcar a consulta; motivo da dificuldade; horário de funcionamento do serviço de pré-natal; tempo de espera para ser atendida após o agendamento da consulta; dias de atendimento da consulta; tempo de espera de atendimento; necessidade de consulta fora do agendamento (urgência); procurou atendimento na UBS; dificuldade de atendimento na UBS fora do agendamento(urgência); motivo da dificuldade de atendimento; medicamento oferecido na UBS; exames de rotina realizados na UBS; tempo de espera para realizar os exames de rotina; tempo de espera para receber os resultados dos exames; exames complementar (agendamento pela UBS); visita à maternidade de referência/vinculação; motivo

de não realizar a visita à maternidade de referência; recebimento do Kit gestante, meio de transporte para locomover até a maternidade e motivo de não utilizar ambulância rede cegonha.

Na TABELA 3, pode-se observar que 69 das puérperas (51,4%) escolheram a US para realizar a sua consulta de pré-natal, assim fizeram pela proximidade da sua residência, seguida de 36 (26,8%) por gostarem do atendimento e 22 (16,4%) referiram por outros motivos como proximidade da residência da mãe e residência anterior. Quanto à distância entre residência e US, 40 entrevistadas (29,8%) levam aproximadamente 10 minutos, seguida de 35 (26,1%) que despendem 20 minutos e 29 responderam que levam 15 minutos (21,6%). Em relação ao meio de transporte, observou-se que 58 das entrevistadas (43,2%) vão andando até a UBS, 49 (36,5%) declararam a utilização de ônibus para chegar a US, 18 (13,4%) utilizam transporte alternativo.

TABELA 3 – Atributo essencial da APS, acesso, identificado no serviço de atenção pré-natal da UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)

<i>Variável primeiro contato- utilização do serviço</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Escolha pela UBS		
Proximidade da residência	69	51,4
Gosta do atendimento do pré-natal	36	26,8
Facilidade de agendamento	03	2,2
Proximidade do trabalho	04	2,9
Outro	22	16,4
Distância entre residência e UBS		
10	40	29,8
15	29	21,6
20	35	26,1
25	04	2,9
Acima de 30 min.	24	17,9
Não soube informar	02	1,4
Meio de transporte utilizado		
Andando	58	43,2
Ônibus	49	36,5
Transporte alternativo	18	13,4
Carro próprio	04	2,9
Taxi	05	3,7
TOTAL	134	100,00

* Legenda: Unidade de Saúde (US); Atenção Primária à Saúde (APS); Área de Planejamento (AP)

Starfield (2002) refere o acesso/porta de entrada como um ponto de entrada do sistema de saúde, quando o usuário julga necessário buscar o serviço, de que forma a pessoa experimenta o serviço de saúde e dos fatores que possam dificultar ou inviabilizar a chegada ao serviço. A autora refere que a acessibilidade é o elemento estrutural necessário para prestar atenção à saúde e, para oferecê-la, deve estar acessível e disponível (STARFIELD, 2002 *apud* DONABEDIAN

(1973). Segundo, Donabedian (2003) a acessibilidade é um indicador de qualidade dos diversos níveis de serviço.

Nesse sentido deve-se identificar as barreiras econômicas e geográfica para proporcionar equidade na dinâmica da organização dos serviços, a fim de favorecer o acesso das usuárias aos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde.

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada referencial da gestante no sistema de saúde. É ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2012).

A Estratégia Cegonha Carioca tem como um dos objetivos fundamentais a melhoria do acesso ao serviço prestado à linha de cuidado gestação, parto e pós-parto na Rede de Atenção à Saúde (SMSDC, 2010; BRASIL, 2012).

Pode-se observar na TABELA 3, que a puérpera não encontrará barreiras geográficas e econômicas que impossibilitem o acesso ao serviço de saúde. Quando avaliado a relação do tempo gasto entre a residência e a UBS, os resultados mostram em quase a totalidade que 77,6%, das puérperas gastam de 10 a 20 minutos, e 43,2% vão caminhando até a UBS, os dados se mostram adequados quanto ao acesso, porta de entrada do serviço de saúde, quando se refere ao cenário atual da reorganização da atenção, em rede de atenção à saúde.

Segundo Starfiel (2002) o acesso é compreendido na perspectiva de porta de entrada do serviço de saúde relacionado à utilização pelo cliente. A acessibilidade é adotada para as barreiras geográficas que de um modo geral, impedem a utilização da Unidade de Saúde como no que referem aos aspectos físicos impeditivos ao acesso (rios, grandes avenidas, morros etc.) e quanto a distância entre a população e os serviços. Deve ser aferido em função do tempo gasto pelos meios habituais de transporte, do percurso até o consumo do serviço. Esse aspecto está relacionado ao critério organizacional do serviço como oferta e distribuição dos serviços.

Os resultados permitiram observar que as USs da Área de Planejamento 1.0 estão adequadas quando se encontram em uma área geográfica que corresponde o limite de atuação do serviço de saúde e a população sob sua responsabilidade.

Um fator fundamental é o espaço-territorial, que vai muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o locus onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico,

político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (STARFIEL, 2002, MENDES, 2007; 2010, GONDIM, 2011).

A territorialização da saúde é uma política utilizada para definir os territórios de atuação dos serviços, de modo a levar assistência acessível à população residente à área de planejamento (FARIA, 2013).

Segundo Mendes (2011) a territorialização se articula fortemente com o planejamento estratégico, que nas RAS envolve a construção de estratégias, percepções e valores compartilhados que levem em consideração a convergência dos diferentes atores para objetivos comuns. Demanda um sistema de planejamento a partir das necessidades de saúde da população, embasadas na análise de situação de saúde e estabelecimento de objetivos a serem alcançados a partir de planos de longo, médio e curto prazo (MENDES, 2011)

Estudo realizado por Maia (2013), com puérperas da AP 3.1 no município do Rio, coberto pela ESF, observou que 7% do grupo de mulheres preferiram realizar o pré-natal em uma UBS considerada tradicional. As mulheres destacaram como motivo, a dificuldade em marcação de consulta com as equipes de saúde.

Diferente do resultado encontrado por Maia (2013), o presente estudo observou que 51,4% das puérperas buscaram atendimento nas UBS pela aproximação de sua residência; 26,8% por gostarem do atendimento da UBS e 89,5% referem não encontrarem dificuldade na marcação de consulta (tabela 4). Verifica-se o vínculo construído nas relações de afetividade e confiança entre o usuário e o profissional da saúde da AP 1.0 favorece a aproximação, independentemente da distância da UBS.

Para Starfield (2002) o vínculo entre cliente e profissional permite o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo. Muitas vezes, a relação interpessoal entre o usuário e o profissional, é um dos fatores importantes para aproximar o usuário do serviço de saúde, tão quanto à distância da US (DONABEDIAN, 2003).

Na TABELA 4, verificou-se 74 das puérperas (55,2%) tiveram o agendamento da sua primeira consulta de pré-natal na US sem relatar fila. Embora um número expressivo, 43 entrevistadas (32,1%) tinham enfrentado fila para agendar a primeira consulta de pré-natal. Verificou-se ainda a distribuição das puérperas, onde 120 entrevistadas (89,5%) não encontrou dificuldade para o agendamento da 1ª consulta de pré-natal na US; sendo que 14(10,4%) referem dificuldades no agendamento da consulta. Quanto ao motivo da dificuldade de agendamento, 11 entrevistadas (8,2%) referem a demora nesse setor. Quanto ao tempo de espera para realizar a consulta de pré-natal após o agendamento, observou-se que para 61 das puérperas

(45,5%) levaram entre o agendamento da 1ª consulta de pré-natal e a realização da mesma, a menos de dois meses para realizar a sua primeira consulta; e 38(28,3%) referem atendimento uma semana depois de ter marcado a consulta. Em relação ao funcionamento do serviço de pré-natal, observou-se atendimento somente para parte da manhã, em 52 das US (38,8%); nas 53 das UBS restantes (39,5%) das US ofereciam atendimento somente para parte da tarde, sendo que, 29(21,6%), ofereciam em atendimento para parte da manhã e tarde. Chamou-se a atenção, o fato de 70 puérperas (52,2%) revelarem ter aguardado mais de 2 horas na sala de espera para ser atendida, considerando o tempo entre o horário de chegada na UBS e de atendimento, seguido de 32 (23,8%) e 24 (17,9%).

TABELA 4 – Atributo essencial da APS, acessibilidade, identificado na prestação de serviço da UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)

<i>Variável primeiro contato - acessibilidade</i>	N	%
Marcação da primeira consulta de pré-natal		
Na unidade, sem fila para marcar consulta	74	55,2
Telefone	08	5,9
Na unidade, com fila para marcar consulta	43	32,1
Agente comunitário	06	4,4
Outro (maternidade)	03	2,2
Dificuldade para marcar consulta de pré-natal		
Não	120	89,5
Sim	14	10,4
Motivo		
Demora no setor de agendamento	11	8,2
Atendimento é ruim e não tem vaga	01	0,7
Precisa chegar muito cedo	02	1,5
Atendida após o agendamento da consulta na US		
Atendida no mesmo dia	35	26,1
Atendida uma semana depois do agendamento	38	28,3
Mais de 1 mês e menos de 2 meses	61	45,5
Dias de atendimento de consulta pré-natal na US		
Qualquer dia da semana, no turno da manhã e tarde	29	21,6
Qualquer dia da semana, pela manhã	52	38,8
Qualquer dia da semana, pela tarde	53	39,5
Tempo de espera na US para atendimento		
Menos de quinze minutos	08	5,9
Mais de quinze e menos de 30 minutos	32	23,8
Mais de trinta minutos e menos de 1 hora	24	17,9
Mais de 2 horas	70	52,2
TOTAL	134	100,00

Segundo Starfield (2002) o acesso possibilita que as pessoas cheguem a unidade de saúde; a acessibilidade permite o uso oportuno dos serviços oferecidos para alcançar os melhores resultados possíveis, o que qualifica o serviço de saúde.

Para Donabedian (2003), a acessibilidade é vista como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, isso reverte em qualidade da assistência na sua integralidade.

O Decreto 7.508/11, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, no Art 8º considera:

“o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço” (BRASIL, 2011L, p 20).

Na TABELA 4, observou-se uma incongruência ao se tratar da integralidade e acessibilidade dos serviços de saúde prestados quando ocorreu o agendamento da primeira consulta de pré-natal, onde 32,1% das mulheres enfrentaram fila para marcação da primeira consulta de pré-natal, o que representa uma inadequação do serviço.

Outra questão importante quanto à acessibilidade ao serviço, como apresentam os resultados, revela uma cobertura elevada (89,5%) do serviço de pré-natal, sinalizado pela não dificuldade para marcação da primeira consulta. Entretanto, verificou-se desequilíbrio entre oferta e demanda de consulta quando observado em 45,5% das puérperas levaram mais de um mês para serem atendidas após o agendamento.

Quando associado à idade gestacional das puérperas na primeira consulta de pré-natal, como mostra a (Tabela 10), observou-se que mais da metade das puérperas não iniciaram a sua consulta de pré-natal no primeiro trimestre como recomendado pelo Ministério da Saúde. Este fato sugere limitação de vagas e de profissional de saúde para o atendimento do serviço de pré-natal, o que contribui para o início tardio da atenção pré-natal. Demonstra inadequação do serviço, na proporção oferta e procura.

O MS orienta a utilização de recursos tecnológicos como internet e telefone ou mesmo pelos agentes de saúde, para facilitar o acesso e a captação precoce das gestantes.

Resultado encontrado no estudo de Maia (2013), com puérperas cobertas pela AP 3.1, no município do Rio de Janeiro, aponta que 7% do grupo de mulheres preferiram realizar a consulta de pré-natal em outra UBS, apesar da cobertura da ESF. As mulheres destacaram como motivo a dificuldade na marcação de consulta com as equipes de saúde.

A APS é responsável pela Coordenação da saúde, portanto, responsável pelo componente Pré-natal da Rede Cegonha e cabe a UBS, entre outras funções, a realização de pré-natal de risco habitual, com captação precoce da gestante.

Estudos nacionais de abrangência local têm demonstrado dificuldades na acessibilidade ao serviço de pré-natal e o início tardio da consulta de pré-natal (COUTINHO, 2010, DOMINGUES, 2012; 2013, VIELLAS *et al*, 2014).

O início precoce da assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos perinatais (BRASIL, 2012).

Ainda na TABELA 4, pode-se observar que os horários do funcionamento do serviço de pré-natal somente pela manhã ou tarde, sugerem um engessamento no sentido de restrição à utilização do serviço, o que pode gerar dificuldade na busca de atendimento. Isso é preocupante se considerarmos que as unidades básicas do estudo funcionam somente em horário comercial, o que pode representar uma barreira organizacional para o acesso das mulheres ao serviço. Outro fato observado foi o de que 52,2% das puérperas, aguardaram na sala de espera por mais de 2 horas para serem atendidas. No sentido de classificar a estrutura, implica baixa acessibilidade do serviço de saúde, o que demonstra desorganização. Os dados como apresentados mostram inadequação do serviço em conformidade às propostas da RC quanto a melhoria e qualificação da assistência.

Este resultado leva a pensar, que a oferta do serviço de pré-natal em relação ao quantitativo de profissionais não estão organizados para acomodar a demanda. Para Assis (2012), em relação à oferta e à demanda dos serviços de saúde, muitas vezes, são utilizados na perspectiva “economicista” de uma relação prestador- usuário, sendo o acesso um elemento transformador da realidade e não apenas como possibilidade de consecução do cuidado.

Em relação à necessidade de atendimento fora do agendamento da consulta de pré-natal (em caso de necessidade/urgência) e às dificuldades encontrada para atendimento, os dados da TABELA 5 indicaram os seguintes resultados: 54 das puérperas (40,3%) apresentaram alguma intercorrência na gestação, das 32 (23,8%) buscaram atendimento fora da UBS e 22 (16,4%) procuraram a UBS para atendimento. Das puérperas que procuraram atendimento na UBS, 9 (6,7%) relataram ter encontrado dificuldade de atendimento pelos seguintes motivos: 4(2,9%) referiram que a UBS não atende urgência; 2 (1,4%) mencionaram que a UBS não atende fora do agendamento e 2 das puérperas (1,4%) informaram que no momento não tinha profissional de saúde para atender urgência.

TABELA 5 – Atributo essencial da APS, acessibilidade, identificado na prestação de serviço na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)

<i>Variável porta de entrada - acessibilidade</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Consulta fora do agendamento		
Não	80	59,7
Sim	54	40,3
Procurou atendimento na UBS		
Não	32	23,8
Sim	22	16,4
Dificuldade de atendimento na UBS		
Sim	9	6,7
Motivo		
Não atende urgência	4	2,9
Não atende fora do agendamento	2	1,4
Não tinha profissional para atender	2	1,4
Sem informação	1	0,7
TOTAL	134	100,0

A acessibilidade, pode estar relacionada a obstáculos originados da organização do serviço (estrutura), podendo ser internos, tais como, demora na obtenção da consulta, horário para marcação de consulta, turnos de funcionamento da UBS e outros (STARFIELD, 2002).

Tais ações e serviços estão vinculados a algumas responsabilidades mínimas, tanto do gestor quanto do profissional.

Na TABELA 5, os resultados apontam as dificuldades na organização dos serviços de pré-natal quanto a necessidade de consulta fora do agendamento subsequente. Das puérperas que referiram ter apresentado necessidade de atendimento fora do agendamento das consultas de pré-natal, pelos seguintes motivos: pressão alta, dor baixo ventre, dor ao urinar, perda de líquido amniótico, dentre outros, 54 (40,3%), revelaram obstáculos em ser atendidas, o que aponta inadequação na integralidade do serviço quanto à demanda espontânea.

Os dados mostram desalinho na acessibilidade dos serviços quanto à demanda espontânea, observado na necessidade da mulher em buscar por outras unidades de saúde, quando necessário para atendimento fora do agendamento da consulta de pré-natal em 23,8% das 54 puérperas. Sendo que, 16,4% das mulheres que procuraram a UBS para atendimento, 6,7% referiram não terem sido atendidas na unidade pelos seguintes motivos, a UBS não faz atendimento de urgência em 2,9%; não atende fora do agendamento em 1,4% e não tinha profissional para atender em 1,4% das UBS. A Atenção Básica tem como fundamento em sua diretriz o território adscrito, a responsabilidade sanitária sobre planejamento e o desenvolvimento de ações com impacto na situação e nos determinantes da saúde das

coletividades que constituem aquele território. Caracterizando-a como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção. O serviço de saúde deve ser organizado, de forma a assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde (BRASIL, 2012L).

Ao considerar individualmente a questão, observou-se uma inadequação do serviço para atendimento da consulta de pré-natal fora do agendamento, quando a mulher identifica a necessidade de atendimento por um fator de risco para ela e seu bebê, o que gera uma preocupação da qualidade do serviço prestado.

A UBS é a porta de entrada e a utilização do serviço, acessibilidade, deve ser ponto de atenção estratégico para melhor acolher as necessidades da mulher durante a gravidez, bem como favorecer a articulação com outros pontos de atenção sob sua responsabilidade sanitária, afirmado pelo Decreto 7.508/11, Art 2º Inciso III (BRASIL, 2012).

A acessibilidade, o acolhimento e a porta de entrada, integram a um mecanismo que pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde. Parte-se do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes (STARFIELD, 2002).

Atenção Primária à Saúde deve se responsabilizar pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado quando a mulher necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde. A partir da avaliação da necessidade da usuária e seguindo orientações do protocolo local, o acesso a outras redes assistenciais (Rede de Média e Alta Complexidade) deve ser garantido às gestantes, conforme a organização locorregional da linha de cuidado materno (BRASIL, 2012).

Para Santos (2010), nenhuma política pública que garante a todos a integralidade da assistência à saúde, pode negar a atenção primária no sentido de prioridade e necessidade. A atenção primária deve atuar como filtro, como agente regulador do sistema público, dessa forma, consegue evitar que pequenos problemas de saúde se agravem, sem a necessidade de encaminhamento para a atenção especializada, com preservação da vida do individual (MENDES, 2010).

O estudo mostra que o percurso terapêutico não segue a lógica da coordenação da RAS e da Rede Temática- RC, ou seja, a responsabilização pela mulher no ciclo gravídico puerperal depende tanto da organização e da oferta de serviços, quanto ao interesse ético e profissional.

Essa discussão leva a crer na necessidade de reinventar o “jeito” do trabalho em saúde (MAGALHÃES, 2006). Um grande problema enfrentado pelos gestores quanto a APS como

coordenadora do cuidado, é a baixa valorização dos profissionais de saúde por seus pares e a formação universitária, ainda pouco voltada para a atuação nessa área (ALMEIDA, 2011).

A organização das ações e dos serviços de saúde na Atenção Básica, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, estabelece a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho dos profissionais da UBS com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012).

Os dados do estudo mostram uma inadequação quanto a acesso aos serviços de saúde disponíveis, apesar das mulheres reconhecerem a UBS de referência, observado pelas variáveis correspondentes ao atendimento às demandas e necessidades da gestante. A ação integral em saúde tem sido frequentemente associada ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento.

A oferta de ações em saúde referentes a atenção à linha de cuidado materno precisa de conhecimento prévio dos gestores de saúde da população adscrita de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2012).

Segundo Starfield (2002), a integralidade é observada, pela variedade de serviços estabelecida de acordo com as diretrizes recomendadas por um programa

[...] “essa variedade de serviços considerados adequados para a assistência primária consiste de três componentes: os problemas e as necessidades das populações e dos pacientes, as tarefas que são necessárias para abordar estes problemas e o local em que são realizados. Ou seja, são levados em consideração com quais problemas lidam, se são tratados de forma adequada, e onde” (STARFIELD, 2002 p 334).

Certamente, deve-se ser desenhado o fluxo que as usuárias podem percorrer no sistema de saúde, a fim de lhes proporcionar uma assistência integral. Esse vínculo construído por uma Atenção Básica de fato resolutive, humanizada, acolhedora permite a gestão do cuidado pelo profissional, nos vários cenários e momentos de cuidado, inclusive quando a continuidade do cuidado requer o encaminhamento para outros pontos de atenção da RAS, momento em que a coordenação da atenção básica é decisiva (BRASIL, 2013).

A Atenção Primária de Saúde como a “porta de entrada” para todos os problemas de saúde, defendida por muitos autores, reduz a busca pelo atendimento nas emergências dos hospitais quando não necessário (STARFIELD, 2003; OPS, 2011; MENDES, 2010, BRASIL, 2011, 2012, 2013).

A APS como porta de entrada para os problemas de saúde na RAS, mostra ter uma função resolutive dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e, a partir

do qual, se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Assim deve cumprir com o seu papel essencial nas RA, de forma resolutiva, a qual deve ter a capacidade para solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população (BRASIL, 2010).

APS é responsável pela atenção integral à saúde da gestante no serviço, e deve oferecer o acolhimento às intercorrências na gestação com classificação de risco, a qual avalia o pré-natal de risco oportuno, e encaminha para outro serviço quando necessário.

Os resultados do estudo evidenciam precariedade ou a inexistência nas unidades investigadas para o sistema de referência e contra referência, que é a vinculação. Estes critérios quando avaliados, permite verificar a qualidade do serviço e o favorecimento do mesmo para a continuidade do cuidado na atenção ao pré-natal, além de observar o fortalecimento do vínculo entre a mulher, a UBS e o profissional.

Os dados como apresentados mostram inadequados em conformidade à política de saúde considerando a APS como porta de entrada para reduzir desfecho materno infantil indesejável.

Na TABELA 6 verificou-se que 100% das puérperas tiveram o agendamento das consultas subsequentes após a primeira consulta. Quanto ao cartão da gestante, 100% o receberam na primeira consulta de pré-natal. Em relação ao recebimento de medicamentos protocolados pelo MS (insumo), 100% das puérperas referem ter recebido alguns dos medicamentos, como sulfato ferroso (96,2%), seguido da Vitamina B9 (ácido fólico) (73,1%).

TABELA 6 – Atributo essencial da APS, integralidade, identificados no serviço de atenção pré-natal na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)

<i>Variável serviço disponível</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Consultas subsequentes agendadas no final da consulta		
Sim	134	100,0
Cartão de gestante		
Sim	134	100,0
Medicamento		
Sim	134	100,0
Quais		
Sulfato ferroso	129	96,2
Vitamina B 9- ácido fólico	98	73,1
TOTAL	134	100,00

O MS postula que as unidades de saúde garantam a consulta subsequente de pré-natal, ofereça o cartão da gestante, bem como garanta a distribuição de medicamentos padronizados na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME). Segundo o Ministério da Saúde, os registros dos atendimentos no cartão da gestante, na ficha perinatal e na ficha de registro de

procedimentos, são atividades necessárias ao monitoramento do desempenho da atenção pré-natal pelo PMAQ (BRASIL, 2012). O Cartão da Gestante, instrumento de registro, deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação e garantir o fluxo de informação entre os serviços.

As ações que o serviço de pré-natal oferece a mulher devem estar disponíveis e adequados a política, de forma atender amplamente as necessidades de saúde relacionadas à população sob sua responsabilidade.

Os resultados como apresentados na tabela 6 apontaram que o instrumento para registro das consultas de pré-natal (cartão da gestante) e a garantia da consulta subsequente pelas unidades investigadas apresentaram adequados, quando observado que 100% das puérperas beneficiaram-se desta recomendação pelo MS.

Quanto a distribuição de medicamentos padronizados pelo PHPN, prescritos durante o pré-natal, como as vitaminas, verificou-se que não ocorreu 100% como preconizado pelo Ministério da Saúde, quando todas as gestantes têm esse direito assegurado. Pode-se sugerir com o resultado, a ineficiência ou ausência da vitamina B9, esteja relacionado ao início do pré-natal tardio, bem como, pela falta dos medicamentos na UBS, o que pode acarretar para mãe e filho grandes prejuízos.

A vitamina tem como objetivo reduzir a anemia, considerada como um problema de saúde pública pelas consequências que tem sobre a saúde humana especialmente na gravidez, onde está associada com aumento do risco de mortalidade materna, mortalidade perinatal (em especial nos casos de anemia severa); prematuridade, baixo peso ao nascer e CIUR (CLARC, 2013). Segundo o Ministério da Saúde, os medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico são considerados necessários e devem ser ofertados e garantidos pelos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Encontramos uma equivalência ao comparar os dados do estudo com os resultados de monitoramento do processo de assistência pré-natal realizado em 2010, no município de Juiz de fora, localizado na região sudeste, onde constatou-se que sulfato ferroso foi o mais prescrito (COUTINHO, 2010).

Vettore *et al* (2011), em seu estudo com gestante atendidas no SUS do Município do Rio de Janeiro, em 2008, aponta que somente 33% das mulheres pesquisadas conseguiram o medicamento para tratamento de hipertensão.

A distribuição e oferta de medicamento é um indicador importante que evidencia a integralidade dos serviços. Os dados mostram uma avaliação relativamente adequada a respeito

da integralidade entre os serviços e a oferta de insumo (medicamento) nas UBS do estudo, que confere a baixa qualidade da assistência.

Na TABELA 7, observa-se que a percentagem de puérperas que realizaram o Teste Rápido (confirmação da gravidez, sífilis e HIV) na UBS, antes mesmo de iniciarem a primeira consulta de pré-natal, foi de 98 (73,1%). Quanto aos exames solicitados e realizados pelas puérperas ao longo da assistência pré-natal, foi de 100,0%, dentre os exames referido: Hemograma/ glicemia/ urina/ protoparasitológico. Quanto ao tempo gasto entre marcação dos exames laboratoriais e a realização do mesmo, 99 (73,8%) levaram pelo menos duas semanas para realizar os exames solicitados na consulta de pré-natal e 28(20,9%) menos de um mês. Ao considerar o tempo para receber os resultados dos exames 75 das puérperas (55,9%), referem um mês a menos, 40 (29,85%) duas semanas, 17 (12,6%) referem uma semana e 2 das entrevistadas (1,4%) referem dois meses ou mais. Quanto aos exames complementares, verificou-se que 102 puérperas (76,1%) não agendaram o exame de USG pela UBS, 32 (23,8%) referiram ter agendado o exame pela UBS. Quando avaliado o motivo de não ter agendado o exame complementar na UBS, 46 (34,3%) referem terem sido orientadas a fazer o exame particular, 41 (30,6%) referem a demora no agendamento, 7 (5,2%) pela qualidade do exame, 6 (4,4%) por falta de vaga.

TABELA 7– Atributo essencial da APS, integralidade, identificados nos serviços de atenção pré-natal na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)

<i>Variável serviço disponível</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Exames - Teste rápido		
Sim	98	73,1
Não	36	26,8
Exames de rotina		
Hemograma/ glicemia/ urina/protoparasitológico		
Sim	134	100,0
Tempo de espera para realizar o exame		
Menos de 2 semanas	99	73,8
Menos de 1 mês	08	20,9
Mais de 1 mês	07	5,2
Tempo para receber os resultados dos exames		
Uma semana	17	12,6
Duas semanas	40	29,8
Um mês a menos	75	55,9
Dois meses ou mais	02	1,4

(continua)

TABELA 7- Continuação

<i>Variável serviço disponível</i>	N	%
Marcação da USG na UBS		
Sim	32	23,8
Não	102	76,1
Sem informação	01	0,7
Motivo de não ter realizado		
Pela demora do agendamento	41	30,6
Qualidade do serviço	07	5,2
Por falta de vaga	06	4,4
Aparelho com defeito	01	0,7
Encaminhamento para fazer particular	46	34,3
Sem informação	01	0,7
TOTAL	134	100,0

Segundo o MS, toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal (BRASIL, 2012),

A realização de exames laboratoriais depende de um fluxo que se estabelece a partir do momento que a gestante realiza o encontro com o pré-natalista. Isso requer a solicitação do exame, a realização dos mesmos e a emissão dos resultados pelo laboratório.

O rastreamento das patologias, Hepatite B, VDRL e HIV, estão preconizados para todas as gestantes e deve ser solicitado no início do pré-natal, a fim de permitir tratamento precoce das gestantes (BRASIL, 2004, 2012). Os demais exames de rotinas são considerados importantes para intervenção precoce durante o acompanhamento pré-natal, além do que favorece a continuidade do cuidado ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

Considerando as recomendações do MS, verificou-se que os exames estabelecidos pelo PHPN em 2000, que possuem obrigatoriedade, foram realizados em 100% pelas puérperas. Quanto ao tempo gasto entre marcação dos exames laboratoriais e a realização do mesmo, 73,8% levaram pelo menos duas semanas para realizar os exames solicitados na consulta de pré-natal. Quanto ao tempo para receber o resultado dos exames, 55,9% referem um mês a menos. Isso mostra que entre a realização e entrega do resultado, ocorreram em tempo oportuno. Não sendo observado inadequação nos resultados apresentados.

Vale destacar que os resultados apresentados constam de informações de recordações das participantes, pois nem todas as puérperas estavam com o cartão de gestante no ato da pesquisa, considerado uma limitação do estudo.

A realização de testes rápidos na UBS deve ser garantido e promove a captação precoce das gestantes. Os resultados do estudo mostram que a percentagem de puérperas que realizaram

o Teste Rápido (confirmação da gravidez, sífilis e HIV) na UBS, antes mesmo de iniciarem a primeira consulta de pré-natal, foi de 73,13%. A realização de exames em tempo oportuno permite diagnóstico precoce e tratamento adequado as intercorrências gestacionais, os dados mostram percentual de registros de resultados de exames baixo, inferior a 100% do esperado.

Resultado similar foi encontrado no estudo de Maia (2013), com puérperas da AP 3.1 no município do Rio de Janeiro, quando encontrou 79,3% dos 87 cartões de pré-natal avaliado com de registro de resultado de pelo menos um exame de VDRL. Neste grupo de mulheres, 10 (11,5%) não apresentavam nenhum registro dos exames preconizados.

Vettore *et al* (2011) no estudo de avaliação de adequação e manejo no serviço de pré-natal no município do Rio de Janeiro, em 2008, encontrou registro de exame de VDRL em (64%) e anti-HIV em 48% nos cartões de pré-natal. A abordagem da sífilis e AIDS no pré-natal considerada marcador de melhoria da qualidade da assistência à gestante.

Domingues (2012), em seu estudo realizado no município do Rio de Janeiro com 2.422 gestantes de baixo risco, acompanhadas em diversos serviços de 2007 a 2008, observou baixo registro de resultado de teste HIV durante a gestação em 26,0% e ausência de registro de resultado de VDRL em 10,2% nos cartões avaliados, indicando pouca melhoria nos critérios mais básicos preconizados pelo PHPN, resultando numa adequação muito baixa da assistência de pré-natal.

Portarias Ministeriais, estabelecem o fluxograma laboratorial da sífilis; e dispõe sobre a realização de testes rápidos, na Atenção Básica, para a detecção de HIV e sífilis, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. O Indicador 22: número de testes de sífilis por gestante, é um indicador que avalia a concentração de testes realizados nos serviços, o qual expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e durante o parto (BRASIL,2013).

Mesmo com a vigilância, no ano de 2011, foram diagnosticados 9.374 casos de sífilis congênitas, com taxa de incidência de 3.3 casos para cada 1000 nascidos vivos. No ranking dos estados, o Rio de Janeiro é o que tem maior taxa de sífilis congênita, com 9,8 casos a cada 1 mil recém-nascidos (BRASIL, 2013).

O município do Rio de Janeiro, capital do estado, no período de 2011 a 2015 registra uma taxa de incidência de 17,5 por 1000 nascidos vivos, o que representa uma das maiores incidências do estado. Evidencia-se que o maior percentual de gestante encontra na faixa etária de 20 a 24 anos.

A APS tem desempenho importante na coordenação da atenção à saúde para o processo de implementação da RC, por compor serviços já existentes no município, que devem realizar

ajustes para melhorar a demanda das unidades e se adequarem à proposta da Estratégia, potencializando as ações já existentes, ampliando a oferta com novos exames e qualificando o cuidado com base no modelo de atenção proposto.

Essas questões quando relacionadas ao atributo integralidade, como atividade de oferta de serviço mostram melhora do serviço prestado na APS, quando observado a oferta de exames e resultados em tempo oportuno, como proposto no plano de ação da Rede Cegonha. Entretanto os dados identificados apontam a necessidade de orientar e estimular a participação das mulheres no planejamento de saúde quando observou que 26,8% não realizaram os testes rápidos.

A integralidade do serviço é como um eixo prioritário de uma política de saúde, que busca concretizar a saúde como questão de direito permitindo compreender sua operacionalização pelos sujeitos envolvidos no processo organizativo do serviço (ROSENI, 2014).

A integração dos serviços de saúde, numa rede integrada de cuidados, visa garantir a coerência e cooperação entre provedores dos serviços aparecendo como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na APS (HARTZ, 2004).

Dessa forma a integração é um meio para melhorar o desempenho do sistema e reduzir problema da fragmentação de modo que os esforços se justificam na medida em que conduzam a serviços mais acessíveis, de maior qualidade, com melhor relação custo-benefício e satisfação dos usuários (OPAS, 2009).

Segundo o MS, a integralidade deve ser entendida como a capacidade de integrar os trabalhos disciplinares dos diversos profissionais das equipes; integrar a demanda espontânea e a demanda programada; respeitar a demanda imediata da população; integrar, em sua prática, ações de caráter individual e coletivo que tenham um amplo espectro dentro do leque da promoção e da recuperação da saúde, da prevenção e do tratamento de agravos; deve ser um espaço de articulação social, a fim de localizar e buscar articular instituições intra e extra setorialmente dentro de seu território de atuação (BRASIL, 2012).

Os dados da TABELA 7 chamam atenção pelo fato de 76,1% das puérperas não terem o seu exame de USG realizado pelo agendamento da US. Verificou-se que dessas mulheres, 34,3% foram orientadas a fazer o exame particular, pelo próprio profissional de saúde que realizou o seu pré-natal (relatado na entrevista). Das puérperas que não agendaram a USG na UBS, 30,6%, teve como motivo a demora no agendamento. Os dados demonstram que unidade

especializada apresenta escassez de oferta de exame complementar ou ainda não se ajustou a demanda, bem como, o sistema de referência não está adequado.

O exame de USG, como rotina estabelecida no serviço de pré-natal, segundo o MS, não interfere na qualidade do serviço. Embora seja considerada importante a realização no início da gravidez, para melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais (BRASIL, 2012).

A definição da idade gestacional deve ser a mais acurada possível. O uso da ultrassonografia no primeiro trimestre é o padrão ouro e evita nascimentos antes das 39 semanas sem indicação. Com isso, há melhora da saúde dos neonatos e mães (FILHO et al, 2015).

Os exames complementares se tornam possíveis por meio da referência e contra referência entre a Rede de Atenção Básica e as demais redes assistenciais, a partir da garantia de acesso aos equipamentos do sistema de saúde, como exames de imagem.

Os dados como apresentados mostram uma insuficiência do sistema de apoio que representa a estrutura operacional da RAS, na prestação do serviço complementar preconizados para todas as gestantes. No contexto da integralidade do serviço, a unidade deve contar com arranjos que garantam todos os serviços necessários pelas gestantes. Mesmo que não ofereça diretamente, a APS deve assegurar, por meio de encaminhamento, o acesso a serviços especializados consultas e internações e para outros serviços de suporte (GIOVANELLA et al, 2009).

O sistema de apoio é uma condição básica para a integralidade do serviço pré-natal com os demais serviços complementares necessários para atender as demandas relativa aos exames preconizados na gestação. Uma vez que os exames complementares em tempo oportunos sejam critérios de qualidade da assistência pré-natal, os resultados do estudo permitem apontar para inadequação do sistema de apoio considerando a proposta da Estratégia Rede Cegonha.

De acordo com o Decreto 7.508/11, Art. 10º, [...] “Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata” (BRASIL, 2011).

Na TABELA 8, verificou-se que a visita da mulher à maternidade, que retrata a vinculação da UBS com a maternidade de referência, os dados mostram que, 109 (81,3%) das puérperas relataram ter sido informada e visitaram a maternidade de referência, sendo que 25(18,6%) das puérperas, referem não terem realizado a visita à maternidade de referência. Das 25 puérperas que não visitaram a maternidade de referência; 14 (10,4%), disseram não ter sido informada a respeito da visita à maternidade de referência; 4 (2,9%), agendaram, mas não

compareceram; 1 (0,7%) o bebê nasceu; 1 (0,7%) horário incompatível com trabalho e 1 (0,7%) não pretende ter o bebê na maternidade de referência.

TABELA 8 — Atributo essencial da APS, integralidade, identificados nos serviços de atenção pré-natal na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)

<i>Variável serviço disponível</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Visita à maternidade de referência – Vinculação		
Sim	109	81,3
Não	25	18,6
Motivo de não realizar a visita		
Dificuldade no agendamento	4	2,9
Não foi informada da visita à maternidade	21	15,6
Não deu tempo (bebê nasceu)	1	0,7
Trabalho	1	0,7
Não vou ter o bebê na Maternidade de referência	3	2,2
Agendada, mas não compareceu	4	2,9
TOTAL	134	100,0

A visita à maternidade é um dos eixos das Diretrizes da Rede Cegonha, em conformidade a Lei nº 11.634/2007, [...] “que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde”.

Apesar do MS garantir, desde do ano de 2000, a vinculação da gestante ao serviço onde será realizado o parto, através do PHPN, a vinculação depende de um esforço conjunto entre equipe e gestor municipal, que deverá articular toda a rede e garantir a vinculação. Os resultados como apresentados, nos leva a perceber uma desorganização no fluxo de atendimento às mulheres no período do anteparto, visto que existe uma lacuna entre o atendimento do pré-natal e o da maternidade, apesar de mostrar uma melhora na referência à maternidade. Neste aspecto, os resultados encontrados neste estudo apontam para necessidade de melhoria quanto a informação e a vinculação da gestante com a maternidade de referência da RC, que institui a regionalização do atendimento ao parto.

Deve ser desenhado o fluxo que as usuárias podem percorrer no sistema de saúde, a fim de lhes proporcionar uma assistência integral. Nessa perspectiva, faz-se necessário atribuir valor ao cuidado. A vinculação à maternidade trata-se de uma atitude que envolve o assistir segundo os parâmetros do acolher e do respeitar, uma prática que se traduz em atitudes confiança e continuidade de cuidado.

Na TABELA 8, verificou-se que a visita a maternidade ainda segue sendo um problema operacional ou até mesmo de comportamento do profissional de saúde como mostram os dados do estudo, quando observou-se que, 81,3% das puérperas tiveram conhecimento e realizaram a

visita, sendo que 18,6% que não realizaram a visita à maternidade de referência, pelos seguintes motivos: não foi informada da visita à maternidade em, 15,6% e dificuldade no agendamento em, 2,9%, o que sugerem a desorganização dos serviços para atenderem as necessidades e demandas a visita à maternidade de referência e mudança no processo de trabalho das equipes de saúde. Os dados como apresentados mostram inadequado, quando sugere um nó crítico quanto a integração do serviço, agendamento, bem como na falha do fluxo do serviço.

A baixa proporção de mulheres que receberam informação sobre qual maternidade procurar no momento do parto, foi observada por Domingues *et al* (2012) em 40%, quando aponta a inexistência de um sistema de referência formal para o parto na cidade do Rio de Janeiro. Segundo os autores, uma pesquisa realizada em Curitiba, onde a vinculação para maternidade de referência é um dos componentes do *Programa Mãe Curitibana*, encontrou em 98,3% das gestantes, orientadas sobre a maternidade para o momento do parto, mostrando eficácia do serviço.

Os resultados do estudo comparado com os estudos realizados por Maia, em 2013, na AP 3.1, na cidade do Rio de Janeiro, mostram que 96,3% das mulheres foram encaminhadas para a visita à maternidade de referência, o que nos faz observar importante melhora em relação aos resultados encontrados em diferentes AP da cidade.

A pesquisa *Nascer no Brasil* (2012), apontou que 58,7% das mulheres entrevistadas foram orientadas sobre a maternidade de referência, entretanto 16,2% ainda tiveram que procurar pelo serviço de maternidade para atendimento do seu parto (VIELLAS *et al*, 2014).

Os dados do estudo mostram uma insuficiência do Sistema de apoio que representa a estrutura operacional da RAS, ao prestar serviços. A APS deve assumir o seu papel essencial nas Redes de Atenção à Saúde, de orientar o fluxo e o contra fluxo dos componentes da Estratégia Rede Cegonha entre os pontos de atenção.

A vinculação dos pontos de atenção é fundamental para a parturiente. Contudo, faz-se necessário estabelecer interação promotora da confiança para que a mulher se sinta acolhida e perceba o interesse do profissional de saúde por sua história, demandas e necessidades. Esse relacionamento empático permite levar o reconhecimento do serviço como fonte de cuidado para a mulher e futuramente para seu o filho.

O acesso e a falta de um sistema de referência e contra referência, representa um desafio para a implementação da proposta de melhoria do parto. O conhecimento e a vinculação à maternidade, como proposto pela Rede Cegonha é o maior desafio dos municípios no atendimento da Rede de Saúde do SUS.

A vinculação depende de um esforço conjunto entre equipe de saúde e gestor municipal, que deverá articular toda a rede para garantir tal vínculo entre os pontos de atenção. A APS deve de coordenar a atenção à saúde, isto é, fazer a articulação entre os distintos pontos de atenção, a fim de manter a continuidade do cuidado para evitar a fragmentação e alcançar a atenção integral e integrada. A integralidade do cuidado à mulher depende da redefinição de práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, o que valoriza as subjetividades da parturiente.

Na TABELA 9, observou-se nos achados do estudo que 109(81,3%) das puérperas referiram ter recebido o Kit gestante. Quanto ao meio de transporte utilizado para locomoção até a maternidade no momento do parto, 69(51,4%) das entrevistadas utilizaram o táxi; 24(17,9%) utilizaram carro próprio; 14(10,4%) utilizaram ônibus, 14(10,4%) utilizaram ambulância Cegonha Carioca; 7(5,2%) contou com ajuda do vizinho ou amigos (carro). Das 114 puérperas que não utilizaram a ambulância Cegonha Carioca, 35(26,1%) referem que não tiveram interesse; 27(20,1%) não sabiam para onde ligar; 13(9,7%) referiram sentir vergonha, 19(14,1%) referem ambulância indisponível; 12(8,9%) não lembrou na hora do parto.

TABELA 9 – Atributo essencial da APS, integralidade, identificados nos serviços de atenção pré-natal na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)

<i>Variável serviço disponível</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Recebeu Kit gestante		
Sim	109	81,3
Não	25	18,6
Meio de transporte utilizado para locomoção até a Maternidade no momento do parto		
Taxi	69	51,4
Carro próprio	24	17,9
Ambulância Cegonha Carioca	14	10,4
Ônibus	14	10,4
Carro (vizinho, amigo, primo)	7	5,2
Sem informação	6	4,4
Motivo por não utilizar a ambulância - Cegonha Carioca		
Não teve interesse	35	26,1
Não sabe para onde ligar	27	20,1
Ambulância indisponível	19	14,1
Vergonha	13	9,7
Esquecimento	12	8,9
Não foi informada	08	5,9
TOTAL	114	100,0

O kit gestação é um benefício assegurado pela Portaria no 1.459/11 – Rede Cegonha a todas as gestantes cadastrada no serviço pré-natal, que faz parte do financiamento dos recursos da União para os estados e municípios ao componente pré-natal. O KIT é composto de: 1 bolsa Rede Cegonha, material para curativo do umbigo (um vidro de álcool 70% de 60 ml e 20 unidades de gaze estéril embalado em uma caixa de plástico) e trocador de fralda (BRASIL, 2012).

Pode-se observar no estudo que 74,6% das puérperas receberam o Kit gestação, sendo que, 25,3% referem não ter recebido ao longo da gestação. Constatou-se, pela fala das participantes do estudo, que o KIT gestante estava vinculado a visita à maternidade. Os resultados mostram um aspecto negativo para o programa, haja vista ser de direito da mulher.

Ao avaliar o meio de transporte utilizado pela puérpera para se locomover até a maternidade no momento do parto, 51,4% utilizaram o taxi como meio de transporte, 17,9% das entrevistadas utilizaram carro próprio; somente 10,4% das puérperas utilizaram a ambulância cegonha carioca. Quando questionado o motivo por não utilizar o serviço da ambulância cegonha carioca, 33,5% referem a falta de interesse, 20,1% das puérperas desconheciam o número de telefone para efetuarem a ligação e 17,1% das entrevistadas referiram sentir vergonha. Durante a entrevista com as participantes, observou-se nas falas das puérperas durante as entrevistas, que as informações sobre a ambulância cegonha carioca e o Kit gestante ficaram restrito às mulheres que visitaram a maternidade. Os comentários foram acrescidos ao espaço deixado no instrumento para depoimento.

Considerando o plano de ação da Estratégia, o Sistema Logístico está voltado para promover a integração dos pontos de atenção à saúde. Esse sistema é constituído por estruturas operacionais que apontam o gerenciamento da relação entre a demanda e a oferta de serviços existentes na rede, respeitando critérios de risco e os protocolos de atenção à saúde num fluxo definido (BRASIL, 2012).

A RC está pautada na organização e definição do fluxo entre as maternidades de referência do município do Rio de Janeiro, desde o pré-natal incluindo a remoção das gestantes no momento do trabalho de parto, do domicílio para a maternidade previamente definida, 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 é orientada a telefonar para a central de teleatendimento da cegonha carioca que funcionará sob a Coordenação de Regulação da SMSDC. Caberá à Central de Regulação definir o envio da ambulância para as gestantes

classificadas como de baixo risco obstétrico para a remoção do domicílio para a maternidade de referência (SMSDC, 2011).

Os dados apontam para a necessidade de adequação da integralidade dos serviços disponível, entre os sistema logístico e sistema de regulação, para melhorar a participação das mulheres na visita à maternidade.

Ressalto que, de acordo com a RC em relação aos serviços oferecidos: logística do modelo de atenção na gestação, parto e nascimento e pós-parto, prevê que as grávidas recebam auxílio para o deslocamento até o local das consultas de pré-natal e para se deslocarem até a maternidade quando forem dar à luz, caso seja necessário (BRASIL, 2011); esse critério não foi observado no estudo ou não foi sustentado pela política de saúde, na proposta do modelo de atenção.

6.2.2- AVALIAÇÃO PROCESSO

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012).

Esse subitem buscou avaliar as atividades do serviço prestadas na assistência em conformidade ao PHPN e RC que qualificam a Atenção no Pré-Natal: idade gestacional na primeira consulta de pré-natal; número de consultas realizadas; profissional que realizou o pré-natal; consultas intercaladas; procedimento clínico-obstétrico e ginecológico (colpocitologia oncológica); ausculta qualificada; atividade educativa e encaminhamentos a especialistas.

As informações a partir do usuário do serviço possibilitam evidenciar indicadores sobre a qualidade do cuidado (DONABEDIAN, 2003). Segundo o autor, a avaliação de processo descreve as atividades do serviço de atenção do profissional de saúde. Este tipo de avaliação está orientado, principalmente, para a análise da competência no tratamento dos problemas de saúde, isto é, o que é feito para o paciente com respeito à sua doença ou complicação. A avaliação do processo compara as ações e os procedimentos empregados para alcance de melhores resultado estabelecidos como normas.

Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos (grau de recomendação B) (BRASIL, 2012).

Na TABELA 10, observou-se que 82 (61,1%) das entrevistadas iniciaram seu pré-natal no primeiro trimestre, seguida de 42(31,3%) que disseram ter realizado no segundo trimestre. Quanto ao número de consultas realizadas, 96(71,6%) das puérperas fizeram mais de 7

consultas de pré-natal, 34(25,3%) com mais de 3 e menos de seis consultas realizadas e 4 (2,9%) com menor número, 3 consultas de pré-natal realizadas.

TABELA 10- Avaliação de critérios do processo de qualidade da assistência do pré-natal na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)

<i>Variável serviço prestado</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Idade gestacional na primeira consulta de pré-natal		
Até 13 semanas (captação precoce)	82	61,2
Segundo trimestre (14sem a 26sem)	42	31,3
Terceiro trimestre (acima de 27sem)	10	7,5
Número de consulta de pré-natal realizadas		
Menos de 3 consultas	04	2,9
Mais de 3 e menos de 6 consultas	34	25,3
Mais de 7 consultas	96	71,6
TOTAL	134	100,0

A assistência Pré-natal visa assegurar que cada gestação culmine no parto de um recém-nascido saudável, sem prejuízos à saúde da mãe e filho.

O pré-natal consiste em prevenir, identificar e /ou corrigir anomalias maternas e fetais, incluindo fatores socioeconômicos e emocionais. Nesse sentido, o serviço de pré-natal deve ser organizado para atender às necessidades da gestante, por meio técnico-científico e dos recursos adequados (BRASIL, 2004, 2006, 2012)

Na construção da qualidade da atenção ao pré-natal está implícita a valorização dos aspectos biológicos, sociais e emocionais traduzidos em ações concretas, que permitem sua integração entre o conjunto das ações e dos serviços oferecidos. A APS deve ser a ordenadora do cuidado à saúde e a UBS é a porta de entrada da gestante no sistema de saúde, portanto, é um ponto de atenção estratégico para melhor acolher as necessidades das gestantes, proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado durante a gravidez (BRASIL, 2012).

Em 2000, o Ministério da Saúde institui Programa considerando, dentre outras, a necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis desta assistência, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra referência que garantam o adequado atendimento gestação, parto, puerpério e período neonatal, com o objetivo de definir um modelo de atenção que normatizassem a assistência afim de somar esforços para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência no território nacional. O programa proposto, denominado Programa de Humanização do Pré-Natal

(PHPN), trouxe em seu bojo a discussão sobre a melhoria das práticas obstétricas. Essas ações e serviços foram reforçadas e complementadas no o plano de ação da estratégia RC (BRASIL, 2000; 2012)

Como critério para qualificação do pré-natal, o MS, considerou alguns indicadores como a realização do pré-natal antes de completar 12 semanas de gestação, no primeiro trimestre da gestação, e a regularidade das consultas como fator essencial para o alcance satisfatório de atendimentos.

Para que isso seja possível, as equipes de atenção básica com o apoio do gestor municipal devem atuar junto às mulheres em idade fértil, com atenção especial para adolescentes e jovens, no planejamento reprodutivo e no reconhecimento dos sinais de gravidez. Isso possibilitará que a mulher procure a unidade básica de saúde (UBS) e realize o Teste Rápido de Gravidez, ao confirmar a suspeita, garantirá o início do Pré-natal o mais precoce possível.

A gestante quando não recebe acompanhamento no pré-natal de forma precoce, tende a comprometer os resultados na gestação, parto e pós-parto e reduz a chance de diagnóstico e tratamento de diversas patologias com repercussões graves para a saúde da materno-infantil. O acompanhamento tardio do pré-natal, evidencia a fragilidade e a desorganização dos serviços de saúde e as lacunas no processo de trabalho quanto à captação de gestantes precocemente (BRASIL, 2012).

Do total de entrevistadas do estudo, 61,1% apresentaram início precoce da assistência pré-natal (primeiro trimestre); e 38,8% disseram ter realizado depois do segundo trimestre. De acordo com o Ministério da Saúde, início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência. Os dados evidenciam uma inadequação quanto ao início da primeira consulta de pré-natal em conformidade com as orientações do Ministério da Saúde.

Bem como, os dados revelam que o percentual de gestantes da AP 1.0 que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação 61,9% estão abaixo da média nacional, que é de 80,0% quando comparado com os achados do estudo de monitoramento do 1º ciclo do PMAQ com dados secundários de proporção de gestante que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre por estado. Os resultados do estudo de Silva (2014) apontaram que no estado do Paraná e São Paulo, 89% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e o estado do Mato Grosso foi o que registrou maior número de gestantes, 91,3% (SILVA, 2014).

Alguns estudos que avaliaram a mesma variável, se aproximaram dos resultados encontrados; Barbastefano (2009) encontrou o início da consulta de pré-natal no segundo trimestre 50,7%, entre a maioria das puérperas, em 4 maternidades da Rede SUS/RJ; e Coutinho

(2010) em estudo de monitoramento da assistência pré-natal em Município do Sudeste brasileiro, encontrou 51,5% das gestantes com início de pré-natal no primeiro trimestre.

Domingues (2012) em seu estudo de avaliação a adequação da assistência pré-natal no Município do Rio encontrou em, 25% das gestantes, com início do pré-natal após o quarto mês de gestação. Resultados de um estudo nacional (Nascer no Brasil), em 2012, onde mostrou que a região do Norte apresentou o menor número de mulheres 64,4% que realizaram o pré-natal precoce (LEAL, 2012).

Entendemos que a mudança da cultura quanto a importância da captação precoce das gestantes, não depende somente de a mulher buscar o serviço, mas também das estratégias políticas e gestão para o direcionamento de ações voltados captação precoce para a melhoria e qualidade da assistência.

Martinelli (2014) associa em seu estudo o local de moradia, renda familiar e escolaridade com maiores percentuais de inadequação ao início do pré-natal e com o número de consulta de pré-natal realizado pelas mulheres.

Ao avaliar o número de consultas realizadas pelas puérperas, verificou-se que, 71,6%, fizeram mais de 7 consultas de pré-natal, sendo que 25,3% realizaram mais de 3 e menos de seis consultas. Resultados semelhantes foram identificados em outros estudos no Rio por pesquisadores como Barbastefano (2009), Vettore (2011), Domingues (2012) e Maia (2013). Vale chamar atenção para os resultados dos achados do estudo de monitoramento do 1º ciclo do PMAQ no qual o número médio de atendimento de pré-natal por gestante cadastrada, a maioria dos estados brasileiros está acima da média, entre 7,9 (SILVA, 2014).

Entretanto, a discussão mais relevante nos estudos não foi o número de consultas, como recomendado pelo Ministério da Saúde, mas a qualidade dessas consultas e os serviços prestados para a realização de cuidados efetivos à mulher. Para Domingues (2012), a definição do número ideal de consultas é importante para a elaboração de protocolos assistenciais e planejamento dos recursos em saúde. Para a autora o número maior de consultas pode significar mais oportunidades de receber cuidados preventivos e de promoção de saúde, especialmente em gestações de maior risco, com maior probabilidade de afetar os desfechos perinatais.

O que se deve também levar em discussão é sobre a qualidade dessas consultas e a utilização dos serviços para a realização de cuidados efetivos em saúde. O início precoce da assistência pré-natal permite o acesso aos métodos diagnósticos e terapêuticos, enquanto a realização a frequência de consultas possibilita o acompanhamento adequado e a realização de intervenções oportunas.

Em relação ao monitoramento dos indicadores do PMAQ, o acompanhamento destes indicadores na área de Saúde da Mulher é um dos critérios de acompanhamento pelo Ministério da Saúde, ao considerar o - Indicador **21**: Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal (BRASIL, 2013).

Segundo os critérios do Ministério da Saúde, elevadas taxas de inadequação da assistência pré-natal mostram que somente a maior quantidade de consultas e de frequência de realização dos procedimentos e exames básicos não assegura a adequação da assistência prestada (NUNES et al, 2015).

Nessa perspectiva existem várias ações observadas para se considerar melhoria na atenção ao pré-natal. Estas ações complementam-se aos serviços prestados que representam os indicadores de qualidade, os quais deverão ser buscados no âmbito da Rede Cegonha.

Os dados quando comparados com outros estudos nos últimos anos mostram inadequados as propostas da estratégia RC, ao observar discreta melhoria nesses critérios que qualificam a atenção ao pré-natal ao compara a qualidade da assistência com base não somente nas variáveis quantitativas como também qualitativas, tais como a realização de exames complementares, os procedimentos básicos nas consultas e as ações educativas durante as consultas de pré-natal como observado na tabela 11.

A TABELA 11, apresenta o percentual em relação aos profissionais que realizaram as consultas de pré-natal das puérperas, 71(52,9%) foi realizada com médico (a) e 62 (46,2%) com enfermeiro (a). Quanto à consulta intercalada, 116(86,5%) das puérperas relataram não ter ocorrido. Quanto a realização de procedimento clínico-obstétrico, 47(35,0%) relataram ter sido examinada, e 10(7,46%) tiveram as mamas examinadas, 134 (100%) dos exames obstétricos (AU e BCF) foram realizados, 134 (100%) aferição de PA; das entrevistadas, 75(55,9%) foram pesadas e 59(44,0%) referem não ter sido pesada nas consultas de pré-natal. Quanto a realização de exame ginecológico/colpocitologia oncológica, 96 (71,6%) não realizou; 52 (38,8%) referem encaminhamento para diversos profissionais e 118 (85,8%) foram encaminhadas para vacinação. Em relação a escuta qualificada individual (acolhimento), 102 (76,1%) das puérperas referiram expor suas dúvidas e queixas. Quanto ao registro no cartão da gestante, 59,7% referem constar dados referentes a consultas e exames. Participação em atividades educativas, 125 (93,2%) não participaram.

TABELA 11- Avaliação de critérios do processo de qualidade da assistência do pré-natal na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)

<i>Variável serviço prestado</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Profissional que realizou a consulta de pré-natal		
Médico	71	52,9
Enfermeiro	62	46,2
Sem informação	1	0,7
Consulta intercalada		
Não, todas as consultas com o mesmo profissional	116	86,5
Sim, em algumas consultas	18	13,4
Procedimento clínico-obstétrico		
Exame físico: cabeça, corpo e MMSS/MMII	47	35,0
Exame da mama	10	7,4
Altura uterina/ Ausculta BCF/ Aferição da PA	134	100,0
Peso		
Sim	75	55,9
Não	59	44,0
Exame ginecológico/ Colpocitologia oncótica		
Não	96	71,6
Sim	38	28,3
Encaminhamento		
Não	82	61,2
Sim	52	38,8
Para qual profissional		
Dentista	32	23,8
Nutricionista	18	13,4
Psicólogo	3	2,2
Vacinação		
Sim	115	85,8
Não	19	14,1
Ausculta qualificada – acolhimento		
Sim	102	76,1
Não	32	23,8
Registro no cartão da gestante		
Sim	80	59,7
Não	54	40,3
Atividade Educativa		
Não	125	93,2
Sim	9	6,7
TOTAL	134	100,0

O pré-natal é a principal fonte de conhecimento materno e fetal prévio ao parto e pós-parto que possibilita promover, prevenir e detectar alterações da gestação como também tratá-las de modo precoce, diminuindo os danos à mãe e ao feto.

A construção da qualidade da atenção ao pré-natal está implícita na valorização das ações que permitam sua integração no conjunto de serviços oferecidos. O profissional

enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de risco habitual na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 2012).

A consulta pré-natal é estruturada com base nas normas de atendimento à gestante, instituídas pela OPAS/OMS e adaptadas à realidade de cada país. No Brasil o Ministério da Saúde, de acordo com o Caderno de Atenção Básica- Atenção ao Pré-Natal de baixo risco, a primeira consulta de pré-natal deve ser agendada para o enfermeiro. E o enfermeiro deve prestar assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez, período quando ocorrem mudanças físicas e emocionais, época que cada gestante vivencia de forma diferente é uma das atribuições da enfermagem nas equipes de Atenção Básica. Ademais consulta, em sua grande maioria é realizada por médico ou intercalada com enfermeiro (BRASIL, 2006, 2012).

A OMS (1996), na publicação Maternidade Segura ao parto normal, aponta a enfermeira obstétrica como profissional mais adequada e com melhor custo de efetividade para ser responsável pela assistência à gestação, incluindo avaliação de risco e reconhecimento de complicações. Entretanto a qualificação profissional é um quesito fundamental e os treinamentos, a formação e as habilidades básicas para o manejo da gestação de baixo risco são importantes.

Não basta que o profissional esteja apenas treinado e capacitado, este deve utilizar de habilidades que o permita a prestar assistência qualificada para tal função. Isto denota sua competência, compromisso e responsabilidade profissional. A qualidade em saúde se refere à relação entre meios e fins, em que os meios compreendem o conjunto das estratégias técnicas e procedimentos de intervenção para alcançar resultados em conformidade as expectativas desejadas e quando avalia pode indicar aspectos específicos do cuidado (DONABEDIAN, 1988).

Os resultados apontaram que maioria das consultas de pré-natal, 52,9% foram realizadas por médicos e 46,2% por enfermeiro, sendo mantido o acompanhamento sem intercalar entre os profissionais a corresponsabilidade da atenção, por meio da troca de informações sobre os cuidados prestados, em 86,5%. Observamos que ainda a consulta é centrada no médico ou enfermeiro, o que limita as ações e o princípio fundamental da atenção à gestante que deve ser interdisciplinar.

A realização dos procedimentos realizados durante a consulta aponta que, 35,0% do exame físico (céfalo - podálico) foi realizado durante a consulta e somente 7,4% das puérperas tiveram as suas mamas examinadas, 55,9% foram pesadas. Um dado positivo foi encontrado quanto ao exame obstétricos (AU e BCF) e aferição de PA foram 100%. A realização da

medição da AU e do BCF, são importantes para o monitoramento do crescimento e bem-estar fetal, bem como a PA para diagnóstico e tratamento adequado de intercorrências gestacionais.

O desenvolvimento de habilidades específicas, exercidas de forma competente, traduz a qualificação profissional, está depende também da aplicação de técnicas de competência deste profissional. E a propedêutica clínica obstétrica, é um passo fundamental no atendimento à gestante, haja vista identificar fatores de risco gestacional. Nesse contexto, observa-se comportamento técnico científico dos profissionais inadequados, o que gera preocupação do modelo de atendimento na UBS de estudo.

Observou-se que somente 55,9% das puérperas foram pesadas durante a consulta de pré-natal, mostrando inadequação da ação. Sabe-se que a obesidade está associada a uma frequência mais alta de distorcias, diabetes e hipertensão e a um risco maior de cesariana. Por outro lado, na gestante com baixo peso há um risco maior de parto prematuro (BRASIL, 2006, 2012).

A obesidade é um problema de saúde mundial e é muito prevalente em mulheres grávidas. Nesse período aumenta o risco materno de complicações gestacionais. Bem como o déficit nutricional, como apresentado na última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 2006), onde encontrou um déficit de peso em 3,5% das mulheres de 15 a 49 anos, no período reprodutivo. O Ministério da Saúde considera essas mulheres de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2012).

Outro fator que chamou atenção e preocupação, foi o fato de que 71,6% das puérperas não realizaram o exame ginecológico de inspeção da vulva ou realização de preventivo no pré-natal. Estes dados demonstram que a cobertura numérica de consultas de pré-natal, apresentada no estudo, não garante a qualidade da assistência oferecida, uma vez que o exame de Papanicolau deveria fazer parte da rotina do pré-natal. Vale destacar que o PHPN não incluía a realização de citologia oncológica como procedimento básico recomendado, entretanto a Estratégia Rede Cegonha o inclui entre as ações de Saúde Básica para a assistência ao pré-natal (BRASIL, 2012).

O exame é importante para detectar a presença de vulvovaginites; em caso positivo, pode ocasionar complicações maternas e perinatais, dentre elas, rotura prematura de membranas, o trabalho de parto prematuro, a corioamnionite, as infecções puerperais e o baixo peso ao nascer (COSTA *et al.*, 2010).

Bem como, para a prevenção de câncer cérvico-uterino, pois o exame é uma atividade fundamental para o diagnóstico precoce das lesões precursoras e a redução da mortalidade provocada por esta patologia. Contribui, também, para detectar os casos, sobretudo os

assintomáticos, das doenças sexualmente transmissíveis e identificar a presença de infecções genitais que, aumentando a suscetibilidade ao HIV, podem interferir no parto e no puerpério.

Deve-se considerar que algumas mulheres só buscam atendimento nos serviços de saúde quando estão grávidas e, considerando as recomendações do Ministério da Saúde, em que o exame Papanicolau deve ser feito por mulheres de 25 a 59 anos, este momento pode ser o ideal, e às vezes único, para programar ou consolidar as orientações e as práticas preventivas para a saúde, já que o número de gestantes jovens é bem representativo.

Para o MS, a não realização do exame de Papanicolau e, conseqüentemente, o diagnóstico tardio do câncer de colo uterino pode estar relacionado com a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde; à baixa capacitação de recursos humanos; à incapacidade do sistema público em absorver a demanda das unidades de saúde; à dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer uma linha de cuidados que envolva todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006)

Considerando o modelo assistencial, por meio de práticas de articulação entre a promoção e prevenção, o rastreamento do câncer de colo uterino é facilitado, uma vez que gera um cenário favorável para tal ação (VALE et al, 2010). A coleta do preventivo deve ser ação prioritária em todas as unidades. Consideramos um procedimento indispensável na atenção pré-natal. Neste critério o resultado encontrado foi considerado inadequado.

Para a variável encaminhamento, 61,2% das puérperas não receberam nenhum encaminhamento para outro profissional; 38,8% foram encaminhadas para algum serviço com outro profissional como: dentista 23,8%; nutricionista 13,4% e psicólogo 2,2%.

A atividade proposta na organização das ações de saúde na Atenção Básica orienta a integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho dos profissionais da UBS com os profissionais dos demais de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas ou necessidades apresentadas pela gestante sob sua responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012)

O atendimento multidisciplinar é fato condizente com as orientações do MS, que preconiza a implementação de ações da atenção pré-natal de forma integrada e complementar, realizada por profissionais que compõe equipes multidisciplinares, objetivando a integralidade do cuidado, conforme as diretrizes do PHPN e da RC (BRASIL, 2006; 2012).

Associação negativa entre a interconsulta com especialista, é observada no estudo, como uma prática pouco frequente e que se pode associar com a (des) organização do serviço e a inadequação do comportamento técnico do profissional para atender e entender à demanda de acordo com as necessidades apresentadas pela mulher.

De acordo com Starfield (2002, p 487) “todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento deste contexto, resulta de um alto grau de integralidade de atenção”.

Quanto a vacinação (VAT), a grande maioria das puérperas 85,8% foram encaminhadas para vacinação, um dado positivo. Durante as entrevistas constatamos que as puérperas que relatam não ter realizado vacina, estavam imunizadas.

Martinelle (2014) refere que estudos recentes nacionais apresentaram frequências de vacinação entre 35% e 60% para a imunização antitetânica. Ao associar aos estudos nacionais e as recomendações do PHPN e RC, considera-se positivo o resultado encontrado na AP1.0, do município do Rio de Janeiro.

Em relação a escuta qualificada individual (acolhimento), 76,1% das puérperas referiram a oportunidade de expor suas dúvidas e queixas; e 23,8% consideraram que o profissional mostrou pouco interesse em relação às suas queixas. O acolhimento é uma das medidas para implementar a humanização na assistência, pois estabelece vínculo com a mulher, além do que, a consulta qualificada, complementa a postura tecnicista da consulta e transmite maior confiabilidade e responsabilidade aos cuidados. Isso estabelece melhoria e qualifica a assistência.

É importante ressaltar, que os profissionais devem realizar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo e de atenção integral (BRASIL, 2012). Como mostram os dados, a cultura da relação profissional/usuária precisa mudar. O fato deixa de constituir uma oportunidade importante e, às vezes, única para a população feminina procura revelar as suas ansiedades e queixas e receber cuidados necessários do profissional.

Há uma concordância entre a precocidade da primeira consulta de pré-natal e número de consulta para qualificar a assistência, entretanto, fica evidente a necessidade de mudança em relação ao atendimento e ao comprometimento pelos profissionais para alcance de melhoria e qualificação da assistência à mulher no serviço de pré-natal. Observa-se semelhança dos achados desta pesquisa com outros estudos de avaliação e adequação da assistência pré-natal com Coutinho (2010), Vettore (2011), Domingues (2012), Maia (2013) e Viellas (2014).

Observou-se que 40,3% das puérperas relataram falta de informação/registro no cartão de pré-natal. Vários estudos apresentam resultados similares (VETTORE, 2011, DOMINGUES, 2012, MAIA, 2013; VIELLAS 2014; MARTINELLI, 2014). Os registros

revelam a passagem da gestante pelos serviços e o fato de ausência de registro desqualifica a atenção e resulta na descontinuidade do cuidado.

Nesse contexto, o Cartão da Gestante é o instrumento de ligação entre o acompanhamento gestacional entre os níveis de atenção. Nele é possível registrar as informações essenciais da gravidez que implicam em riscos para puérpera e criança, ainda que a avaliação dos cartões das gestantes permita inferir diretamente sobre a qualidade da assistência pré-natal nos serviços de saúde.

Verificou-se que, 93,2% das puérperas não participaram de atividade educativas/ações educativas. O resultado aponta para baixa realização de ações de promoção e proteção à saúde e a não adesão dos gestores e profissionais ao protocolo estabelecido no plano de ação como atividade do PRC.

As atividades educativas em saúde pressupõem uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde, e não entendida somente como transmissão de conteúdo, mas também, como a adoção de práticas que levam a autonomia da mulher. Vale frisar a importância e a oportunidade do momento da mulher no serviço de saúde, e promover as ações educativas.

A educação em saúde é uma atividade multiprofissional, no seu desenvolvimento, deve oferecer à mulher, baseado nas suas necessidades, subsídios para que ela adquira conhecimento para cuidar de si e de seu futuro filho. Nesse sentido, para que tenha sucesso em todo o processo gestação, parto e nascimento e puerpério, cabe aos profissionais de saúde envolvidos com esse serviço, desenvolver as atividades educativas, incluir a participação do pai ou de outro familiar.

Para Costa *et al* (2011) os profissionais de saúde, sobretudo os de nível superior, ainda permanecem praticando apenas a orientação individual nas consultas. O estudo desenvolvido por Martinelli (2014) confirma ao apontar resultados de algumas investigações Nacionais com similares ao seu estudo, em relação à frequência baixa de atividades educativas realizadas nos serviços de pré-natal.

O novo modelo assistencial desafia a prestação de uma Atenção Primária à Saúde (APS) baseada nas ações educativas, reguladas pelos princípios da promoção à saúde, em que a ação multiprofissional é considerada fundamental para a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população (BRASIL,2009).

Vale destacar, neste momento, que o estudo não avaliou a adequação da estrutura física das UBS que sustente a adequação da atividade como proposto no Plano de Ação do Programa Rede Cegonha.

6.3- ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇO NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

6.3.1 – AVALIAÇÃO ESTRUTURA

O parto é conhecido historicamente como um evento natural e fisiológico. A Resolução da Diretoria Colegiada 36 (RDC) regulamenta e normatiza os padrões do funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal nos seguintes padrões organizacionais: infraestrutura física, recursos humanos, materiais e equipamentos, acesso a recursos assistências e processos operacionais assistenciais (BRASIL, 2008).

O estudo buscou como critério avaliar a estrutura adequada nos seus variados aspectos (físico, material, organizacional) que se faz necessário para o desenvolvimento das ações e dos serviços propostos na política de humanização do parto.

As variáveis pesquisadas foram: dificuldade de internação na maternidade de referência; por qual motivo; local/ambiente que aguardou atendimento na maternidade e caracterização da sala de parto.

O componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha figura-se como ação à adoção de práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" (BRASIL, 2016).

Na TABELA 12, verificou-se que 26(19,4%) puérperas com relato de dificuldade de internação e 108 (80,6%) relatam não ter encontrado dificuldade. Quando questionada pelo qual motivo, 26(19,4%) referiram falta de vaga.

TABELA 12- Avaliação de critério que compõem o serviço de referência da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)

<i>Vinculação UBS e Maternidade</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Dificuldade de internação na maternidade de referencia		
Não	108	80,6
Sim	26*	19,4
Motivo (= 26)*		
Falta de vaga	24	92,3
Falta de vaga na UTI para o bebe	02	7,7
TOTAL	134	100,0

A assistência às mulheres durante o parto e nascimento tem sido motivo de preocupação por todos os sistemas de saúde do mundo. A assistência ao parto vem sofrendo influências

culturais e mudanças políticas ao longo do tempo. As variáveis que a acompanham vão além do processo biológico.

A RC traz uma inovação em relação aos serviços oferecidos, o comprometimento com a mudança das práticas obstétricas. A Estratégia visa garantir atendimento de qualidade a mulher na Rede de Atenção – SUS. Conforme as diretrizes gerais e operacionais da Estratégia, a vaga na hora do parto deve ser assegurada a todas às mulheres (BRASIL,2011).

É interessante notar que mesmo dentro de um ambiente que tem a perspectiva de humanização como um modelo institucional, os dados como apresentado, permitiu verificar que 80,6% das puérperas não apresentaram dificuldade de internação, entretanto, entretanto 19,4% apresentaram dificuldade quando buscaram a maternidade de referência no momento do parto, o fato não é mais aceitável pela proposta da RC. Dentre as investigadas que relatam não ter sido atendidas, quando perguntadas o motivo referiram os seguintes motivos, 92,3% falta de vaga e 1,4% não tinha vaga na UTI para bebê, caso necessitasse. Destaco que não fez parte da investigação do estudo, se o motivo que levou a não internação da puérpera pelo profissional, ocorreu pelo fator clínico-obstétrico, por acreditar na dificuldade no entendimento e compreensão da mulher e familiares no momento peculiar de trabalho de parto.

A falta de vaga à maternidade tem sido objeto de análise em muitos estudos pela drástica história que a mulher brasileira enfrenta na hora do seu parto, a conhecida peregrinação. O acesso à maternidade caracteriza um real problema do Sistema de Saúde.

Um fato de repercussão Internacional e Nacional de peregrinação e de descaso no atendimento à mulher em trabalho de parto no Estado do Rio de Janeiro, em 2002, antes da apresentação dos resultados do estudo, por considerar importante associar as mudanças ocorridas no Modelo de Atenção à Saúde da Mulher no Território Nacional:

“ Alyne da Silva Pimentel, vítima de negligência e imperícia médica na Maternidade em Nova Iguaçu que levou à morte. O fato levou a esforços coletivos, com avanços na direção do alcance na melhoria da qualidade desejada em todos os serviços de saúde no país. Exemplo desses esforços são: Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher; Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna; Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos; Plano de Qualificação das Maternidades e Redes perinatais da Amazônia Legal (AL) e Nordeste (NE) e PMAQ e Estratégia Rede Cegonha” (Relatório do Governo Brasileiro/agosto 2014, p 1-4).

Esse fato levou a discussão mais ampla da importância de uma implementação de políticas públicas que perpassa pela mudança na organização das ações e serviços de saúde, em investimento, pactuação entre as esferas políticas e corresponsabilização no modelo de atenção ao parto e nascimento no SUS.

Desde então, a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde tem tido destaque na discussão do Modelo de Atenção à Saúde da Mulher, como importante ferramenta para a qualidade no atendimento integral, continuado e resolutivo no desfecho do processo parturitivo.

Os resultados encontrados sugerem um significativo processo de melhoria quanto a variável, “falta de vaga ou peregrinação das mulheres no momento do parto” na Cidade do Rio de Janeiro, quando comparado às histórias drásticas de tentativas de internação de mulheres em trabalho de parto no Município, como apresentado.

Porém ainda se verificou 19,4% das puérperas, com relato de dificuldade de internação. Para o MS, a vaga na maternidade deve ser garantida como princípio da Rede Cegonha. A vinculação da gestante com a maternidade deverá ocorrer com o serviço de pré-natal e o local em que será realizado o parto. A equipe deve informar à gestante o local onde será realizado o parto e deve mediar a visita da mesma a esse serviço. A vinculação depende de um esforço conjunto entre equipe e gestor municipal, que deverá articular toda a rede e garantir tal vínculo (BRASIL, 2011).

O Relatório da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006 pelo Ministério da Saúde, apresenta resultado similar ao estudo, quando mostra que, (10,4%) das gestantes no Brasil precisaram peregrinar para conseguir internação, esses resultados variam bastante entre as regiões do país (BRASIL, 2009).

Menezes *et al* (2006), em um estudo desenvolvido em 1999/2001, baseado em uma amostra com 6.652 gestantes internadas, em maternidades localizadas no Município do Rio de Janeiro, constatou que 2.228 (33,49%) das puérperas buscaram assistência em mais de uma maternidade, considerando apenas as gestantes que buscaram mais de um atendimento. Os autores verificaram que, (70,7%) foram internadas na segunda maternidade.

Ainda segundo os pesquisadores, além da dificuldade de internação, a maioria das gestantes buscaram assistência em outro estabelecimento por meios próprios; e apenas (19,8%) das gestantes do seu estudo foram transferidas de ambulância. Para os autores, essa informação evidencia a falta de hierarquização da rede e de um sistema ineficaz de referência e contra referência (MENEZES *et al*, 2006).

Barbastefano (2009), em estudo com adolescentes, evidenciou que (36,6%) das adolescentes atendidas tiveram acesso insatisfatório ao SUS. A autora resgata alguns estudos anteriores com resultados similares, que apontam dificuldade de internação. “Gomes (2002) relata que, em pesquisa realizada com 520 mulheres, que deram à luz no Amparo Maternal, em

São Paulo, entidade filantrópica que não recusa assistência a grávidas de baixo risco, (67%) tiveram de percorrer mais de um hospital antes de serem internadas; (61%) passaram por duas maternidades, e (15%) por três ou mais”.

Boareto (2003), em uma amostra de 292 puérperas, constatou que (20,2%) foram internadas na segunda maternidade de procura, e (6,1%) passaram por três maternidades ou mais, evidenciando a necessidade de peregrinar em busca de atendimento. Esses resultados são muito similares aos encontrados no presente estudo quando (20,7%) das adolescentes passaram por mais de uma unidade para conseguir atendimento.

No que tange ao número, Melo (2007), em estudo georeferenciado dos fluxos de atendimento ao parto no município do Rio de Janeiro, em 2004, refere que os leitos obstétricos têm distribuição geográfica bastante desigual, com áreas de escassez (periferia) e outras áreas de excesso (centro), determinando, assim, a necessidade de a gestante percorrer longas distâncias na busca pelo atendimento, levando à dificuldade de internação.

Para a autora as unidades estão mal distribuídas dentro das Áreas Programáticas (AP), podendo-se justificar um maior déficit de leitos públicos nas regiões mais periféricas. Apontam ainda que nem todas as unidades tem disponível a unidade de alto risco neonatal, o que faz a gestante de risco sair à procura desse local, o qual, muitas vezes, nem está referenciado no pré-natal (MELO, 2007).

Cunha & Júnior (2010), identificaram aspectos da peregrinação no anteparto, na cidade de São Luís/Maranhão, ao constatarem que (40,6%) das mulheres atendidas na maternidade de estudo receberam atendimento após terem percorrido mais de um serviço de saúde.

Barbosa (2010) em seu estudo em uma Maternidade do Município do Rio, identificou entre as 502 puérperas investigada, (89%) da amostra tentaram atendimento obstétrico em pelo menos uma maternidade antes da efetiva internação na maternidade onde ocorreu o parto, sendo o restante, (11%) percorreram mais de três maternidades para realização do parto. Da amostra, (91%) das puérperas procuraram a maternidade do seu próprio município de origem.

Ferreira (2015), mostra a ocorrência da peregrinação no anteparto na Região Sudeste do Brasil, em 2012, utilizando informações da pesquisa “Nascer no Brasil”, em que, em uma amostra de 8.005 puérperas, observou uma redução, constatando ainda que as características socioeconômicas e demográficas, não se apresentaram como fatores associados à ocorrência da peregrinação. O estudo apontou como fator para peregrinação, gestantes sem companheiro, sendo que as primíparas apresentaram maiores chances de peregrinarem.

Viellas *et al* (2014), ao analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes utilizando dados da pesquisa Nascer no Brasil, entre 2011 e 2012, mostra que a articulação da assistência

pré-natal com outros serviços da Rede de Saúde evidenciou problemas como o não atendimento ou atendimento com dificuldade. E afirma que foi baixa a proporção de gestantes orientadas sobre a maternidade de referência para internação para o parto, referida menos de (60%), sendo que (16,2%) procuraram mais de um serviço para a admissão durante o trabalho de parto. A peregrinação pela busca de assistência ao parto foi elevada, superior à encontrada na PNDS 2006, que foi de (10,4%).

Em estudo de atenção ao pré-natal e parto, realizado por Maia (2013), em uma amostra com 187 puérperas moradoras dos territórios cobertos pela ESF do Subsistema Leopoldina Norte AP 3.1, no município do Rio de Janeiro, refere que (66,9%) dos partos ocorridos pelas mulheres do estudo, ocorreram na maternidade de referência. Os principais motivos alegados para a não ocorrência do parto no serviço de referência, foi a preferência da usuária (11,8%), a falta de orientação quanto ao serviço de referência (5,9%), localização geográfica desfavorável do serviço de referência ou existência de serviço mais próximo (2,9%) e impossibilidade de acesso ao atendimento na maternidade de referência (2,2%). Segundo a autora, não houve relato por parte das participantes do estudo quanto à falta de vaga, determinando necessidade de transferência entre as maternidades e má prática de encaminhamento.

Registros de estudos anteriores com puérperas, com relato não exitosos como apresentado, demarcam a dificuldade de vagas na cidade do Rio de Janeiro. Contudo, destaca-se que no estudo, não foi avaliado quantas maternidades a puérpera procurou para internação. Considera-se que, qualquer tentativa de internação não atendida, evidencia uma insuficiência de leito obstétrico, que pode levar a desfechos indesejáveis materno-infantil. Os resultados encontrados sugerem (des) organização da integração horizontal do serviço, ou seja, não foi observado nos resultados apresentados a concepção de cadeia produtiva que consiste na articulação entre as Unidades de Saúde da mesma especialidade ou natureza (BRASIL-CIT, 2010).

A ação considerada para os fatos apresentados no presente estudo, seria de encaminhar as gestantes para uma Unidade de Saúde da Rede do SUS, com guia de referência/contra referência e de ambulância. Nesse sentido, observa-se certo conflito ou ineficiência em relação às definições e/ou às concepções dos profissionais e Sistema de Regulação de vagas, o que evidencia falhas na coordenação do cuidado Rede Cegonha na Rede de Atenção. Considerando que o fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contra referência, deve ser garantido (BRASIL, 2012).

Os resultados encontrados sugerem um desacordo e inadequado com as propostas da RC, ou seja, ao considerar a importância da vinculação/acesso à maternidade no momento do

parto pelas mulheres do Município do Rio, garantido no princípio da Estratégia. Bem como, a vinculação da gestante ao local do parto ser um indicador de qualidade da assistência (BRASIL, 2012)

A amostra demonstra não haver compartilhamento decisório sobre a indicação de internação e resolução entre gestores e profissionais, baseado nas informações fornecidas pelas puérperas, quando relatam as dificuldades de internação por falta de vaga, com encaminhamento para outra Unidade da Rede de Saúde do SUS.

O MS, ao fomentar as práticas obstétricas entre gestão e atenção, que promovam a atuação integral entre os profissionais de saúde e entre os gestores dos serviços de saúde, preconiza o acolhimento imediato a toda gestante que procure a unidade de saúde (BRASIL, 2011).

Na TABELA 13, ao verificou-se o primeiro local de atendimento na maternidade, 86 (64,1%) das puérperas foram encaminhadas para a Classificação de Risco, seguida de 26(19,4%) referem ter ido direto para o centro-obstétrico e 22(16,4%) foram encaminhadas para admissão para serem examinadas. Quanto ao ambiente/local que aguardou até ser encaminhada ao centro-obstétrico, foram relatados diversos lugares como: 4(2,9%) aguardaram na sala de espera; 2(1,5%) sentada na cadeira na enfermaria; 2(1,5%) sentada na cadeira no corredor e 1 (0,7%) no quarto de repouso dos médicos.

TABELA 13- Avaliação de critérios que compõem o atendimento na maternidade de referência da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)

<i>Variável atendimento na maternidade</i>	N	%
Primeiro atendimento na maternidade		
Acolhimento/Classificação de Risco	86	64,1
Direto para Centro-Obstétrico	26	19,4
Admissão *	22	16,4
Local em que aguardou até o encaminhamento ao CO*		
Sala de espera (recepção)	4	2,9
Sentada na cadeira (enfermaria)	2	1,5
Sentada na cadeira no corredor	2	1,5
Quarto (repouso dos médicos)	1	0,7
TOTAL	134	100,0

*Legenda: Centro-Obstétrico (CO)

Os resultados encontrados no estudo referentes ao local de primeiro atendimento na maternidade mostram que, 64,1% das puérperas foram encaminhadas para o Acolhimento/Classificação de Risco, sendo que 19,4% referem ter sido encaminhada

diretamente para o centro-obstétrico, considerando estar próximo ao nascimento, e 16,4%, foram encaminhadas para serem examinadas na sala de admissão.

O acolhimento é uma tecnologia que viabiliza o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado, passa a ser adotado no SUS como estratégia para qualificar a assistência, fomentar e ampliar relações humanas e de solidariedade entre profissional-usuário, reconhecidos como sujeitos e participantes ativos no processo de produção da saúde. O acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços (BRASIL, 2012, 2014),

A organização do serviço da maternidade, como ambiente e conforto, faz parte do acolhimento oferecido à mulher e permite aos profissionais desenvolverem as práticas obstétricas favorecedoras do parto humanizado e não farmacológico. Para assegurar a qualidade do serviço de saúde é necessário garantir infraestrutura adequada, o que envolve recursos, equipamentos, materiais e insumos suficientes que favoreçam as ações e melhores resultados na assistência oferecida (BRASIL, 2011).

Observou-se no estudo um dado bastante preocupante quando a puérpera foi questionada sobre o local que aguardava até ser encaminhada para o centro obstétrico; os relatos apontam ambientes diversos e inapropriados como sala de espera, 2,9%; sentada no corredor do hospital, 1,5%; sentada na cadeira dentro da enfermaria, 1,5%, e em um lugar inusitado, como *quarto de repouso dos médicos*, 0,7%. Acredita-se que os resultados como apresentados sejam uma atitude para de *mascarar a falta de vaga* (Tabela 13).

Na TABELA 14, pode-se observar que 109 (81,3%) das puérperas referem ter ficado em ambiente com privacidade no centro-obstétrico. Quanto à área física, 134 (100%) das puérperas referem ambiente com ar condicionado, cama regulável, banheiro próximo e com água quente e mesa de alimentação. Quanto a variável insumos para avaliar o bem-estar fetal foi Cardiotocógrafo e Sonar Doppler foi identificado em 134 (100%). Quanto aos objetos facilitadores para o parto humanizado e não farmacológico, como bola de bobat; escada de ling; barra fixa nas paredes, cavalinho; meia lua; espaço para deambulação e outros, 134 (100%) das puérperas relataram desconhecer.

TABELA 14- Avaliação de critérios operacionais, ambiente e recursos, do atendimento na maternidade de referência da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n = 134)

<i>Variável funcionamento (ambiência e recurso)</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ambiência:		
Privacidade		
Sim	109	81,3
Não	25	18,6
Ar condicionado, cama regulável, mesa de refeição banheiro com água quente próximo		
Sim	134	100,0
Estrutura para funcionamento da assistência - Recurso Assistencial:		
Cardiotocógrafo e Sonar Doppler		
Sim	134	100,0
Recursos (Bola de bobat; Escada de Ling, Barra fixa, cavalinho; espaço para deambulação)		
Não	134	100,0
TOTAL	134	100,0

Uma das inovações da estratégia em relação às ações e serviços prestados, conforme as diretrizes gerais e operacionais da RC, é assegurar às mulheres, as boas práticas de atenção ao parto e nascimento que serão exigidas nas maternidades. Como exemplo, o ambiente em que a mulher dará à luz que deverá ser adequado para oferecer privacidade e conforto para ela e seu acompanhante como recomendado pela RDC36/08 ao normatizar a ambiência das maternidades (BRASIL, 2008, 2011).

Uma estrutura adequada nos seus variados aspectos se faz necessário para o desenvolvimento das ações propostas, com maior probabilidade de se prestar assistência de boa qualidade e a continuidade da mesma (DONABEDIAN, 2003).

Os critérios para a prática humanizadora do parto diz respeito à estrutura, rotina operacional e procedimentos profissionais. A humanização da assistência como preconizada pelas políticas de humanização do parto e nascimento, incluindo a RDC 36 /08, oferece à gestante, ambientes que garantam privacidade, seja acolhedor, confortável e com estrutura que possibilite uma assistência ao pré-parto, parto e nascimento e pós-parto (PPP), com menor intervenção, com respeito à fisiologia desses momentos e suporte emocional não só para a mulher, mas também para a sua família (BRASIL, 2008, 2011).

Quanto ao indicador, privacidade durante o trabalho de parto, foi considerada pela puerpera como insatisfatório em 18,6%, ao referir ambiente isento de privacidade. Quanto à

infraestrutura, como ar condicionado, cama regulável, mesa de refeição, banheiro com água quente próximo e espaço físico, observou-se em 100%. Quanto ao conhecimento e percepção de objetos para utilização nas técnicas facilitadoras e para desenvolvimento de práticas humanizadas durante o trabalho de parto, em 100% referiram não ter conhecimento, um dado inadequado à proposta da Estratégia para oferecimento das boas práticas obstétricas.

O parto realizado em ambiente hospitalar, no modelo natural, a mulher é considerada o foco das atenções, sujeito ativo do processo, sendo o parto considerado como evento fisiológico normal que segue um curso natural e as intervenções são mínimas (BRASIL, 2000; 2011).

A proposta de humanização da assistência no parto, puerpério e nascimento busca transformar os espaços destinados a receber este grupo de usuários, tornando-os mais acolhedores, incluindo a participação da família.

As maternidades do estudo, apesar de serem consideradas de referência para parto natural e humanizado, os dados mostram precariedade nos equipamentos para atender à especificidade de cada mulher. As maternidades apontam estarem centradas no atendimento pautado em ações intervencionistas.

Os critérios e os recursos avaliados para as condições de funcionamento do centro obstétrico quanto a organização da estrutura, encontram-se em desacordo com as normatizações, comprometem o oferecimento das ações em conformidade as diretrizes instituídas pelo MS e ao Colegiado da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A estrutura física dos serviços e os recursos oferecidos são critérios considerados para implantação de mudanças no cenário de assistência à mulher no processo de parturição.

Para que as ações da RC efetivem em suas propostas de atenção ao parto e nascimento, é necessário que aconteça uma reestruturação dos hospitais, tanto no que diz respeito à área física, como na compra de equipamentos; no entanto, também é indispensável que haja uma mudança nas atitudes dos profissionais de saúde.

A qualidade da assistência à saúde é também constituída por dois domínios: aplicação dos conhecimentos e das tecnologias; e relação do profissional de saúde e equipe, com o usuário. E a qualidade desses dois domínios depende da estrutura como uma pré-condição favorável (DONABEDIAN, 2003).

6.3.2- AVALIAÇÃO PROCESSO

O estudo avaliou ações e serviços prestados, em conformidade aos critérios estabelecidos às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, oferecidas e estimuladas durante o trabalho de parto e parto que qualificam e humanizam o processo parturitivo como:

acompanhante em trabalho de parto; alimento oferecido em trabalho de parto; oferecimento de técnicas favorecedoras para boas práticas ao parto (deambulação, massagem, banho, bola, escala de ling, barra fixa, banheira,); amniotomia; infusão de soro (ocitocina); informações e explicações da evolução do parto; via de parto; estímulo à amamentação (sala de parto) e orientação de retorno à UBS para consulta de pós-parto.

Durante a internação e no trabalho de parto, toda gestante tem direito de ser escutada e ter as suas dúvidas esclarecidas; expressar os seus sentimentos e as suas reações livremente; escolher a melhor posição durante o trabalho de parto e para o parto. Ser incentivada a adotar boas práticas do parto, que são mais favoráveis para a boa evolução do parto.

A OMS e MS recomendam amplamente o uso dos métodos não-farmacológicos de alívio da dor, pela possibilidade de benefícios para a maior parte das mulheres, não são obtidos com o uso de outro método farmacológico, conhecido como Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento (OMS,1996, Brasil, 2011, 2012).

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal desenvolve ações de prevenção e assistência à saúde de gestantes, parturientes e recém-nascidos, garantindo o acesso e a qualidade dessa assistência. Exige, por exemplo, que os estados e municípios tenham serviços de saúde capazes de acolher todas as gestantes e recém-nascidos.

A Atenção Obstétrica e Neonatal no SUS está alicerçada nas legislações e nas políticas públicas que garantam os direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Bem como, a recente Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha e a Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013, como novo modelo de atenção em relação às ações e serviços prestados. E conforme as diretrizes operacionais da Rede Cegonha, o componente parto e nascimento, deve assegurar às mulheres as boas práticas do parto e nascimento. Bem como, assegurar o direito a acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o trabalho de parto, parto e puerpério, ao acesso a métodos de alívio da dor e a possibilidade de ficar em contato pele a pele com seu bebê imediatamente após o nascimento, prática que hoje é demonstrada como benéfica para os dois (BRASIL, 2011).

Na TABELA 15, pode-se observar que o direito de ter o acompanhante de escolha no momento do parto foi respeitado em 96 puérperas (71,6%), seguida de 31(23,1%) que não tiveram o acompanhante de escolha presente durante o parto. Quanto à alimentação recebida durante o trabalho de parto, 81(60,4%) não receberam qualquer alimento, referindo jejum por mais de 12 horas, 33(24,6%) referem ter ingerido água e 55(41,0%), relatam ter recebido pelo menos um tipo de alimento durante o trabalho de parto (suco, pão, biscoito, almoço). Quanto

às boas práticas da atenção ao parto e nascimento, 51(38,0%) das puérperas foram encaminhadas para uso do chuveiro morno, 24(17,9%) receberam estímulo à movimentação e 12(8,9%) receberam massagem. Quanto aos procedimentos realizados, 59(44,0%) foi realizado amniotomia e 54(40,3%) receberam infusão de ocitocina. Quanto à informação e explicação da evolução do trabalho de parto pelos profissionais de saúde, 97(72,3%) das puérperas referem ter recebido tal orientação. 72 (53,7%) dos partos foram por via baixa (vaginal) e 62 (41,7%) foram cesarianas. Quanto ao estímulo à amamentação na 1ª hora pós-parto, ocorreu em (29,1%) e (57,4%) das puérperas, não receberam orientação para retornar a UBS para consulta de pós-parto.

TABELA 15- Avaliação de critérios de qualidade da assistência ao parto na maternidade de referência da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)

<i>Boas práticas na atenção ao parto</i>	N	%
Acompanhante no trabalho de parto		
Sim	96	71,6
Não	31	23,1
Não deu tempo	7	5,2
Alimento oferecido em trabalho de parto		
Jejum	81	60,4
Água	33	24,6
Suco	31	23,1
Fruta	11	8,2
Almoço/ jantar	09	6,7
Pão, biscoito, torrada	04	2,9
Assistência oferecida		
Banho morno (aspersão)	51	38,0
Estímulo à movimentação (deambulação)	24	17,9
Massagem	12	8,9
Amniotomia	59	44,0
Infusão de ocitocina	54	40,3
Fornecimento de informações sobre o trabalho parto		
Sim	97	72,3
Não	37	27,6
Via de parto		
Vaginal	72	53,7
Operatório	62	46,2
Estímulo a amamentação (sala de parto)		
Sim	50	37,3
Não	84	62,6
Orientação de retorno a UBS para consulta de pós-parto		
Não	57	42,5
Sim	77	57,4
TOTAL	134	100,00

O conjunto de boas práticas de atenção ao parto e nascimento, como apresentado pela OMS, visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da mortalidade materna e perinatal. Tais práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis.

O guia da OMS defende, ainda, como objetivo da assistência obstétrica, o menor nível possível de intervenção, compatível com a segurança, definindo o papel do prestador de serviço como requisito necessário para a concretização desta atenção. Nós critérios deste guia, as práticas assistenciais das categorias A, B e D relacionados nos itens considerados boa prática para o parto, apoio empático pelos profissionais de saúde e estímulo amamentação, foram objeto deste estudo. Bem como, o item acompanhante de livre escolha da mulher, durante todo o trabalho de parto, parto e puerpério, faz parte das boas práticas de atenção ao parto e nascimento. A presença do acompanhante traz benefícios e as parturientes que contam com um acompanhante no parto e puerpério imediato, ficam mais tranquilas e seguras durante o processo parturitivo, consequentemente acarreta diminuição do tempo de trabalho de parto, do número de cesáreas e aumenta a satisfação da mulher.

A humanização compreende 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 uso de medidas e procedimentos sabidamente benévolos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando o intervencionismo desnecessário, que embora esteja tradicionalmente na prática dos profissionais (BRASIL, 2011).

As instituições que promovem assistência humanizada ao parto e nascimento devem incentivar, através da equipe de saúde, a escolha do acompanhante pela parturiente. No estudo, a presença do acompanhante, de escolha da parturiente, é uma realidade como representado em 71,6%. Ademais que referiram a não presença de um acompanhante durante o trabalho de parto 23,1% foram por motivos particulares e alheios a sua escolha, informado durante a entrevista. Considera-se um resultado satisfatório e positivo, quando observado o direito de ter o acompanhante durante o parto.

Dados do monitoramento do PNDS (2006) apontam que em (76%) dos partos realizados pelo SUS, as mulheres não receberam qualquer prática humanizada baseadas em evidências científicas e (30%) das gestantes que realizaram parto normal, não tiveram acesso a medidas farmacológicas ou não farmacológicas para o alívio da dor.

O parto humanizado ou não-farmacológicos, proporciona o processo parturitivo de forma mais natural, para que ocorra uma série de medidas, atitudes e recurso são necessários.

A proposta de humanização da assistência no parto, puerpério e nascimento busca transformar as práticas destinadas a assistência deste grupo de usuárias, tornar-se mais acolhedores, humanizada, incluindo a participação da família.

Quando avaliado as boas práticas da atenção ao parto, Categoria **A**, item 7 e 9 e **D**, item 1, quanto ao oferecimento de alimento e água durante o trabalho de parto, pôde-se observar quantitativo preocupante, 60,4% das puérperas não receberam qualquer alimento e referiram jejum por mais de 12 horas até 24 horas. (As informações foram obtidas durante a entrevista e relatada no espaço deixado para descrever assuntos considerados relevantes durante as entrevistas).

Na assistência ao parto e nascimento os profissionais de saúde devem respeitar os aspectos da fisiologia do parto, oferecer suporte emocional necessário à mulher e sua família e reconhecer os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento.

Verificou-se que à 24,6% das puérperas foi permitido e oferecido tomar água; 41,0% relatam ter recebido pelo menos um tipo de alimento durante o trabalho de parto (suco, pão, biscoito, almoço). Os resultados mostram que não houve mudança referente à oferta de alimentos durante o trabalho de parto nas maternidades de estudo. Apesar das evidências científicas revelarem a prática prejudicial de restrição de alimentos sólidos ou líquidos durante o trabalho de parto, a prática continua sendo utilizada nas maternidades de referência do estudo, os resultados apontam inadequação a políticas de Humanização ao parto e nascimento e as diretrizes clínicas de base.

Pode-se também observar pouco estímulo às técnicas e práticas que devem ser encorajadas e estimuladas durante o trabalho de parto, Categoria **A** item 13 e 14. Dos métodos mais utilizados, 40,3% das puérperas foram encaminhadas para uso do chuveiro morno, 17,9% receberam estímulo à movimentação e 8,96% receberam massagem.

Verificou-se uso de técnicas pouco indicadas na categoria, **B** item 8; **A** item 16, encontradas em 44,0% procedimento de amniotomia e 40,3% puérperas receberam infusão de ocitocina. Os resultados como apresentados mostram um indicativo de que as boas práticas e as orientações RC, não foram bem incorporadas nas maternidades; mostram inadequado em conformidade com a OMS e as políticas nacionais. Apesar de não existirem evidências científicas suficientes para apoiar todas as recomendações da OMS e do MS é essencial que os métodos não farmacológicos de alívio da dor e facilitadores para parto fisiológico e humanizado

sejam colocados em prática por acarretar menos intercorrências e prejuízos para mãe e bebê (BRASIL, 2016).

Neste contexto, estudos similares observado por Stancato (2011) avaliou o atendimento e estrutura da sala PPP (pré-parto, parto e pós-parto), tendo como padrão RDC 36 /08. O autor observou que, (77,0%) das parturientes fizeram uso de pelo menos um método não farmacológico, 23,0% não receberam nenhum método. O método mais utilizado foi o banho de aspersão, (83,0%) das parturientes tiveram a presença de acompanhante, (75,0%) dos bebês foram colocados para sugar até uma hora após o nascimento e (19%) dos partos foram cesáreos.

Na pesquisa Nascer Brasil, Bittencourt *et al* (2014), avalia os aspectos da estrutura de uma amostra de maternidades do Brasil apontando grandes inadequações quanto à estrutura hospitalar e que podem interferir na qualidade do processo de assistência ao parto e ao nascimento, com potencial para aumentar a ocorrência de desfechos desfavoráveis para as mulheres e os recém-nascidos. Em seu estudo identificou que (46,0%) das mulheres passaram por uma cesariana no serviço público; (70,0%) das mulheres pesquisadas tiveram o seu parto com uso de cateter venoso com ocitocina; amniotomia, em (40,0%) e manobra de Kristeller e episiotomia presentes em (92,0%).

Para Leal (2012), nos hospitais públicos brasileiros, mesmo as gestantes que fazem parto vaginal estão expostas a uma excessiva manipulação, pois, geralmente, ficam presas ao leito, impedidas de deambular e se alimentar, usam ocitocina e dão à luz em posição de decúbito dorsal, com o auxílio de episiotomia.

Para Gomes & Moura (2012), a falta de política institucional para criação de protocolos baseados em evidências, desafiam as técnicas científica e os avanços tecnológicos disponíveis e desejados.

Outra prática recomendada pela OMS, na assistência ao parto, e dar a mulher todas as informações e explicações que ela deseje e necessite (OMS, 1996), no sentido de estimular o *empowerment* ou empoderamento da mulher [... dar poder a, ativar a potencialidade criativa, desenvolver a potencialidade criativa do sujeito e dinamizar a potencialidade do sujeito] (NAGAHAMA, 2008). Os profissionais necessitam se qualificar para fornecer informações sobre o processo de parturição e as técnicas de relaxamento que podem ser utilizadas pelas parturientes.

Quanto a variável do estudo, informação e explicação da evolução do trabalho de parto pelos profissionais de saúde, nas maternidades de referência, quanto a Categoria A item 8, em 72,3% das puérperas relatam ter recebido. Os profissionais de saúde, devem de forma ética,

solidária e acolhedora favorecer a informação compartilhada. O acesso à informação e à escuta qualificada contribui para o empoderamento das mulheres durante o processo parturitivo.

A atenção ao parto e ao nascimento no país é marcada por uma intensa medicalização, por intervenções desnecessárias e, potencialmente iatrogênicas e prática abusiva da cesariana. A Rede Cegonha vem com a proposta de desconstruir esse modelo que vem contribuindo para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2011a, 2011b).

Quanto a variável via de parto, 53,7% dos partos foram por via baixa (vaginal) e 41,7% foi parto operatório (cesáreo). Destaca-se que a via de parto operatório está bem acima do recomendado pela OMS que é de (15%). A média nacional, no serviço público, é de (40%), realizado por médicos plantonistas (BRASIL, 2011), os dados mostram que os partos cesáreos na cidade do Rio de Janeiro, nas maternidades de referência da área de estudo, considerada para parto humanizado, encontram-se acima da média do país.

Embora a cesariana seja um procedimento para salvar vidas, quando corretamente indicada, recentes pesquisas têm mostrado que a associação entre as taxas de cesariana e de mortalidade neonatal e materna é diversa entre os países. Entretanto, observa-se que altas taxas de cesárea eletiva, cesarianas realizadas fora de situação de emergência e cesarianas por indicação não médica estão associadas com piores resultados perinatais (BRASIL, 2011).

O uso indiscriminado de cesárea envolve riscos adicionais desnecessários tanto para a mãe como a criança, e custos adicionais para o sistema de saúde, que podem comprometer a sobrevivência neonatal, devido ao aumento da ocorrência de baixo peso ao nascer e prematuridade iatrogênica (BRASIL, 2011).

Segundo o MS, estima-se que durante as primeiras 24 horas após o parto, ocorrem entre 25 e 45% das mortes neonatais e 45 % das mortes maternas. Por essa razão, as práticas de atenção ao parto e ao período pós-parto imediato, estão orientadas aos problemas mais sérios e imediatos para a mãe e bebê. Oferecer e estimular a amamentação precoce é oportunizar práticas simples, baratas e baseadas em evidência de atenção ao parto e nascimento, que podem aumentar os índices de sobrevivência dos recém-nascidos (BRASIL, 2011).

Para o MS, o estímulo à amamentação na 1ª hora pós-parto e o contato aquecido pele a pele com a mãe é uma recomendação por fazer parte das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, da organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS), quando oficializa as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da RDC36 /08. Pode-se observar na Categoria A item-19, 29,1% das puérperas receberam estímulo à amamentação na sala de parto.

Os resultados podem sugerir que as puérperas não permanecem no ambiente do centro obstétrico, onde as atividades assistências nas primeiras horas devem ser prestadas ao binômio mãe e bebê.

A Estratégia foi idealizada, pensando na atenção integral e nas necessidades da mulher num processo contínuo de cuidado. É necessário que o gestor e os profissionais de saúde municipal identifiquem a melhor forma de estruturar sua Rede de Saúde, para que a linha de cuidado pré-natal, parto e pós-parto sejam ampliadas e promovidas. Bem como, é necessário que os profissionais de saúde estejam compromissados com a assistência para assumir essa responsabilidade e fazer as articulações entre os diferentes níveis de atenção, a fim de garantir a continuidade do cuidado e melhorar a qualidade da assistência.

Donabedian (1988) diz que a qualidade é definida como o grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, as expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes.

Segundo Mendes (2010), a reorganização do Sistema de Saúde sugere a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) possuidora de uma estrutura operacional adequada, para atender às necessidades da população sob sua responsabilidade. Este propósito, de organizar os serviços em rede, visa garantir a melhoria e qualificar as ações de saúde em linha de cuidado que ainda se mostra fragmentado.

O desafio do modelo de linha de cuidado pré-natal, parto e nascimento e pós-parto, como linha guia, é uma conquista política de direitos aos cuidados continuado. Como apresentado pelo MS, este cuidado depende dos gestores, das unidades de saúde e dos profissionais entenderem como provedores de prática de cuidados. O MS prevê, dentre outras ações, o acompanhamento precoce da mulher no período puerperal pela UBS e a vinculação entre as unidades de saúde como a garantia da referência e contra referência na rede de serviços de saúde, promovendo a continuidade do cuidado. Infelizmente, esta realidade não foi observada como mostra o resultado do estudo em que 57,4% das puérperas não receberam orientação para retornar a UBS para consulta de pós-parto.

Ao contrário dos resultados encontrados no estudo, quanto as práticas prestadas à mulher no parto e nascimento, Lima et al (2015), verificou em uma maternidade da região norte do município do Rio de Janeiro, em 2014, na categoria “qualificação da assistência obstétrica hospitalar”, que a equipe de enfermagem considerou que melhoria com implementação do Estratégia provocou melhorias a assistência ao parto e favoreceu a garantia dos direitos da mulher.

Para o Ministério da Saúde, a assistência hospitalar ao parto e nascimento deve ser seguros, garantindo à parturiente e bebe os benefícios dos avanços científicos. Mas,

fundamentalmente, deve permitir e estimular o pleno exercício da cidadania feminina, resgatando desse modo a autonomia da mulher no parto. E conforme as diretrizes operacionais da Rede Cegonha, a mulher deve receber atenção humanizada e segura, com respeito à fisiologia do parto e nascimento em todas as maternidades (BRASIL, 2006, 2011).

Segundo Tanaka (1995 p. 47 apud NAGAHAMA, 2008) ... “ Em uma assistência adequada à gestante, o mais importante é seguir o princípio básico da obstetrícia”: ... “*obstare, que significa estar ao lado*”. “*Ao lado, mas junto, ou, simplesmente, individualizar e qualificar o atendimento – logo, humanizá-lo*”.

6.4 - ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO AO PÓS – PARTO NA UBS

6.4.1 – AVALIAÇÃO ESTRUTURA

O estudo buscou avaliar as variáveis que compõe a organização do serviço dias de pós-parto; atendimento na UBS para mãe ou bebê; agendamento de retorno a UBS, pela maternidade; realização da consulta de pós-parto; motivo da não realização da consulta de pós-parto e marcação da consulta de pós-parto na UBS.

Na TABELA 16, verificou-se que 63(47,0%) das puérperas encontravam-se entre 11 a 30 dias pós-parto; 48(35,8%) acima de 31 dias e menos de 42 dias; e somente 19 (14,1%) encontravam-se entre 7 a 10 dias de pós-parto. Quando questionadas para quem seria o atendimento na UBS, 77(57,4%) das puérperas referiram o atendimento para o bebê (consulta pediátrica ou vacinação), 52(38,8%) atendimento para ambos (mãe e bebê) e 5(3,7%) para si mesma. Das 75(55,9%) das puérperas que referiram ter realizado consulta de pós-parto, 29(29,1%) referiram ter agendado a consulta na Unidade de Saúde sem pegar fila, sendo que 18(13,4%) das puérperas referem ter pego fila para agendar a consulta de pós-parto, 16(11,9%) referem ter ido direto para sala de espera e aguardar as consultas de pré-natal terminarem e 10(7,4%) tiveram a sua consulta agendada pelo ACS e 2 (1,4%) marcou por telefone. Um dado preocupante que os resultados apontam é quanto a não realização da consulta de pós-parto das puérperas que participaram do estudo, sendo que, das 59(44,0%) que referiram não ter realizado a consulta de pós-parto até o momento da entrevista, 38(28,3%) não realizaram por não ter sido informada sobre a consulta, 10(7,4%) referiram dificuldade no agendamento e 7(5,2%) não consideraram necessário e 4(2,9%) compareceram, mas não tinha o profissional para atender.

TABELA 16- Atributo essencial da APS, integralidade, identificados nos serviços de atenção ao pós-parto na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n=134)

<i>Variável serviço disponível</i>	N	%
Dias de Pós-Parto		
7 a 10	19	14,1
11 a 30	63	47,0
Acima de 31 e menos de 42 dias	48	35,8
Sem informação	04	2,9
Atendimento na UBS		
Bebê	77	57,4
Mãe	05	3,7
Mãe e Bebê	52	38,8
Com agendamento de retorno a UBS		
Sim	75* ²	55,9
Não	59	44,0
Realizada a consulta de pós-parto na UBS		
Sim	75	55,9
Não	59* ¹	44,0
Motivo da não realização da consulta de pós-parto na UBS (n=59)*¹		
Não fui informada	38	64,4
Não considerei importante	7	11,8
Dificuldade no agendamento	10	16,9
Não tinha profissional de saúde para atender	4	6,7
Agendamento da consulta de pós-parto na UBS (n=75)*²		
Na unidade, sem fila para marcar consulta	29	38,6
Telefone	2	2,6
Na unidade, com fila para marcar consulta	18	24,0
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	10	13,3
Direto no consultório	16	21,3
TOTAL	134	100,00

A morbi-mortalidade materna é preponderante nas primeiras semanas após o parto, assim, a prestação de um cuidado integral e o envolvimento de todos os profissionais de saúde corrobora para a melhoria e qualidade de saúde materna.

O cuidado pós-parto até 42 dias, se faz necessário, pois é um período cronologicamente variável por ser um momento em que a mulher pode apresentar algumas necessidades, em decorrência das alterações fisiológicas, retorno às condições pré-gravídicas, apoio à amamentação, a avaliação da interação da mãe/ recém-nascido/ família e orientação sexual e planejamento reprodutivo (BRASIL, 2012; OMS, 2014).

Como estratégia para melhoria da saúde, a política de saúde da mulher estabelece diretrizes de ações e serviços estratégicos e específicos para atenção no pós-parto, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos. A despeito dessa política de saúde da mulher, a Rede Cegonha preconiza a realização da “Primeira Semana de

Saúde Integral” (PSSI), entre 7 a 10 dias após o parto deve ser incentivada desde o pré-natal (BRASIL, 2012).

A consulta de pós-parto, de acordo com o Protocolo de Enfermagem na APS do Município do Rio de Janeiro, é de competência do (a) médico (a) e enfermeiro (a). Eles são fundamentais no processo de acompanhamento da saúde materna e do neonato, iniciado no pré-natal. Um olhar criterioso tem que ser prestado neste período puerperal (SMSDC, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, a UBS deve disponibilizar os serviços de saúde, específico pós-parto, esses devem estar ao alcance da mulher. Trata-se de uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde das puérperas, tendo as diretrizes clínicas como base. Tais ações contribuem para a redução da mortalidade materna (BRASIL, 2012).

Os resultados sobre a consulta de pós-parto, no cenário do estudo, mostram que 47,0% das puérperas encontram-se acima de 10 dias de pós-parto; 35,8% entre 31 e menos de 42 dias de pós-parto. Das participantes do estudo, 57,4% buscaram atendimento para o bebê e somente 3,7% para ela própria. Verificou-se que 44,0% das puérperas não realizaram a consulta de pós-parto.

Para Parada (2008), o retorno das puérperas aos serviços de saúde após o parto, geralmente está relacionado ao cuidado de vacinação do recém-nascido. Pode-se constatar esta questão no estudo, quando observou que (96,2%) da presença da puérpera na UBS está relacionada ao atendimento do bebê.

Quanto ao agendamento para atendimento da consulta de pós-parto na UBS, verificou-se que 29,1% das puérperas agendaram a consulta de pós-parto na UBS, sem pegar fila e 13,4% das puérperas enfrentaram fila para agendar atendimento na consulta de pós-parto. A mulher deve reconhecer a UBS como uma Unidade prestadora de serviços de saúde, por sua vez, o serviço de saúde deve estar organizado de forma a prover a atenção necessária, haja vista manter a continuidade do cuidado (BRASIL, 2012).

Para Starfield (2002), as relações pessoais de longa duração entre os profissionais de saúde com os pacientes permitem estreita as relações, o que amplia a relação humanizada e atenção mais integral, seja por meio da adscrição territorial, seja por registro dos pacientes em uma unidade de saúde, mantendo a continuidade da relação ao longo do tempo.

Segundo Giovanella (2012), a responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação profissional /equipe /unidade de saúde - “usuário ao longo da vida”, independe da ausência ou da presença de doença. Este atributo estabelece um vínculo no curso da vida; para isso é necessário que exista fonte que regule atenção e seu uso ao longo do tempo.

A Estratégia da Rede Cegonha, em suas diretrizes, possibilita o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010 (BRASIL, 2011 a, 2011b).

A atitude preventiva da mulher para realização da consulta pós-parto foi pouco observada neste estudo, das 59 puérperas que não haviam realizado a consulta até o momento da entrevista, 28,3% referem como motivo a desinformação sobre a realização da mesma; 7,4% referiram dificuldade no agendamento na UBS; e 5,2% refere que não tinha o profissional para atendimento quando retornou para a consulta de pós-parto.

Os dados como apresentados revelam o descompromisso do profissional de saúde quanto à informação e orientação no desenho da linha de cuidado, em conformidade à RC e à inadequação no que tange a integralidade do serviço, confirmado quando observamos que 57,4% das puérperas não receberam orientação para retornar à UBS, para sua consulta de pós-parto, como mostra a (tabela 14). Os dados revelam a necessidade de um novo olhar dos profissionais de saúde sobre o puerpério, melhorar o vínculo entre profissional e puérpera e ajudar a mulher a desconstruir o significado da consulta de pós-parto. Seguramente contribuirá para direcionamento do autocuidado e a utilização do serviço de saúde. A OMS recomenda que as puérperas de parto sem intercorrências recebam um calendário (agendamento) após a alta hospitalar (OMS, 2014).

Entendemos que a consulta de pós-parto é imprescindível para a promoção da saúde da mulher, como prevê a política de saúde reprodutiva. E a organização das ações e serviços devem favorecer e facilitar para que a mesma ocorra, haja vista a situação de mudanças de rotina e adaptação entre mãe e bebê de uma nova vida.

Estes critérios quando avaliados, permitem verificar a qualidade do serviço e o favorecimento do mesmo para a continuidade do cuidado na atenção ao pós-parto. Os resultados evidenciam precariedade ou a inexistência nas unidades investigadas para o sistema de referência e contra referência, apontando inadequação na organização do atendimento de pós-parto para a continuidade do cuidado.

A Atenção Primária de Saúde é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado. A coordenação do cuidado como função na APS, visa elaborar, acompanhar e organizar o fluxo das mulheres entre os pontos de atenção das RAS. Ao atuar como centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabiliza-se pelo cuidado das mulheres em qualquer destes pontos através de uma

relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Para isso, é necessário incorporar ferramentas de gestão do cuidado, como protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado (BRASIL, 2010).

Para o Ministério da Saúde, a consulta de pós-parto deve ser amplamente divulgada nas UBS e nas maternidades, para um efetivo controle de saúde da mulher, tanto geral quanto ginecológica. A maternidade de referência deve comunicar a alta a UBS de origem, a qual a mulher está vinculada, e a mulher no momento da alta deverá receber, neste momento importante, um relatório com a descrição detalhada do parto e nascimento e com agendamento, fechando o vínculo estabelecido entre UBS e maternidade de referência (BRASIL, 2012).

Esse momento estabelece a continuidade do cuidado e possibilita a construção de um vínculo que é apontado como um quesito para a humanização e qualificação da atenção, para a adesão e a permanência das puérperas no serviço de saúde.

Os dados revelam que a proposta de modelo de atenção em linha de cuidado para efetivar a continuidade do cuidado, pré-natal, parto e pós-parto, não vem sendo adequadamente articulada na rede de atenção do município do Rio de Janeiro, em especial na Área 1.0 do estudo, em conformidade à Estratégia Rede Cegonha como Rede Temática.

A desarticulação entre os serviços leva à descontinuidade do cuidado, na assistência pré-natal, parto e puerpério. Para Mendes (2010), a ausência de referência e contra referência é um dos problemas dos sistemas de Saúde do país.

A continuidade do cuidado, para Kerber et al (2007), é um problema mundial a ser enfrentado, pois é necessário reorganizar o cuidado fragmentado para todo o ciclo (gravidez, parto, pós-parto e infância). O período pós-parto é o momento de maior vulnerabilidade para a mãe e o recém-nascido (RN). A falta de cuidados neste período é uma lacuna importante a ser enfrentada.

A compreensão como um todo, do vínculo indissociável, entre o cuidado no processo de gestação, parto e nascimento, se desconstrói sobre o princípio básico de promoção no pós-parto. A avaliação da vinculação entre a maternidade/UBS de referências deixou evidente, a precariedade e a pouca eficácia da articulação das Unidades de Saúde na Rede de Atenção. As dificuldades para a efetivação da vinculação favorecem a fragmentação do serviço, e o não reconhecimento da UBS para o cuidado no pós-parto.

Apesar da consulta puerperal ser reconhecida pelos serviços de saúde do município Rio de Janeiro, como uma assistência necessária e com protocolo dos serviços atribuídos na consulta, percebe-se ausência de estratégias para sua efetivação. E ao observamos os

percentuais como apresentados nos resultados, a consulta de pós-parto não está adequada às diretrizes do modelo de atenção à saúde da mulher atual.

6. 4.2 – AVALIAÇÃO PROCESSO

Neste subitem do estudo buscou-se avaliar as atividades e os serviços prestados durante a consulta de pós-parto como: procedimento clínico – ginecológico; retirada de ponto, orientações recebidas na consulta de pós-parto e encaminhamentos especializado.

Na TABELA 17, verificou-se que das (55,9%) puérperas que referem ter passado por consulta de pós-parto, 71(52,9%) referem ter aferido a PA; 22(16,4%), tiveram as mamas examinadas; 6(7,4%) referem ter sido realizado exame ginecológico; e 5(3,7%) refere não ter sido realizado qualquer procedimento durante a consulta de pós-parto. Do percentual das mulheres que tiveram parto cesáreo, 39(41,7%) referem ter retirado os pontos da incisão cirúrgica na maternidade, onde obtiveram o seu parto; em 17(29,1%), referem o procedimento na UBS e 6(4,4%) relatam ter foi o procedimento em casa com pessoas próximas. Quanto às orientações recebidas durante a consulta de pós-parto, identificou-se que 33(24,6%) das puérperas referiram receber orientação sobre amamentação; 10(7,4%) sobre métodos anticoncepcionais e 8(5,9%) foram orientadas sobre a higiene. Observou-se que das 75 puérperas que realizaram a consulta de pós-parto, 74(55,2%) não receberam qualquer encaminhamento e 8(5,9%) referem ter recebido encaminhamento, sendo que, 4(2,9%) foram encaminhadas para o programa de planejamento familiar, seguido de 3(2,24) para ginecologista e 1(0,75%) para médico.

TABELA 17- Avaliação de critérios de qualidade da atenção pós-parto na UBS da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, em 2015 (n= 134)

<i>Atenção no pós-parto</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Procedimento clínico-ginecológico recebidos na consulta de pós-parto (n=75)		
Aferição da PA	71	94,6
Exame da mama	22	29,3
Exame ginecológico	06	8,0
Nenhum procedimento	05	6,6
Local da retirada de ponto cirúrgico (parto operatório n= 62)		
Maternidade	39	62,9
UBS	17	27,4
Em casa	06	9,6
Orientações recebidas na consulta de pós-parto (n=75)		
Amamentação	33	44,0
Planejamento familiar/método anticoncepcionais	10	13,3
Higiene	08	10,6
Relação sexual	02	2,6
Lóquios	02	2,6
Nenhuma orientação	20	26,6

(continua)

TABELA 17- Continuação

Atenção no pós-parto	N	%
Encaminhamento (n=75)		
Não	71	94,6
Sim	04	5,3
Qual		
Planejamento familiar	02	50,0
Ginecologista	01	25,0
Médico (especialista)	01	25,0
TOTAL	134	100,00

Segundo o Ministério da Saúde o serviço prestado na Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por ser um conjunto de ações individuais e coletivas, envolvendo a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, desenvolvida por meio de práticas gerenciais, sanitárias e participativas, trabalho em equipe, dirigidas à população (BRASIL, 2006)

Conforme o MS, a assistência à mulher no período de pós-parto tem por objetivos identificar possíveis riscos para a saúde dela e do recém-nascido e intervir sobre eles, dar suporte à amamentação, fornecer informações e meios para o planejamento reprodutivo. Como a ocorrência de problemas de saúde é mais frequente na primeira semana pós-parto, o Ministério da Saúde recomenda uma visita domiciliar neste período, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto e o agendamento de uma segunda consulta antes do término do puerpério (BRASIL, 2012).

Para bom resultado do serviço de saúde prestado à mulher no pós-parto, depende do comportamento da mulher, do atendimento do profissional e da acessibilidade do serviço oferecido, que envolvem a organização das ações a serem oferecidas pelo Sistema de Saúde.

Mediante os resultados, se observou que o puerpério é um momento biológico permeado por questões, sociais, econômicas e culturais. Assim, verificou-se que das 62 mulheres que tiveram o seu parto cesáreo (tabela 15), 56 (90,3%) retiraram os pontos da incisão cirúrgica com segurança. Um dado preocupante foi verificado, 6 das mulheres (4,4%) declaram que retiraram os pontos da incisão cirúrgica com pessoas próximas e não capacitadas para o procedimento, como cunhada, vizinha e o marido. A puérpera, usuária do sistema de saúde, em seu cotidiano, frequentemente se depara com problemas sociais e econômicos que prejudicam o seu acesso ao serviço de atendimento às necessidades de saúde, entretanto, cabe a US, as funções relativas ao estabelecimento de fluxos de referência, de integração entre as redes de serviços e a realização da visita domiciliar em seu território. O MS reforça a importância do

retorno da mulher ao serviço de saúde, bem como, a visita domiciliar na primeira semana de pós-parto como estratégia de cuidado.

Ao analisar os resultados dos procedimentos clínico-ginecológico realizados e as orientações recebidas na consulta de pós-parto, os dados mostram que 52,9% das puérperas foi aferido a PA, tiveram as mamas examinadas em 16,4%, realizado exame ginecológico em 7,4% das puérperas e 3,7% das puérperas não foi realizado qualquer procedimento clínico-ginecológico. Quanto as orientações recebidas na consulta, identificou-se que 24,6% das puérperas referiram ter recebido orientação sobre amamentação, seguida de 7,4% sobre métodos anticoncepcionais, 5,9% foi orientada sobre a higiene pessoal.

As mulheres, no período puerperal, estão numa situação de necessidade e dependência de cuidado, condicionadas às suas necessidades fisiológicas, físicas e emocionais. A demonstração de um comportamento passivo ou até mesmo acomodação na busca de atendimento está diretamente relacionada à falta de informação, desconhecimento dos seus direitos de reivindicar um atendimento mais humanizado e qualificado. Os resultados apontam a inexistência de ações e serviços, por parte de uma equipe multidisciplinar, oferecidas às puérperas, em cumprimento ao protocolo clínico, mínimo de cuidados pós-parto para a garantia da assistência, o que leva uma inadequação dos procedimentos.

O profissional enfermeiro, integrante da equipe, no contexto da atenção básica de saúde, tem atribuições específicas como realizar a Consulta de Enfermagem, conforme protocolos estabelecidos, entre outras (SMSDC/RJ, 2012).

Para o Ministério da Saúde (2002a), além da forma de acolher a mulher, os profissionais precisam estar atentos para os procedimentos a serem realizados durante o processo de atendimento como preconizado pelos programas e pelo protocolo de enfermagem na APS da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ, 2012). Estes procedimentos são considerados como critérios de qualidade da assistência. Para tanto, o PHPN/ RC e Protocolo do município Rio, visam fortalecer as Ações de Saúde desenvolvidas no âmbito dos serviços e dos Sistemas de Saúde, para o enfrentamento da melhoria e qualidade da assistência, onde o profissional pode trabalhar com conhecimento das diretrizes ao atendimento à todas as mulheres em suas diversas fases de vida (SMSDC/RJ, 2012).

Nesse entendimento, o MS busca normatizar as Ações de Saúde que permitem os Serviços de Saúde orientar as suas atividades de forma a obter um significativo impacto sobre a ocorrência dos agravos, ao invés de responder passivamente à demanda espontânea e desordenada. Nessa proposta, o MS vem elaborando e divulgando manuais que definem e

justificam as referidas ações programáticas na área da assistência clínico-ginecológica desde a proposta do PAISM.

Os profissionais de saúde estão deixando de lado ações de grande importância na consulta de pós-parto como os procedimentos clínicos-ginecológicos, mesmo os mais simples, como examinar mama.

Além do que, os profissionais devem realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as suas ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo.

A OMS recomenda que a mulher receba cuidados de saúde, informações sobre o processo fisiológico do pós-parto e sinais de intercorrências. Esse momento não pode ser negligenciado pelos serviços e devem ser proporcionados à mulher, na oportunidade da consulta (OMS, 2014)

A estratégia Rede Cegonha recomenda atividades de atenção à saúde das puérperas, que promovam a saúde, entretanto, ao considerar os dados como apresentados no estudo, refletem a invisibilidade das ações prestadas e o descompromisso dos profissionais de saúde.

Magluta *et al* (2009) mostrou em seu estudo, o quanto foi baixa a participação dos profissionais, tanto médicos quanto enfermeiros, em cursos de capacitação na cidade do Rio de Janeiro. Acredita-se que a proposta de educação permanente, que implica em um cotidiano reflexivo, com diversas oportunidades de capacitação e com vistas a transformar as práticas profissionais, pode vir a responder às dificuldades e deficiências na área.

Percebeu-se também inadequação ou ausência de um protocolo clínico de cuidados pós-parto nas UBS para garantia da assistência.

O apoio à saúde sexual e reprodutiva é um bom exemplo de continuidade do cuidado, onde é possível notar como a introdução de intervenções de promoção e proteção da saúde dirigidas contribuem para decidir o momento mais apropriado para melhorar o conhecimento e o uso de métodos de contracepção, contribuindo para o respeito ao direito de decidir o momento oportuno para engravidar (CLAP, 2010 p 13). As atribuições exigidas da equipe profissional, em atenção primária, referem-se às competências e habilidades próprias que o cuidado requer. É necessário que o profissional dirija um olhar especial à mulher. Verificou-se nos dados que, das 75 puérperas que realizaram a consulta de pós-parto, 55,2% não receberam qualquer encaminhamento; e 5,9% declararam não ter recebido nenhum encaminhamento. Das puérperas que receberam encaminhamento, 2,9% foram encaminhadas para o programa de planejamento familiar; 2,2% para ginecologista e 0,7% para médico (Tabela 17).

Para Almeida & Giovanella (2011), a unidade deve contar com arranjos que garantam todos os serviços necessitados pelos pacientes e quando não oferece diretamente, a unidade de APS deve assegurar por meio de encaminhamento. A integralidade da assistência implica no reconhecimento do profissional de saúde e das necessidades considerando o orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde e da oferta de serviços preventivos e curativos prestados pela Unidade de Saúde.

O MS reforça que o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde após o parto deve ser estimulado desde o pré-natal e na maternidade, e alerta para o “Blues pós-parto”, uma situação transitória caracterizada por alteração do humor, de leve a moderada intensidade, frequentemente rápida, que envolve sensação de tristeza, irritabilidade, ansiedade, diminuição da concentração, insônia, choro fácil e crises de choro. De (40%) a (80%) das puérperas desenvolvem tais alterações de humor, geralmente duas a três semanas após o parto, tipicamente, com pico no quinto dia e com resolução em duas semanas (BRASIL, 2012).

Em seu estudo, Souza (2008) aponta que a falta de apoio durante o puerpério é considerada como um dos fatores de risco para a depressão puerperal. A mulher que não recebe ajuda tem maior probabilidade de apresentar um quadro depressivo. O mesmo estudo demonstrou a associação significativa entre depressão e menor apoio do SUS, porém o principal suporte do SUS alegado pelas mulheres deste estudo foi referente ao suporte hospitalar e não das UAPS. É importante que a puérpera tenha à sua disposição, pessoas com quem possam contar e conversar a respeito de seus problemas e preocupações, sendo ouvidas e recebendo conselhos e sugestões.

Resultado semelhante foi encontrado em Fortaleza, por Gomes (2010), onde 95 mulheres de uma maternidade de referência apontaram prevalência de (24,2%) de depressão pós-parto. O autor correlaciona o fato com a baixa condição socioeconômica das puérperas.

Retornar à UBS após o parto é uma das medidas de segurança que visa prevenir intercorrências indesejadas ao binômio mãe-filho, e também uma forma de intensificar o vínculo com os serviços, além de fortalecer a importância da continuidade do cuidado. A especificidade do processo assistencial no pós-parto, não é somente um marco final do processo gestacional e parturitivo; deve ser visto como recomeço da atenção integral à saúde da mulher como orienta a linha de cuidado.

7- CONCLUSÃO

Ao pensar no modelo de atenção à saúde da mulher prestado por décadas, muitas conquistas foram alcançadas, entretanto, ainda se enfrenta alguns desafios a serem vencidos. Para enfrentamento dos persistentes problemas, o “novo “ modelo de Atenção traz como diretrizes: garantia do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Esforços empreendidos na implementação da Estratégia Rede Cegonha no município do Rio de Janeiro pelas autoridades das três esferas municipal, estadual e federal, aqui apresentada, possibilitou avaliar as especificidades da organização das ações e dos serviços legitimados nos modelos de atenção anteriores, já incorporados na assistência, e a implementação do Plano de Ação orientador ao “Novo” modelo de atenção como recomendado pelo Ministério da saúde. A implementação da Rede Cegonha na Cidade do Rio, reside em (re) organizar e qualificar assistência prestada com a regionalização da linha de cuidado gestação, parto e nascimento e puerpério, articulado com a atenção primária e secundária.

Neste contexto, os resultados permitiram observar algumas melhorias no acesso ao serviço de pré-natal na UBS com a regionalização do atendimento como propõem a RC. Um ponto que merece destaque no critério de adequação, foi a melhoria do acesso a oferta do serviço de pré-natal, o número de consulta de pré-natal adequada vem mantendo ao longo dos anos, ausência de alta do atendimento de pré-natal, a viabilização do teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV e da Sífilis, acessibilidade para realização de exames laboratoriais complementares solicitado na primeira consulta de pré-natal e resultados em tempo oportuno.

Destaca-se, a ausência de captação precoce das gestantes da Área de Planejamento de Saúde, a dificuldade para a realização do exame de ultrassonografia obstétrica, reduzida frequência de encaminhamento para especialidade, o que inviabiliza muitas vezes, a detecção de intercorrências precocemente. Apesar da adequação do serviço de acolhimento e classificação de risco, mostrou ineficaz, ao entender que os profissionais devem estar capacitados para identificar intercorrências obstétricas e se necessário encaminhar para os serviços de referência de emergências obstétricas. Quanto a garantia do transporte seguro e a informação do serviço prestado as mulheres em trabalho de parto no momento da entrevista, mostraram essas atividades incongruentes, o que traduz em poucas melhorias conforme preconizado pelo MS. Quanto ao processo operacional da assistência, os achados do estudo

revelaram baixa qualidade nas ações e serviços. Bem como permitiram identificar inadequação na organização das ações e dos serviços, ao considerar negativo a funcionalidade da UBS.

As diretrizes da Rede Cegonha têm como prioridade assegurar às mulheres um serviço de qualidade e uma assistência humanizada, fundamentada nos princípios da boa prática do parto que levem ao desfecho seguro para a mãe e seu filho. Nesse critério destaca-se inadequação a proposta da estratégia, quando identificou distorção na capacidade de internação, observado na situação inusitada em que a parturiente aguardava vaga para a admissão no centro-obstétrico, no quarto dos médicos. Chama-se atenção a falta de espaço físico e materiais para desenvolver as boas práticas do parto no centro obstétrico. Os dados também mostram o quantitativo de parto cesáreo e de práticas claramente ineficazes, inadequadas e persistentes nas maternidades de referência, apesar das evidências científicas revelarem as práticas prejudiciais à mulher e ao seu filho.

Os resultados apontam inadequação a políticas de Humanização ao Parto e Nascimento e as diretrizes clínicas de base, sendo necessário ser revisado. Estudos apontam que para a implementação da boa prática do parto nas Instituições Hospitalares Pública, muitas das vezes necessitam de revisão dos conceitos de assistência e de apoio aos profissionais de saúde que possuem crenças e valores enraizados que rejeitam a idéia de técnicas não farmacológicas do parto.

A estratégia Rede Cegonha visa implementar uma relação horizontal, continua e integrada entre os serviços para a produção do cuidado integral, igualitário e humanizado. Entretanto, os resultados como apresentados evidenciam uma “des”vinculação / “ des” continuidade do cuidado entre a maternidade e a UBS. Esta situação permite observar, com clareza, a existência de falhas na articulação entre os pontos de atenção o que contribui para a descontinuidade do cuidado. O fato é constatado pela baixa procura para atendimento na consulta de pós-parto na UBS. Outro aspecto que merece ser destacado é a responsabilização do profissional de saúde no processo assistencial que não atende as competências para qualificar atenção ao pós-parto.

Os resultados apontam para uma necessidade urgente de revisão da organização ou reestruturação das ações e dos serviços atribuídos as práticas de saúde que norteiam à linha de cuidado na gestação, parto e puerpério que, muitas das vezes, apareceram mal operacionalizadas.

E mesmo considerando as limitações do estudo, pode-se observar que não basta criar programas e instituir um “novo” modelo de atenção, sem que as instituições de saúde, as

instituições formadoras de recursos humanos e profissionais de saúde envolvidos diretamente com a assistência revejam o seu papel e sua importância no contexto da saúde.

Contudo, os resultados encontrados trazem elementos para reflexões, por contribuir com aspectos que favorecem e/ou comprometem a implementação da Estratégia, principalmente, por se tratar de um município que vem apresentando indicadores desfavoráveis à saúde da mulher por décadas. Além do mais, considera-se que a transformação do modelo assistencial no ciclo gravídico-puerperal ainda é um desafio atual e urgente e que requer esforços de todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ALMEIDA, S.D. M. & BARROS, M.B.A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP). **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, V 17,n 1, 2006.
- ALMEIDA, P. F. de & GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica** [online], vol.29, n.2, pp. 84-95. 2011.
- ALMEIDA W.S & SZWARCWALD C.L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Rev Saude Publica**, v 46(1):68-76, 2012.
- ALA-HARJA, M.& HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 5-59, out./dez. 2000.
- ALVES, J.E.D. As Políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil / José Eustáquio Diniz Alves. - Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas (Textos para discussão. **Escola Nacional de Ciências Estatísticas**, ISSN 1677-7093 ; n. 21) 2006.
- ANDRADE C.L.T de; et al. Desigualdades sócio-econômicas do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal no Município do Rio de Janeiro. **Rev Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (Sup) 1: S 44-S 51, 2004.
- ARCOVERDE, W. M. Depoimento do Ministro da Saúde. **Revista Saúde em Debate**. n. 15/16: p. 21-24. 1984. Acesso: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp
- ARRETCHE, M.T.S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo (org.)- **Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate**. São Paulo, Cortez, 1998. Acesso< http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/Arretche_1998.pdf >
- ASSIS, M.M.A & JESUS, WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):2865-2875, 2012.
- BARBASTEFANO, PS. **O acesso à assistência ao parto para gestantes adolescentes nas maternidades da rede SUS-RJ** [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
- BARBOSA, ATD. **Não há vagas: Contribuição ao estudo da peregrinação anteparto no município do Rio de Janeiro** [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá; 2010. BARBOSA, M. T. **Sobre mães e filhos: as políticas públicas de proteção à maternidade e à infância em guarapuava (1940 A 1960)**. Dissertação (Mestrado em História) - Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2012. 155 f.
- BITTENCOURT, S. D. de A. al . Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S 208-S 219, 2014.
- BONITA, R. Epidemiologia básica / R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellström; [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. - 2.ed. - São Paulo, Santos, 213p. 2010
- BOARETO, M. C. **Avaliação da Política de Humanização no Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro. 2003**. Tese (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.
- BHERING, M.J. **Controle da natalidade no brasil: um estudo sobre o centro de pesquisas e assistência integral à mulher e à criança (1975-1994)**. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2014. 171-178 f.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1975.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1985. (Série B: Textos básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especial de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil & Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Assistência pré-natal** Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno-infantil & Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1988. 44 p.;il. - (Série A: Normas e manuais técnicos. 36).

_____. Congresso Nacional. **Lei Federal nº. 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Lei no 9.263 de 12 de janeiro de 1996**. Regulamenta Lei do Planejamento familiar. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União 1996, 12 jan.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, DF; 2000

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000**. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna** / Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 2ª edição.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001

_____. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001b. Disponível: <http://www.portalhumaniza.org.br>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: O Ministério. Parte I. 27; 2002 a.

_____. Ministério da Saúde. **PROGRAMA ATENÇÃO BÁSICA (PAB)**: parte fixa / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – 2. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28 p.: il. col. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) 2002b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **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 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Cadernos Metropolitanos: Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro vol II: 2º Seminário de Gestão Participativa: Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: **Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio** – Relatório nacional de acompanhamento. – Brasília: Ipea, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N. 2.418 de 2 de dezembro de 2005**. Regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde. Oficial [da] União Diário, Brasília: DF 06 de dez. 2005

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n 1.067, de 4 julho de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. 2005

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos PACTOS PELA VIDA, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 a.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pensando gênero e ciência**. Encontro Nacional de Núcleos e Grupos de Pesquisas – 2005, 2006/ Presidência da República. – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Série *Pacto pela saúde* 2006 – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 c. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. 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, 2006. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5). 2006 d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 699/GM, de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União 2006 e; 3 abr.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 648/GM, de 28 de Março de 2006**. Regulamenta as dir BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o programa agentes comunitários de saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006 f.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação a maternidade onde recebera assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] União. Brasília: DF, 27 de dez. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de qualificação da atenção em maternidades e rede perinatal no Nordeste e Amazônia Legal**, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Primária à Saúde no Brasil. Os desafios para aprimorar a porta de entrada do SUS para os brasileiros**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) - Brasília: Ministério da Saúde. 2008b. 24 p

_____. Ministério da Saúde. ANS. **Resolução-RDC Nº 36, de 3 de junho de 2008**. Diário Oficial da União. Brasília. ISSN 1677-7042.

_____. Ministério da Saúde. PNDS 2006 – **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 46 p (Série B. Textos Básico de Saúde).

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais Saúde: direito de todos: 2008 – 2011**/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009c. 100 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) 2009d.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Proposta De Documento (Versão Final para Análise). 38 p. 2010 a.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Diário Oficial da União, 31dez 2010 b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. 2010 c. Disponível em <http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/Diretrizes%20para%20organizacao%20redes%20de%20atenao%20SUS21210.pdf>

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Contribuições para o debate. Gerência de Sistemas de Saúde / Unidade Técnica de Serviços de Saúde**. BRASIL, 2010 d. 97 p.

_____, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico. Brasília, 2010 e. Disponível: www.ibge.gov.br.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 372 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde). 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **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. – 1. ed., 2. Reimpressão. Brasília Editora do Ministério da Saúde, Brasília (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2011 a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1. 459, de 24 junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.: il. (NAVEGADORSUS). 2011 d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.473, 24 de junho de 2011**. Instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos

compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011 e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 50p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). 2011 f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano de Ação da Rede Cegonha. Programação das Ações e Atividades pactuadas para os componentes**. 2011 g.
http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usudoc/planoacaomunicipal_rede_cegonha1.pdf.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3). 2011 h.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB [...]). Brasília (DF): Gabinete Ministerial; 2011 i.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS. 2011 j.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. P.30 (Nota Técnica - DECRETO 7.508/11 REGULAMENTA LEI 8.080/90. 2011L.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/SAS. **Portaria nº 650, de 05 outubro de 2011**. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* n.193, seção 1, p.69, 06 de outubro de 2011m.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [...]. Brasília (DF): Gabinete Ministerial; 2011.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.242, de 30 de Dezembro de 2011** Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. Brasília (DF): Gabinete Ministerial; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de **políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.80 p. : il. – (Série I. História da Saúde).

_____. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Câmara dos Deputados, edições Câmara, 2012. 454 p. – (Série textos básicos; n. 67).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011. **Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 444 p. : il. 2012 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Volume 43 No 1 – 2012b.
<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43--1--pag-1-a-7---Mortalidade-Materna.pdf>

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O estado e as Redes de Atenção à Saúde – 1ª Mostra Nacional de Experiências / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília. CONASS, 2012. 318 p. – (CONASS Documenta, 25). 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde - Coordenação geral de alimentação e nutrição (CGAN) - Organização Panamericana da Saúde (OPAS) - Universidade de Brasília (UNB). **Curso de auto aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 81 p. 2012 d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (**Cadernos de Atenção Básica, nº 32**). 2012 e.

_____. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – **RENASES**. Brasília, 2012. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2012 f.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)** – Manual Instrutivo. Brasília/DF. Ministério da Saúde. P 38. 2012 g.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 841, de 2 de maio de 2012**. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Gabinete Ministerial; 2012 h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 34p. (Série B Textos Básicos de Saúde) 2012 i.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde). 2012 i.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Ministério da Saúde e municípios: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 52 p. : il. – (Série F. Textos Básicos de Saúde) 2012 j.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde) 2012 L.

_____. Ministério da Saúde. **Instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB**. Brasília. Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília, 166 p . 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Manual instrutivo Saúde mais perto de você – acesso e qualidade**. Brasília / DF. 2013c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013** dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal dos Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento**

de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 26**). 2013.

_____. Ministério da Saúde. **O sus e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil**. Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Coordenadora de Saúde de Adolescentes e Jovens/MS. Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA. Ministério da Saúde, 114 p. 2013.

_____. INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE. **Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul**. Brasília. Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014 c. 19 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.

_____. República Federativa do Brasil. **Comitê para a eliminação da discriminação contra a mulher caso Alyne da Silva Pimentel-Relatório do Governo Brasileiro**, agosto 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 371, de 7 de maio 2014**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres - SPM, **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal Protocolo - Relatório de Recomendação**. CONITEC, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2016b.

BRITO, C. N. O. **Gravidez não pretendida e sua associação com depressão pós-parto entre mulheres atendidas no pré-natal pela estratégia de saúde da família no Recife-PE**. Dissertação, 2015. 97p.

CAETANO, A. J. et al. Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil / André Junqueira Caetano, José Eustáquio Diniz Alves e Sônia Corrêa (Org.). – Campinas: **Associação Brasileira de Estudos Populacionais** - ABEP, 2004.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Saúde Materno Infantil**, 5(Supl.1):563-569, 2005.

CAMPOS, C. E.; COHN, A. B.; Ana L. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1351-1364, maio 2016. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501351&lng=en&nrm=iso

- CARVALHO, V. F. de et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev. Esc. Enferm.** USP, São Paulo, v. 46, n. 1, Feb. M. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100004>.
- CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface** (Botucatu) [online], vol.17, n.44, pp.49-59, 2013 ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100005>.
- CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, A. P; BROUSSELLE, A; Hartz, Z., DEMIS, J. L. A **Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos**. In: BROUSSELLE, A. et al (Org.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.
- COELHO, E. de A. C. et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 415-422, 2012
- COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT). **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília, 2010
- CONILL, E. M.; F., MÁRCIA C. R. and GIOVANELLA, L.. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2010, vol.10, suppl.1, pp. s14-s27. ISSN 1519-3829.
- CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cap. 2, p 29-47. 1997
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Cienc. Saúde Coletiva** [online], vol.11, n.3, pp. 705-711, 2006. ISSN 1678-4561.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P; Brousselle A; Champagne F; Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(7):1414-1415, jul, 2012.
- CONSELHO de SECRETARIAS MUNICIPAIS de SAÚDE do Estado do Rio de Janeiro- **COSEMS**. Rio de Janeiro. 2013
- COSTA NETO., P. L. O. **Estatística**. São Paulo: Edgard Blücher, 264 p. 1977
- COSTA, A. M. **O programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Anotações para um debate**. Anais ABEP, 1986. Disponível: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1986/T86V02A24.pdf> acesso em 16/03/2014
- COTTA, T.C. Metodologias de Avaliação de Programas e Projetos Sociais: análise de resultados e de impacto. Brasília, **Revista do Serviço Público**, ano 49, n. 2, abr./jun., 1998.
- COSTA, F. L & CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **RAP-Rio de Janeiro** 37(5):969-92. Set/out 2003.
- COSTA, A. M.; G., DIRCE; W., M. I. M. T.. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39,n. 5,out. 2005
- COSTA, A M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. vol.14, n.4, pp. 1073-1083. 2009. ISSN 1413-8123.
- COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. 563-569, Nov. 2010.
- CUNHA, E. M. DA & GIOVANELLA, L.. Longitudinalidade/ continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde coletiva** [online], vol.16, suppl.1, pp. 1029-1042. 2011
- CUNHA, S F., JÚNIOR, A D'Eça. Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. **Cogitare Enferm.** Jul/Set; 15(3):441-7, 2010

- CLAP/SMR. Organização, FESCINA, R.H.; DE MUCIO B.; DÍAZ ROSSELLO J.L.; MARTÍNEZ G.; GRANZOTTO, J.A.; SCHWARCZ, R. Saúde sexual e reprodutiva: guias para a atenção continuada de mulher e do recém-nascido focalizadas na APS. Montevideu. **CLAP/SMR, Publicação Científica**, 1562.3, 2010
- CRUZ, R.S.B.L.C.; CAMINHA, M.F.C; FILHO, M.B. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal: Historical, Conceptual and Organizational Aspects of Prenatal Care. **R bras de Saúde** 18(1):87-94, 2014. <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>
- CRUZ, M. M; REIS, A.C. Monitoramento e Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Godim, R.; Graboio, V.; Mendes, W (Orgs). **Qualificação Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/ ENSP, 415-426, 2ª. ed. 2011
- CRUZ, M. M.. Avaliação: conceitos e métodos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1414-1415, July 2012
- CLEARY, P. D. & O’KANE, M. E. Evaluating the Quality of Health Care. **Behavioral & Social Sciences Research**. 2011. <http://www.esourceresearch.org>
- DIAS, E. C. and H., M. da G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. Saúde coletiva** [online], vol.10, n.4, pp. 817-827. ISSN 1413-8123. 2005
- DIAS, M A B; DESLANDES, S F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 12, p. 2647-2655, Dec. 2006
- DIAS, M A B et al. Incidência do *near miss* materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]., vol.30, suppl.1, pp. S169-S181, 2014. ISSN 0102-311X.
- D’ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S154-S168, 2014
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 425-437, 2012.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**[online], vol.16, n.4, pp. 953-965, 2013 ISSN 1415-790X.
- DONABEDIAN, A. The definition of quality: A conceptual exploration. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. [V. I]
- _____. The Quality of Care, How Can It Be Assessed? **JAMA**, set 23/30, vol 260, n12, 1988
- _____. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**. Chicago, v. 114, n. 11, p.1115-1118, nov 1990.
- _____. Estructura, proceso y resultado de la atención sanitaria. **Rev Calidad Asistencial**. Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, Vol. 16, 2001.
- _____. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford University Press. New York/USA, 240 páginas, 2003.
- _____. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.
- ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

- FARIA, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. 9 (16): 131 - 147, Jun/ 2013. <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia>
- FAGUNDES, H. Avaliação de programas e políticas públicas (Evaluation of programs and public policies). **Revista Textos & Contextos** Porto Alegre v. 8 n.1 p. 89-103. jan./jun. 2009
- FELISBERTO, E. da. Teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: Reabrindo o debate. **Ciênc. Saúde coletiva** [online]. 2006, vol.11, n.3, pp. 553-563. ISSN 1678-4561.
- FERREIRA, ACD. **Sintomas Psicopatológicos e Suporte Social na Gravidez e no Pós-Parto: Um olhar sobre a parentalidade** (Dissertação). Universidade da Beira Interior. Covilhã, 2013. 100 Pag.
- FERREIRA, RVF. **Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da Região Sudeste no Nascer do Brasil**. (Dissertação), apresentada Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2015. 82 pag.
- FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C.T.M.; MOURA E.R. F.; PINHEIRO A.K.B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(2):424-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.
- FRENK, J. Avedis D.. **Salud pública Méx** [online]. vol.42, n.6, pp. 556-557, 2000. ISSN 0036-3634.
- FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, v. 6, n. 1, p.165-181. 2001
- GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública** [online], vol.24, suppl.1, pp. s21-s23, 2008 . ISSN 1678-4464.
- GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. **Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos: relatório de pesquisa**. Rio de Janeiro: ENSP, 2009
- GOMES, E G M. **Gestão por Resultados e eficiência na Administração Pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais**. São Paulo: EAESP/FGV, 2009, 187 p. (Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Doutorado de Administração Pública e Governo da EAESP/FGV, Área de Concentração: Transformações do Estado e Políticas Públicas). 2009
- GOMES, L A et al. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, p. 117-123, 2010.
- GOMES, M. L. & MOURA, M. A. V. Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun; 20(2):248-53, 2012.
- GONÇALVES, C. V. et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]., vol.55, n.3, pp. 290-295, 2009.
- GONDIM, R. et al. Organização da atenção. In: Gondim R, Graboys V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.93-120. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12545&Tipo=B>
- GORMLEY, M E. To Educate and Protect: Politicians, Nurses and Poor Women in Rio de Janeiro, 1930-1945. Hlb. **REVISTA DE HISTORIA IBEROAMERICANA**. Vol. 3, Núm. 2, 2010.
- HARTZ, Z.M.A., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 132 p. 1997. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>
- HARTZ, Z. M. DE A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teóricas metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):341-353, 1999.

HARTZ, Z. M. A.; CONTADRIPOULOS, A. P. Do Quê ao Pra Quê da Meta-Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z.M.A. **Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde – teoria e prática**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

HARZHEIM, E.; LIMA, K. M.; HAUSER, L. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro** – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Harzheim, Erno (org.) .Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.

HEILBORN, M. L. et al . Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)*, Rio de Janeiro , n. 12, p. 224-257, Dec. 2012

HOCHMAN, G. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)**. Educar, Editora UFPR Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005.

JÚNIOR, G. D. & VIEIRA, M. M. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência e Saúde coletiva**, v.07, n.02, p.325-334. Rio de Janeiro, 2002

KERBER, K. J. et al. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. **The Lancet**, v. 370, n. 9595, p. 1358-1369, 2007.

LAVRAS, C.. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.** [online], vol.20, n.4, pp. 867-874, 2011. ISSN 0104-1290.

LEAL, M.C. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, 20(S1): 63-72, 2004.

LEAL, M. C. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health - Journal**. Pag 9-15, 2012. Acesso < <http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/15>>

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup: S17-S47, 2014

LIMA, A.E.F. et al. Assistência ao parto após a implementação do Programa Cegonha Carioca: a perspectiva da enfermagem. **Rev Rene**, set-out; 16(5):631-8, 2015.

LOBATO, G. et al. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 11, n. 4, p. 369-379, Dec. 2011

LOHR, K. N.; SCHROEDER, S.A. MEDICARE: A Strategy for Quality Assurance. **Institute of Medicine** Vol.1 .March 8. Washington, 1990.

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199003083221031>

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. **HSR: Health Services Research**, 38:3, June 2003.

MAIA, M. N. **A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 94 f, 2014.

MAGLUTA, C. et al. Estrutura de maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: desafio à qualidade do cuidado à saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infantil**, v.9, n.3, p: 319-329,2009.

MAGALHÃES J.H.M. **O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiências de Belo Horizonte** [Tese]. Campinas:Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Ciências Médicas; 2006.

MARTINELLI, K G et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**[online]. 2014, vol.36, n.2, pp. 56-64.

- MAROTTI J; et al. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade**. Cidade de São Paulo, 2008 maio-ago; 20(2): 186-94.
- MELO E.C.P, Knupp V.M.A.O, Oliveira R.B, Tonini T. A peregrinação de gestantes no município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. **Rev Esc Enferm USP**. v. 41, n. spe, p. 804-809, dez. 2007.
- MELLO, G.A et al. Atenção básica e atenção primária à saúde - Origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.
- MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em:
http://www.saude.es.gov.br/download/revisaobibliograficasobreas_redes_de_atencao_a_saude.pdf.
 [Acesso em: 28/04/2013].
- MENDES, E V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2297-2305. ISSN 1413-8123.
- MENDES, E.V . **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549 p., 2011.
- MENEZES, D. C. S., et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/200. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(3):553-559, mar, 2006.
- MENEZES, E. A.de. **Territórios integrados de atenção à saúde como estratégia para implementação da política de saúde no município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 84f . 2011.
- MINAYO, M. C. DE S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Rev. bras. educ. med.** [online], vol.33, suppl.1, pp. 83-91, 2009. ISSN 1981-5271.
- MINAYO, M. C. DE S. et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. **Ciênc. Saúde coletiva** [online]. 2009, vol.8, n.1, pp. 97-107. ISSN 1678-4561.
- MIRANDA, F. J. S. **Avaliação do Programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) no Estado de Minas Gerais: 2000 a 2010**. Tese de doutorado apresentado a Universidade Estadual de Campinas. p 170, 2015.
- MORAES, J. R. de et al. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3769-3780, set. 2011
- NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONUBR). **Causas da mortalidade materna e alto índice de óbitos** são temas de Fórum do UNFPA em Salvador. In: Notícias. Publicada em 8 ago 2012. Disponível em: <
<http://www.onu.org.br/causas-damortalidade-materna-e-alto-indice-deobitos-sao-temas-de-forum-da-unfpaem-salvador/>>. Acesso em: 29 ago. 2013 .
- NARCHI, N.Z. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(4):1059-1068, 2013
- NAGAHAMA, E. E. I. & SANTIAGO, S. M.. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva** [online], vol.10, n.3, pp. 651-657, 2007. ISSN 1678-4561.
- NAGAHAMA, E.E.I. & SANTIAGO, S. S. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(8):1859-1868, ago, 2008.
- NOVAES, H M D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública** [online], vol.34, n.5, pp. 547-549, 2000. ISSN 1518-8787.
- NUNES, T. J. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 24 (2): 252-261, 2016.

OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. **FECAP**. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm>. Acesso em: 27 set. 2013.

OLIVEIRA, P B. **A Mulher atual e a representação da maternidade**. Universidade Católica de Pernambuco. Dissertação de mestrado em psicologia clínica. 103 pag. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Declaração de Alma-Ata. In: **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set 1978, Alma-Ata**. [Links] <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: OPAS, 2006. 215p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 10) 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Relatório Mundial de Saúde 2008: **Atenção Primária em Saúde: Agora Mais Que Nunca**. OMS; 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). CD50/15. **Estratégia e plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita**. Washington, D.C., EUA, 27 setembro de 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mulheres e Saúde- Evidencia de hoje agenda de amanhã**. OMS, 2011

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.113 p.: il. (NAVEGADOR SUS, 2). 2011

ONU. BRASIL. **Objetivos de desenvolvimento sustentável. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2016. <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>

OSIS, M. J. M. D. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção**. Dissertação apresentada a Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP, p 192, 1994.

OSIS, M J M D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]., vol.14, suppl.1, pp. S25-S32, 1998. ISSN 1678-4464.

PAIM, J. S. & SILVA, L.M.V. da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010 .

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012

PARADA, C. M. G de L.& Carvalhaes, M.A.B.L. Avaliação da estrutura e processo da atenção ao parto: contribuição ao debate sobre desenvolvimento humano. **Rev Latino-am Enfermagem** . setembro-outubro; 15(número especial). 2007.

PARADA, C. M. G de L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 1, p. 113-124, 2008.

PARADA, C. M. G. de L.& TONETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface** (Botucatu) [online], v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008.

PARADA, M.B.A. & MEDEIROS, H.R.F. **Puericultura e políticas públicas de assistência à maternidade e à infância (1930-1945)** In XIV Encontro Regional da ANPUH – Rio Memória e

patrimônio. 2010, Rio de Janeiro. UNIRIO. http://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anaais/8/1276659996_ARQUIVO_ANPUHRJPuericuluraepoliticaspUBLICASdeassistenciaamaternidadeeainfancia_1930-1945_.pdf.

PATAH, L. E. M.. **POR QUE 90%? Uma análise das taxas de cesárea em serviços hospitalares privados do município de São Paulo**. Tese. apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. 2008.

PILAR, A. de C. A. **Análise do papel da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 166 f. 2016

PITTA, A.M.F. Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde. **Rev. Adm. Púb.**, Rio de Janeiro, 26 (2): 44-61, abr./jun. 1992

PORTAL DA ODM – **Noticias- Mortalidade Materna** – 3/2/2010 - <http://www.portalodm.com.br/rj-lanca-campanha-de-combate-a-mortalidade-materna--n--296.html>

PORTAL DA SAÚDE. **Rede Cegonha**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2012. [acessado, 2013] Disponível em: <http://goo.gl/Qm5aUM>.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Resolução SMS nº 1256 de 12 de fevereiro de 2007. Institui o Sistema Municipal de Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna do Município do Rio de Janeiro. Diário Oficial da Prefeitura do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 12 fev. 2007.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro: 2009 a 2012**. http://www.riocomovamos.org.br/arq/planejamento_estrategico.pdf.

PRIETSCH, Silvio Omar Macedo et al. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1906-1916, Oct. 2011.

RESOLUCIÓN CD49.R22: **redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud**. Washington: OPS; 2009.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 274-280, Dec. 2007.

SANTOS M P dos. R. Avaliação da qualidade dos serviços público de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Revista bras. Enferm.** Brasília, v. 48, n. 2, p. 109-119, abr/Jun. 1995

SANTOS N. E T DOS; A, K C, MARTHA A L., R DE C D. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde soc.** [online]. 2008, vol.17, n.2, pp. 107-119. 2008.

SANTOS, S.M.S.S; OLIVEIRA, VAC. Estratégia saúde da família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. **Rev. Min. Enferm.**;14(4): 499-508, out./dez., 2010

SANTOS N., E T DOS et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Cad. Saúde Pública** [online], vol.28, n.9, pp. 1650-1662. 2012. ISSN 0102-311X.

SANTOS, G.L. dos. **Implantação da Rede Cegonha nos estados brasileiros: um olhar para o componente do parto**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 60 f., 2013.

SANCHO, L. G; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, Mar. 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. **CIB-RJ Deliberação CIB-RJ nº 0362 de 18 de setembro de 2007.** Aprova o termo de compromisso de Gestão Estadual do Estado do Rio de Janeiro ao Pacto pela Saúde. 2007. <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/118-2007/janeiro/420-deliberacao-cib-rj-n-0362-de-18-de-setembro-de-2007.html>

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. **CIB-RJ nº 0849 de 11 de fevereiro de 2010.** Aprovar o Termo de Adesão ao Pacto pela Saúde do Município do Rio de Janeiro. <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/27-2010/1101-deliberacao-cib-rj-n-0849-de-11-de-fevereiro-de-2010.html>

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (RJ). **Deliberação CIB-RJ Nº 1.373 de 07 julho de 2011.** Instituir o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SES-RJ; 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (RJ). Deliberação **CIB nº1.375 de 21 de julho de 2011.** Aprova a adesão do estado do Rio de Janeiro à Rede Cegonha. Rio de Janeiro: SES-RJ; 2011. Adesão do Estado do Rio de Janeiro à Rede Cegonha. 2011a.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. **CIB-RJ nº 1.377 de 21 de julho de 2011.** Aprovar a Rede Inicial da Implementação da Rede Cegonha na Região Metropolitana I, Região Metropolitana II e Capital. 2011b

Disponível:<http://femerj.org.br/Boletim/Estadual/CIB/2011/07-Julho/DELIBERA%C3%87%C3%83O%20CIB-RJ%20N%C2%BA%201373.pdf>

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. **CIB-RJ. Ata da 1ª Reunião Extraordinária da CIB. 2011c.**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Atenção à Saúde. **Análise Situacional da Região Metropolitana I Estado do Rio de Janeiro.** 2012 a.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Atenção à Saúde. **Qualis SUS Rede. Subprojeto Regional Metropolitana I.** Rio de Janeiro. 2012 b

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. **Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro. 2009.**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. **Programa Cegonha Carioca: Edital, Anexos I, II, III, IV. SMSDC-RJ. Programa Cegonha Carioca.** Rio de Janeiro, 2010 < Acesso em: 19 abril. 2013> Disponível em:

<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?articleid=188976>

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. **Guia de Serviços de Saúde do SUS-RIO** - Centro e Adjacências - AP 1.0. Rede de Estações OTICS-RIO / SUBPAV / SMS-RJ. 2013

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. **Caderno de Políticas Públicas Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. 2013 a.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. PMS 2014-2017.** Secretaria Municipal de Saúde. 2013c

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais** - REMUME-RIO 2013. Rio de Janeiro p 34

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. **Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. 2010.** Disponível em: Acesso em: 10 out. 2013. SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento.** Brasília: IPEA, 2010.

Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento / coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: IPEA, 2014

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional, **Revista Crítica de Ciências Sociais**, [Online], 85. 2011, 65-82. <http://rccs.revues.org/343>

SERAPIONI, M. & SILVA, M. G. C. da. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4315-4326, 2012.

SERRUYA, S.J. **A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, São Paulo, p 148, 2003.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.G., CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**. Recife, 4(3): 269-279, 2004.

SERRUYA, S J; CECATTI, J. G; LAGO, T.G.. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, Oct. 2004.

SIQUEIRA, C. V. C. de. **Assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde do município de Santos**. Dissertação (mestrado) Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, 119 p, 2011

SILVA, V L M. & FORMIGLI, V A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1994, vol.10, n.1, pp. 80-91. ISSN 1678-4464.

SILVA, S F DA. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde coletiva** [online], vol.16, n.6, pp. 2753-2762, 2013. ISSN 1413-8123.

SILVA, V. L. M. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2014. 110 p

SILVA, S.Á DA. **Do Programa Materno Infantil ao Programa Integral à Saúde da Mulher: impacto na abordagem assistencial Saúde Coletiva** [online] 2010, 7: [Date of reference: 30 / abril / 2015] Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84212374007> ISSN 1806-3365

SOUZA, V.F. **A depressão no ciclo gravídico-puerperal de mulheres atendidas em um ambulatório de hospital geral**. 2008, 138f. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health Policy**, 60(3), p 201-218, 2002

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília (DF): UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; MACINKO, J.; SHI, L. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, Vol. 83, No. 3, p. 457-502, 2005.

STANCATO, K. VERGÍLIO, M. S. T. G. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-PPP de um hospital universitário. **Cienc Cuid Saude**, Jul/Set; 10(3):541-548, 2011.

STENZEL ACB. **A temática da avaliação no campo de saúde coletiva: uma bibliografia comentada** [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Pag. 100, 1996.

TANAKA, O. Y., MAMORU, E. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde coletiva** [online], vol.17, n.4, pp. 821-828, 2012. ISSN 1413-8123

TEIXEIRA, C.F., and SOLLA, JP. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Sala de aula series, nº3. ISBN 85-232-0400-8. Available from SciELO Books. 2006

TEIXEIRA, C. OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia. Junho de 2011. http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCÍPIOS_DO_SUS.pdf

TUNÇALP, O et al. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**. Volume 122, issue 8, p 1045–1049, July 2015. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13451/references>.

TREVISAN, A. P. & Bellen, H.M.V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 42(3):529-50, maio/jun. 2008

TYRRELL. M.A.R & Carvalho V. **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.

UCHIMURA, K. Y. A. B., MARIA L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.18, n.6, pp. 1561-1569. ISSN 1678-4464.

VALE, D. B. Andrade P. do et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 383-390, Feb. 2010

VIANA, R. C.; NOVAES, M. R. C. G.; CALDERON, I. M. P. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 22, supl. 1, p. 141-152, 2011.

VIEIRA, M. A ; TEMÓRIO, R.. M. LACUNAS CONCEITUAIS NA DOCTRINA DAS QUATRO GERAÇÕES: elementos para uma teoria da avaliação. In: TENÓRIO, R. M.; LOPES, U. M. (Org) **Avaliação e gestão: teorias e práticas**. Salvador: EDUFBA, 2010. 414 p.

VILELA, E. **O projeto Rede Cegonha**. TV NBR. 2011. [Acessado, 2012] < <http://goo.gl/Jxtett>

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2014, vol.30, suppl.1, pp. S85-S100. ISSN 0102-311X.

VICTORA, C.G et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**. 2011a. Série - Saúde no Brasil 2.

VICTORA, C.G, BARRETO M.L., LEAL M.DO C., MONTEIRO C.A. the Lancet Brazil Series Working Group. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet**. 2011b. Série - Saúde no Brasil 6.

VETTORE, M. V. et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2011, vol.27, n.5, pp. 1021-1034.

VETTORE, M. ; LAMARCA, G. Atenção pré-natal no Brasil: uma questão de oferta, de acesso ou de escolaridade materna? [Internet]. Rio de Janeiro: **Portal DSS Brasil**; 2012 Maio 28. Disponível em: <http://dssbr.org/site/?p=10326&preview=true>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Primary health care. Report of the international conference on primary health care, Alma-Ata**. Genebra: WHO; 1978.

WHO & UNICEF. "Report of the International Conference on Primary Health Care, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund, Alma-Ata - URSS, 6 to 12 September 1978". **WORLD HEALTH ORGANIZATION**, BRASIL. 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Relatório Mundial da Saúde 2005. Organização Mundial da Saúde para que todas as mães e crianças contem saúde**. World Health Organization (Organização Mundial da Saúde).1211 Genebra 27, Suíça. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2008: primary health care now more than ever.** Geneva. Organização Mundial da Saúde 2008.

WHO / OPAS/ CLAP. **Sexual and reproductive health: guides for the HPC focused continuum of care of women and newborn: guides for basic practice.** Montevideo. CLAP/SMR; 2010. (CLAP/SMR. Publicação Científica; 1562.3)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estratégia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños.** 2010a <http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009gswchsp.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) / OPAS/ BRASIL. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã.** Brasília. 2011

WHO & UNICEF. Informal meeting on provision of home-based care to mother and child in the first week after birth: follow-up to the Joint WHO/UNICEF statement on home visits for the newborn child, meeting report. **World Health Organization.** 2012b. Disponível http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44346/1/9789241599573_eng.pdf?ua=1&ua=1

WHO. **Recommendations on postnatal care of the mother and newborn.** 2013. Disponível http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf?u

World Health Organization & UNICEF. Fulfilling the Health Agenda for Women and Children The 2014 Report. Countdown to 2015. **Maternal, Newborn & Child Survival.** Geneva: WHO/UNICEF, 2014a

WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, **The World Bank and the United Nations Population Division.** Geneva. World Health Organization 2014b.

APÊNDICE

APÊNDICE- A**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****A. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**

A.1 Número do Questionário:

A.2 Data da entrevista:

A.3 Quantos dias de pós-parto: 1() 7 a 15 2() 16 a 24 3() 25 a 33 4() acima de 30 dias

A.4 Unidade: 1() Candau 2() Zeferino 3() Oswaldo Cruz

B. PARTE 1- INVESTIGAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICO

B.1 Nome:

B.2 Endereço: 1() Vasco da gama 2() São Cristóvão 3() Estácio 4() Centro
5() jacarezinho 6() Rio Comprido 7() Benfica 8() Lapa 9() Catumbi 10() Sta Tereza

B.3 Naturalidade: 1() Rio 2() nordeste 3() Norte 4() Sul 5() centro-oeste

B.4 - Idade: 1() 18 - 22 2() 23 - 27 3() 28-32 4() 33-37 5 () Acima de 38 anos

B.5 Escolaridade:

1 () Sem escolaridade 5 () Nível médio completo
2 () Nível fundamental incompleto 6 () Nível superior incompleto
3 () Nível fundamental completo 7 () Nível superior completo
4 () Nível médio incompleto 8 () Pós-graduação

B.6 Situação conjugal:

1- () casada 2- () solteira 3- () união consensual 4() viúva

B.7 Qual a sua renda familiar

1 () até 1 SM 2 () entre 1 e 3 SM
3 () entre 3 e 5 SM 4 () acima de 5 SM**C. PARTE 2- CICLO GRAVÍDICO – PUERPERAL (GESTAÇÃO)**

C.1 Paridade:

C.1.1 Número de gestações: 1() primigesta 2() secundigesta 3() tercigesta 4() Multigesta

C.1.2 Numero de parto: 1() 1 P 2() 2 P 3() 3P 4() acima de 4 partos

C.1.3- Aborto: 1() nenhum 2() 1A 3() 2 A 4() 3A 5() acima de 4 abortos

C.2 A gravidez foi planejada? 1() Sim 2() não

C.3 Aceitou a gravidez? 1() sim 2() não

C.4 Mês ou semana da gestação que iniciou Pré-natal

1 () primeiro trimestre 2() segundo trimestre 3() terceiro trimestre

C. 5 Motivo da escolha da Unidade de Saúde para realização do pré-natal

1 () gosto do atendimento do pré-natal 4 () proximidade da residência
2 () facilidade de agendamento 5 () proximidade do trabalho
3 () gosto da unidade 6 () Outro:

C.6 Tempo que leva da residência a Unidade de Saúde, onde realizou pré-natal?

1() 10min 2() 15min 3() 20min 4 () 25min 5() acima de 30 min

C.7 Qual o meio que utiliza para chegar na Unidade de Saúde?

- 1 () andando 4 () carro
 2 () ônibus 5 () taxi
 3 () transporte alternativo

C.8 Como foi marcado a sua primeira consulta de pré-natal?

- 1 () Na Unidade, sem pegar fila para marcar consulta 2 () telefone
 3 () Na Unidade, mas tive que pegar fila para marcar 4 () internet
 5 () agente comunitário

C.9 Quando é oferecido a consulta de pré-natal na Unidade de Saúde?

1. () para qualquer dia da semana, no turno da manhã e tarde
 2. () para qualquer dia da semana, só pela manhã
 3. () Com dia da semana e horário específico de atendimento
 4. () para qualquer dia da semana, só a tarde
 5. () Outro

C.10 Teve dificuldade em conseguir marcar a sua consulta de pré-natal?

1. () não 2. () sim (vá para a pergunta C.12)

C.11 Por qual motivos?

1. () demora no agendamento 4() precisa chegar muito cedo
 2. () atendimento é ruim 5() tem dia e hora para agendar
 3. () não sou cadastrada nesta unidade

C.12- Qual o tempo de espera para ser atendida na 1ª consulta de pré-natal, após a marcação?

- 1 () atendida no mesmo dia 3 () atendida 1 mês depois
 2 () atendida uma semana 4 () Mais de 1 mês

C.13- Tempo que levava entre a hora que chegava a Unidade de Saúde até ser atendida no pré-natal?

- 1 () menos de quinze minutos 4 () menos de 2 horas
 2 () mais de quinze e menos de 30 minutos 5 () mais de 2 horas e menos de 3 horas
 3 () mais de trinta minutos e menos de 1 hora 6 () mais de 3 horas
 7 () não sei informar

C.14 Após a consulta de pré-natal você saía com a próxima consulta agendada?

- 1.() Sim 2.() não (vá para a pergunta C.16)

C.15 Como foram agendadas as consultas subsequentes?

- 1 () na Unidade de Saúde, sem pegar fila para marcar consulta 4 () por telefone
 2 () na Unidade, mas tem que pegar fila para marcar consulta 5 () internet
 3 () no final da consulta 6 () agente comunitário

C.16 Recebeu Cartão da Gestante?

- 1 () Sim 2() não

C.17- Quantas consultas de pré-natal foram realizadas?

- 1 () Menos de 3 2 () 4 consultas 3 () 5 consultas 4 () 6 consultas
 5 () 7 consultas 6 () mais de 7 consultas

C.18- O atendimento foi com o mesmo profissional desde a 1 consulta?

1 () Sim, em todas as consultas 3 () Não soube responder

2 () Sim, em algumas consultas

C.19 - O profissional que fez o seu pré-natal interessava pelos seus problemas e escutava você quando necessitava falar sobre eles?

1 () Sim 2() não

C.20- As suas dúvidas durante a consulta de pré-natal foram esclarecidas?

1 () Sim 2() não

C.21- O profissional que fez o seu pré-natal anotava no PRONTUÁRIO as suas queixas, resultados dos exames, ultrassonografia, medicamentos prescritos e tratamento?

1 () Sim 2() não

C.22 No seu CARTÃO DA GESTANTE tem registro/anotação das consultas realizadas, como: queixas, resultados dos exames, resultado de ultrassonografia e medicamentos prescritos?

1 () Sim 2() não

C.23- Os registros no cartão da gestante foram escritos de forma clara e de fácil entendimento?

1 () Sim 2() não

C.24- Na(s) consulta(s) de pré-natal foram realizados:

1 () exame físico geral: cabeça, boca, mama e pernas

2() Exame ginecológico

5 () ausculta BCF

3 () Altura uterina

6 () Verificaram peso

4 () Aferiram Pressão arterial

C.25- Foi prescrito medicamentos, como:

1 () sulfato de ferro

3() Polivitamínico

2 () vitamina B9 - ácido fólico

4 () remédio para Pressão Alta

C.26- A Unidade de Saúde ofereceu algum dos medicamentos prescritos?

1 () sulfato de ferro

4 () Polivitamínico

2 () vitamina B9 - ácido fólico

3 () remédio para Pressão Alta

C.27- Você participou de algum grupo de atividade educativa/ grupo de gestante no pré-natal?

1 () Sim 2() não

C.28- Quais exames foram solicitados na consulta de pré-natal?

1 () Exame para teste de gravidez e teste rápido

2 () Exame de sangue, para ver anemia e tipo de sangue

3 () Exame de sangue para diabetes (açúcar no sangue)

4 () Exame de sangue para sífilis (VDRL)

5 () Exame de sangue para o teste da anti-HIV

6 () Exame para hepatite B (HBsAG)

7 () Exame Protoparasitológico(fezes)

8 () Exame de urina

C.29 Qual o tempo que foi levado para realizar os exames solicitados desde do pedido até a realização dos exames?

1 () no mesmo dia 3 () 1 mês a menos de 2 meses

2 () uma semana 4 () dois meses ou mais

3 () 1 mês

C.30- Qual o tempo que levou para receber o resultado?

1 () uma semana 3 () 1 mês a menos de 2 meses

2 () duas semana 4 () dois meses ou mais

C.31- Você realizou o exame preventivo-ginecológico no pré-natal?

1 () sim 2 () não (vá para a pergunta C.37)

C.32 Por qual motivo?

1 () tem exame realizado com menos de 1 anos 4 () não aceitou a realização do exame

2 () não foi realizado durante a consulta de pré-natal, não estava preparada

3 () não foi realizado durante a consulta

C.33 - Você foi encaminhada para fazer vacina antitetânica?

1 () sim 2 () não

C.34 - Foi solicitado Ultrassonografia obstétrica na consulta de pré-natal?

1 () sim 2 () não

C.35- Voce agendou a sua USG na Unidade de Saúde?

1 () sim (Vá para a questão C.41) 2 () não (Vá para a questão C.43)

C.36- Você fez a USG pelo agendamento da Unidade de Saúde ?

1 () sim (Vá para a questão C.42) 2 () não (Vá para a questão C.43)

C.37- Quanto tempo você esperou para realizar a USG agendada pela US ?

1 () no mesmo dia 3 () 1 mês a menos de 2 meses

2 () uma semana 4 () dois meses ou mais

C.38- Por qual motivo não realizou a USG pelo agendamento da US?

1 () pela demora do agendamento 4 () não consigo liberação do trabalho

2 () qualidade do serviço 5 () US não oferece serviço de USG

3 () dificuldade de acesso 6 () financeiro

7 () por falta de vaga 8 () aparelho com defeito

9 () Não fui informada para agendar a USG pela US 10 () fui encaminhada para fazer particular

C.39- Você foi encaminhada para atendimento com outro profissional?

1 () sim (Vá para a questão C.45; 46; 47; 48) 2 () não

C.40- Você foi encaminhada para atendimento com:

1 () dentista 2 () fisioterapeuta 3 () nutricionista 4 () psicólogo 5 () serviço social

6 () especialidade médica 7 () enfermeiro 8 () nenhum 9 () não sei informar

C.41- Comparece ao encaminhamento?

1 () sim (Vá para a questão C.47) 2 () não

C.42- Foi feito algum registro ou anotação no seu cartão de pré-natal sobre o atendimento realizado?

2 () ônibus

5 () taxi

3 () carro próprio

D. 2- Caso não tenha utilizado a ambulância da cegonha carioca, por qual motivo não solicitou?

1 () não foi informada

3 () não tinha ambulância disponível

2 () não sabe para onde ligar

4 () não lembrou na hora

D. 3- Você teve dificuldade para internar na hora do parto na maternidade de referência?

1 () Não 2 () Sim (vá para pergunta D.4)

D. 4- Por qual motivo?

1 () falta de vaga 3 () não tem atendimento UTI para o bebe

2 () falta de médico

D.5- Ao chegar na maternidade em trabalho de parto, foi encaminhada primeiramente para onde?

1 () acolhimento(classificação de risco)

4 () não sei informar onde passei

2 () para ser examinada na admissão

5 () não deu tempo, cheguei ganhando

3 () foi direto para centro- obstétrico

D. 6- Você ficou com acompanhante de sua escolha?

1 () sim (vá para pergunta D.8)

2 () não

3 () Não deu tempo

D.7- Quem te acompanhou durante o trabalho de parto?

1 () amiga 2 () marido 3 () Vó 4 () prima 5 () mãe 6 () cunhada 7 () doula

D.8- Durante o trabalho de parto você ficou em ambiente com privacidade?

1 () sim 2 () não

D. 9- Onde ficou durante o trabalho de parto

1 () sala de espera 2 () enfermaria 3 () recepção 4 () emergência 5 () outro _____

D.10- O local onde você ficou na maternidade oferecia?

1 () ar condicionado

10 () bola para exercício

2 () cama regulável

11 () massageador

3 () roupa de cama

12 () ambiente para caminhar

4 () mesa para refeição

13 () chuveiro com agua quente

5 () banheiro próximo

14 () banheira

6 () posto de enfermagem

15 () boa iluminação

7 () reservatório de álcool para passar nas mãos(dispenser)

8 () aparelho para avaliar o coração do bebe (cardiotocógrafo)

9 () aparelho para auscultar o coração do bebe(Sonar Dopler)

16 () Outro _____

D.11- Recebeu explicação dos procedimentos que estavam sendo realizado, como: punção da venosa, medicamento, toque, rompimento da bolsa?

1 () sim 2 () não

D.12- Recebeu informações do andamento (evolução do trabalho de parto), como: contração, dilatação, rompimento da bolsa e expulsão?

1 () sim 2 () não

D.13- Durante o trabalho de parto foi oferecido?

- | | |
|---|----------------------|
| 1 () água | 5 () chá |
| 2 () suco | 6 () biscoito |
| 3 () alimento(pão, queijo, leite, almoço) | 7 () ficou em jejum |
| 4 () fruta | |

D.14- Recebeu estímulo, pela equipe, para CAMINHAR durante o trabalho de parto?

- 1 () sim 2 () não

D.15- Recebeu estímulo, pela equipe, a tomar BANHO DE CHUVEIRO ou banheira para melhorar a evolução do parto?

- 1 () sim 2 () não

D.16- Foi oferecido MASSAGEM para melhorar a dor?

- 1 () sim 2 () não

D.17- Foi administrado OCITOCINA NO SORO durante o parto?

- 1 () sim 2 () não

D.18- Romperam A BOLSA D'ÁGUA durante o trabalho de parto?

- 1 () sim 2 () não

D.19- Qual foi o seu tipo de parto?

- 1 () Normal (responda a D.23) 2 () Cesário(responda a D.24)

D.20- Você foi assistida no seu parto por qual profissional?

- 1 () médico 3 () Não sabe informar
- 2 () enfermeiro

D.21- Seu bebê foi colocado para mama na sala de parto?

- 1 () sim 2 () não

PARTE 4 - PÓS-PARTO – PUERPÉRIO (MATERNIDADE)

E.1- Foi feita alguma anotação no cartão de pré-natal sobre o seu parto e pós-parto?

- 1 () sim 2 () não

E.2- Recebeu algum cartão com agendamento para revisão de pós-parto na Unidade de Saúde onde fez o pré-natal?

- 1 () sim 2 () não

E.3- Recebeu orientação para retornar à Unidade de Saúde para consulta de pós-parto?

- 1 () sim 2 () não

PARTE 5 - PÓS-PARTO – PUERPÉRIO UNIDADE DE SAÚDE

F.1- Procurou a Unidade de Saúde para atendimento?

- 1 () bebê 2 () mãe 3 () mãe/bebe

F.2- Você procurou a unidade onde realizou o seu pré-natal para revisão de pós-parto?

- 1 () sim (vá para a pergunta F. 4) 2 () não (vá para a pergunta F. 3)

F.3- Qual motivo?

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1 () não fui informada | 3 () dificuldade no agendamento da consulta |
| 2 () não considerei necessário | 5 () não tinha profissional para atender |

4 () não sei aonde marcar

F.4- Como você marcou a sua revisão de pós-parto?

1 () na Unidade de Saúde, sem pegar fila para marcar consulta

2 () na Unidade de Saúde, mas tive que pegar fila para marcar consulta

3 () na Unidade de Saúde, com agendamento em menos de 15 dias

4 () na Unidade de Saúde, com agendamento até 30 dias

5 () na Unidade de Saúde, com agendamento acima de 30 dias

3 () telefone

4 () internet

5 () agente comunitário

6 () maternidade

F.5- Caso tenha sido parto cesáreo, onde você retirou os pontos da sua cirúrgica?

1 () Unidade de Saúde 3 () em casa

2 () maternidade

F.6- Caso tenha sido em casa, quem retirou os pontos?

1 () agente de saúde 4 () marido

2 () vizinha 5 () cunhada

3 () à própria

F.7- Na revisão do pós-parto foi realizado:

1 () exame físico geral: cabeça, boca e pernas 2 () exame da mama

3 () retirada de ponto 4 () aferição de pressão arterial

5 () exame ginecológico 6 () não fui examinada

F.8- Quais orientações que você recebeu durante a revisão de pós-parto?

1 () agendamento para planejamento familiar 5 () limpeza no local dos pontos

2 () relação sexual 6 () lóquios/menstruação

3 () amamentação 7 () higiene

4 () alimentação 8 () nenhuma informação

F.9 -Foi encaminhada para algum atendimento?

1 () sim (vá para a pergunta F.11) 2 () não

F.10- Qual encaminhamento recebeu?

1 () planejamento familiar 2 () ginecologista 3 () médico(especialista) 4 () dentista

5 () enfermeiro 6 () assistente social 7 () psicólogo

APÊNDICE- B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada:** Avaliação da Linha do Cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal no Município do Rio de Janeiro: na perspectiva da mulher, que tem como **objetivo:** Avaliar as ações e serviços de saúde prestados aos componentes Rede e Prática da Atenção na linha de cuidado da mulher no pré-natal, parto e pós-parto, em conformidade a Rede Cegonha/ Programa Cegonha Carioca da Área Programática 1.0 (AP 1.0) do Município do Rio de Janeiro, a partir da perspectiva da puérpera.

Este é um estudo baseado em uma abordagem quantitativa. A pesquisa terá duração de 2 meses, com o término previsto para agosto de 2015. Suas 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 de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o(s) pesquisador (a) ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas sob a forma de pergunta aberta e fechadas. As perguntas constaram informações a respeito da sua renda, estado civil e outras questões sobre a sua gestação, parto e pós-parto. A Sra não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras ao participar da pesquisa.

Esta pesquisa pode apresentar riscos potenciais de constrangimento e abalo emocional, decorrentes de possíveis recordações positivas ou negativas durante a entrevista sobre os cuidados recebidos na gestação, parto e pós-parto. Caso os riscos ocorram, as participantes contarão com auxílio do serviço de psicologia da Unidade. A sua participação é voluntária e livres para abandonar a pesquisa em qualquer momento. Como investigadora do estudo, posso interromper a pesquisa em qualquer momento, caso julgue necessário para o seu bem-estar. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para os profissionais de saúde, gestores de saúde e para a clientela usuária do sistema de saúde.

Pesquisador Principal (instituição)

Participante da pesquisa

Sra receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento no Comitê de Ética da EEAN/RJ. Desde já agradecemos!

Prof^a. DR^a. Ivis Emília de Oliveira Souza
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Angela Maria e Silva
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Comitê de Ética e Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ

Rua: Afonso Cavalcante, 275 – Cidade Nova – Rio de Janeiro

Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Rio de Janeiro Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____, _____ de _____ de 2015

Participante da Pesquisa:

(Assinatura)

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA LINHA DO CUIDADO DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: Angela Maria e Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30437214.0.3001.5279

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.060.825

Data da Relatoria: 11/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo descritivo, transversal de natureza quantitativa, o local será no município do Rio de Janeiro em: 01 unidade básica de saúde(UBS) ou centro municipal de saúde(CMS) e em 01 unidade de estratégia da saúde da família (ESF) da área programática(AP) – AP 1.0. A participante de estudo será a mulher – puérpera. A amostra pretendida será em 120 mulheres. As variáveis serão: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e satisfação do cliente. Para levantamento dos dados será utilizado um questionário com questões abertas e fechadas. Para a análise dos dados quantitativos será utilizado estatística, sendo apresentação na forma de frequência absoluta e percentual. Os aspectos éticos: O projeto de pesquisa será encaminhado ao comitê de ética em pesquisa da escola de enfermagem Anna Nery/UFRJ.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem estruturada e tema relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos obrigatórios, conforme Resolução N°466/12.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa encontra-se aprovada

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

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.3., da Resolução CNS/MS N° 466/12).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS N° 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave 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.3 .d., da Resolução CNS/MS N° 466/12) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS

N° 466/12).

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 X.1.3.b., da Resolução CNS/MS N° 466/12).

RIO DE JANEIRO, 13 de Maio de 2015

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)