



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**Carla Coutinho Sento Sé**

**Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca: uma prática  
reiterativa da enfermeira obstétrica**

Rio de Janeiro

2014

Carla Coutinho Sento Sé

**Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca: uma prática reiterativa da enfermeira obstétrica**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Jane Márcia Progianti

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

S478 Sento Sé, Carla Coutinho.  
Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca : uma  
prática reiterativa da enfermeira obstétrica / Carla Coutinho Sento  
Sé. - 2014.  
101 f.

Orientadora: Jane Márcia Progianti.  
Coorientadora: Adriana Lenho de Figueiredo Pereira.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Política de saúde. 3. Saúde da  
mulher. 4. Acolhimento. I. Progianti, Jane Márcia. II. Pereira,  
Adriana Lenho de Figueiredo. III. Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU  
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial  
desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Carla Coutinho Sento Sé

**Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca: uma prática reiterativa da enfermeira obstétrica**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 27 de janeiro de 2014.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Jane Márcia Progianti (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira (Coorientadora)  
Faculdade de Enfermagem - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiroz  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2014

## DEDICATÓRIA

A Deus e a Maria Santíssima, por toda a proteção e luz na caminhada da vida.

Ao meu pai José Carlos, que assumiu o papel duplo de pai e mãe e me ensinou a perseguir meus ideais com determinação, dedicação e coragem.

Ao meu amado marido Raphael, com quem amo partilhar a vida, por toda compreensão, carinho, cuidado dispensados a mim nestes anos de união e por toda a força e apoio para que eu alcançasse mais esse objetivo.

## AGRADECIMENTOS

Às minhas queridas orientadoras Jane Marcia Progianti e Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, por terem acreditado na minha capacidade, por todos os ensinamentos, puxões de orelha, disponibilidade e dedicação. E, principalmente, por terem conseguido lidar com a minha ansiedade e perfeccionismo.

Ao professor Wellington Mendonça de Amorim, meu grande incentivador, por toda a confiança em mim depositada desde os tempos da graduação. Posso afirmar que a minha formação não teria sido a mesma sem a sua pessoa.

À professora Maysa Ludovice Gomes, que sempre esteve disponível para um abraço acalentador.

Às professoras Ana Beatriz de Azevedo Queiroz e Lucia Helena Garcia Penna, por toda a disponibilidade e contribuições valiosas para a construção deste estudo.

Aos amigos de mestrado, por dividirem comigo momentos de medo, insegurança e cansaço, numa demonstração rara de amizade e solidariedade. Sem vocês, tudo seria mais difícil.

As gerentes e enfermeiras do Programa Cegonha Carioca, pela disponibilidade, receptividade e riqueza de relatos, que possibilitaram a construção deste estudo.

Às Carmelitas, por todo o incentivo nesta jornada.

Às amigas da vida e colegas de plantão Aline Bastos Porfírio, Flavia Dantas e Fernanda Toledo Vaz Pinto, pelas vivências, alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas para os plantões tornaram tudo mais fácil.

Às amigas Juliana Nadai, Kellen Veríssimo e Lívia Schunk, por todo apoio, incentivo e pela amizade sincera que levarei para a vida.

À amiga, cunhada, madrinha, afilhada Camila Barreto de Almeida, por dividir comigo momentos alegres e tristes, ter palavras tão iluminadas nos momentos oportunos e por sempre comemorar minhas conquistas.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

Conservar a esperança. Deixar-se surpreender por Deus. Viver com alegria.

*Papa Francisco*

## RESUMO

SENTO SÉ, Carla Coutinho. **Módulo Acolhimento do Programa Cegonha**

**Carioca**: uma prática reiterativa da enfermeira obstétrica. 2014. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Trata-se de um estudo qualitativo, cujo objeto é a prática da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca. Os objetivos são: descrever as estratégias da gestão pública para a implantação do módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca e discutir a prática da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca. O estudo apóia-se nas noções de práxis, senso comum e bom senso. O método de análise utilizado foi a hermenêutica dialética. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas no período de janeiro a março de 2013. Os entrevistados foram três gerentes da Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades, responsáveis pelo processo de elaboração e implantação do Programa Cegonha Carioca; treze enfermeiras obstétricas que atuavam no módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca, totalizando dezesseis entrevistas realizadas. Após a análise dos dados, emergiram duas categorias principais: “A implantação do módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca” e “A prática da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca”. Os resultados apontaram que havia um contexto político favorável a implantação do Programa Cegonha Carioca e que o fator desencadeador para esta implantação foi um caso de óbito fetal ocorrido no município do Rio de Janeiro e que teve uma grande repercussão midiática. As estratégias utilizadas pela gestão pública para a implantação do módulo acolhimento foram: a vinculação do pré-natal à maternidade de referência; a reorganização das emergências obstétricas municipais e a inserção da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento. A partir da inserção das enfermeiras obstétricas nas emergências das maternidades municipais, foram identificadas como práticas das mesmas no módulo acolhimento: acolhimento, classificação de risco, pós-acolhimento e visita à maternidade. Percebe-se que a prática da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento é uma práxis reiterativa e que apesar de ser pautada na humanização, sofre forte influência do modelo biomédico hegemônico.

Palavras-chave: Política de saúde. Saúde da mulher. Acolhimento. Enfermagem obstétrica.

## ABSTRACT

SENTO SÉ, Carla Coutinho. **The user embracement module from the Cegonha Carioca Program**: a continuous practice of the obstetrical nurse. 2014. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

The following dissertation is a qualitative study whose subject-matter is the practice of the obstetrical nurse in the user embracement module from the Cegonha Carioca Program. The objectives are: to describe the strategies of the public administration for the implementation of the user embracement module from the Cegonha Carioca Program and to discuss the practice of the obstetrical nurse in the user embracement module from the Cegonha Carioca Program. The study has its bases on the notion of praxis, common knowledge and common sense. The used analysis method was the dialectical hermeneutics. Semi-structured interviews happened in the period from January to March 2013. The interviewees are three superintendents of Children's and Maternity Hospitals responsible for the creation and implementation of the Carioca Program; thirteen obstetrical nurses that worked at the user embracement module from the Cegonha Carioca Program, being sixteen interviews in overall. After the data analysis two main categories emerged: "The implementation of the user embracement module from the Cegonha Carioca Program" and "The practice of the obstetrical nurse in the user embracement module from the Cegonha Carioca Program". The results indicated that there was a favorable political context to the implementation of the Cegonha Carioca Program and that the triggering factor for its implementation was a case of fetal death that occurred in the Rio de Janeiro City that had a big media repercussion. The strategies adopted by the public administration for the implementation of the user embracement module were: linking the prenatal care to a reference Maternity Hospital; the reorganization of the City's obstetric emergencies and the insertion of the obstetrical nurse in the user embracement module. From the insertion of the obstetrical nurses into the Emergency Room of the City's Maternity Hospitals it was possible to identify some practices used by these nurses in the user embracement module: user embracement, priority assessment, post-assessment care and rounds through the maternity ward. It can be seen that the practice of the obstetrical nurse in the user embracement module is a continuous praxis and that despite being guided by the humanization it suffers a strong influence of the hegemonic biomedical model.

Keywords: Health policy. Women's health. User embracement. Obstetrical nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Quadro comparativo entre práxis criadora e reiterativa .....	37
Quadro 2 –	Características das unidades de saúde utilizadas como cenários da pesquisa .....	43
Quadro 3 –	Categorias e subcategorias encontradas no estudo .....	48
Figura 1 –	Braço de gestante com escrita realizada por médico indicando nome da maternidade e linha de ônibus .....	51
Quadro 4 –	Dados das enfermeiras obstétricas entrevistadas .....	93

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Área Programática
CAP	Coordenadoria de Área Programática
CEP	Centro de Estudos e Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira
CPN	Centro de Parto Normal
CPNDCF	Casa de Parto Normal David Capistrano Filho
CTG	Cardiotocografia
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBMEC	Instituto Brasileiro de Mercado de Capitais
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
MBA	Mestrado em Administração de Negócios
MP4	Media Player
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OS	Organização Social
PAB	Piso da Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PCC	Programa Cegonha Carioca

PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PNH	Programa Nacional de Humanização
PPA	Plano Plurianual
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção a Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEPLAG	Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUBHUE	Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UFRJ	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Tratamentos Intensivos

## SUMÁRIO

	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	13
1	<b>CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL DO ESTUDO</b> .....	21
2	<b>ABORDAGEM TEÓRICA</b> .....	35
3	<b>ABORDAGEM METODOLÓGICA</b> .....	42
3.1	<b>Tipo de pesquisa</b> .....	42
3.2	<b>Cenários da pesquisa</b> .....	42
3.3	<b>Participantes da pesquisa</b> .....	43
3.4	<b>Procedimentos éticos da pesquisa</b> .....	44
3.5	<b>Técnica de coleta de dados</b> .....	44
3.6	<b>Método de análise</b> .....	45
4	<b>A IMPLANTAÇÃO DO MÓDULO ACOLHIMENTO DO PROGRAMA CEGONHA CARIOCA</b> .....	49
4.1	<b>Estratégias da Gestão para a Implantação do Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca</b> .....	52
4.1.1	<u>Vinculação do pré-natal a maternidade de referência</u> .....	52
4.1.2	<u>Reorganização das emergências obstétricas municipais</u> .....	55
4.1.2.1	Contrato de Gestão com Organização Social .....	57
4.1.3	<u>A inserção das enfermeiras obstétricas no módulo acolhimento</u> .....	61
5	<b>A PRÁTICA DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO MÓDULO ACOLHIMENTO: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE O PROPOSTO E O REALIZADO</b> .....	64
5.1	<b>Acolhimento</b> .....	64
5.2	<b>Classificação de risco</b> .....	68
5.3	<b>Pós-acolhimento</b> .....	71
5.4	<b>Visita à maternidade</b> .....	72
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	75
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	79
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	87
	<b>APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para as gerentes do Programa Cegonha Carioca</b> .....	88

<b>APÊNDICE C – Roteiro de entrevista para as enfermeira obstétricas do Programa Cegonha Carioca .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO A – Sistema Manchester de Classificação de Riscos .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO B – Dados das Enfermeiras Obstétricas Entrevistadas .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO D – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO E – Fluxograma de Atendimento do Módulo Acolhimento e Classificação de Risco .....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO F - Protocolo para a Classificação de Risco nas Emergências Obstétricas do Município do Rio de Janeiro .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO G - Classificação de Risco, por tempo de espera para atendimento, nas Emergências Obstétricas do Município do Rio de Janeiro .....</b>	<b>101</b>

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os princípios que orientam o sistema de saúde brasileiro buscam estabelecer a integração entre os três níveis da assistência à saúde e, neste caso, entre os três períodos da assistência obstétrica: pré-natal, parto e puerpério. Porém, esta integração é falha no País como um todo, o que faz com que a assistência no período pré-natal, muitas vezes, seja feita sem a garantia do suporte hospitalar (CAMPOS; CARVALHO, 2000; HOTIMSKY; HATTNER, 2002).

No município do Rio de Janeiro, há desigualdade na oferta dos serviços de saúde, entre as áreas de planejamento que o compõe. Como agravantes desta problemática, municípios próximos não possuem rede de serviços de saúde adequada, em especial maternidades, sobrecarregando a rede do município do Rio de Janeiro. Esses fatos corroboram para uma verdadeira peregrinação de gestantes e recém-natos em busca de assistência hospitalar (CAMPOS; CARVALHO, 2000).

Em estudo, realizado no município do Rio de Janeiro, que identificou a relação de características sociais, demográficas e obstétricas com a peregrinação anteparto, das 2228 gestantes que buscaram assistência em mais de uma maternidade, 70,7% foram internadas na segunda maternidade, 15% na terceira, 7,8% na quarta e 1,5% na quinta maternidade que procuraram. Considerando aquelas que tiveram que buscar assistência em outra maternidade, apenas 19,8%, foram transferidas de ambulância (MENEZES; SCHRAMM, 2004).

Na tentativa de amenizar os problemas acima descritos e visando a reorientação do modelo de atenção obstétrica dominante, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) inaugurou, em 1994, a Maternidade Leila Diniz. No ano de 1998 houve o lançamento do Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à Parturiente na área de planejamento 3.3 e a inserção da enfermeira obstétrica na atenção ao pré-natal e ao parto nas Maternidades Herculano Pinheiro e Alexander Fleming (BOARETTO, 2003; MOUTA; PROGIANTI, 2009; PORFIRIO, 2011).

Dentro desse contexto, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e do Nascimento (PHPN) – Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Este preconiza maior acesso, cobertura e qualidade do

acompanhamento ao pré-natal, parto e puerpério tanto à gestante quanto ao recém-nascido na perspectiva dos direitos de cidadania, com diferentes componentes de incentivo financeiro à assistência pré-natal, à organização e à regulação da assistência obstétrica. Busca principalmente vincular de modo formal e efetivo o pré-natal ao parto e ao puerpério, ampliando o acesso aos serviços pelas gestantes e parturientes (BRASIL, 2000a).

Neste sentido, a SMS-RJ publicou, em 2002, no Diário Oficial, o Programa de Qualificação da Assistência Perinatal na Cidade do Rio de Janeiro – Decreto nº 20996 de 17 de janeiro de 2002. Esta publicação reafirma o compromisso com a qualificação da assistência perinatal da cidade, estabelecendo ações como aumento da cobertura e da qualidade da assistência pré-natal, com a implantação de sistema hierarquizado de atenção ao pré-natal e parto, a garantia de assistência ao parto em maternidade preestabelecida, a redução da mortalidade materna e perinatal e o aumento da oferta de leitos obstétricos e neonatais (RIO DE JANEIRO, 2002).

Aliado a isso foi inaugurada, em 08 de março de 2004, a Casa de Parto David Capistrano Filho (CPDCF), com assistência ao parto de baixo risco realizado exclusivamente pela enfermeira obstétrica. A CPDCF foi regulamentada pela SMS-RJ através da Resolução nº 1041 de 11 de fevereiro de 2004.

Na mesma data de inauguração da CPDCF foi lançado pelo Ministério da Saúde o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Este tem como princípios: o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais (BRASIL, 2004a).

Este Pacto tem como uma de suas estratégias prioritárias o estímulo à formalização da referência e contrarreferência na atenção a mulher durante a gestação. Para isso, faz-se necessário integrar os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado. Considera ainda que caso a unidade não seja adequada para o tipo de atendimento necessário, a gestante deverá ser assistida até que seja garantido o transporte seguro e a transferência para outra unidade de maior complexidade, capaz de atender suas necessidades (BRASIL, 2004a).

Em consonância com o que foi estabelecido no Pacto, no ano de 2007 foi publicada a Lei nº 11634 de 27 de dezembro de 2007, que assegura a toda gestante assistida pelo SUS o direito ao conhecimento e à vinculação prévia a maternidade na qual ocorrerá seu parto e onde ocorrerá o atendimento nos casos de intercorrência pré-natal. Segundo esta lei, esta vinculação deve ocorrer no momento da inscrição da gestante no pré-natal (BRASIL, 2007).

Apesar de todos os esforços para a integração, o sistema de atenção ao parto e nascimento mantém-se fragmentado. Os sistemas fragmentados são caracterizados por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório, sob a hegemonia da atenção hospitalar, e pela ausência de uma coordenação dos pontos de atenção à saúde, de um sistema de inteligência que confira organização ao sistema e, normalmente, sem uma população adscrita (MENDES, 2007).

Nestes sistemas de atenção à saúde, é vigente uma visão de estrutura hierárquica, definida por níveis de complexidades crescentes. O sistema público brasileiro de atenção à saúde organiza-se, segundo suas normativas, em atenção básica, atenção de média e de alta complexidade. Tal visão apresenta sérios problemas teóricos e operacionais. Ela fundamenta-se num conceito de complexidade altamente questionável, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Esse conceito de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A fragmentação é uma causa importante de baixo desempenho dos serviços de saúde e também do desempenho geral dos sistemas de saúde. Pode gerar por si mesma, ou em conjunto com outros fatores, dificuldades de acesso aos serviços, prestação de serviços de baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, incremento desnecessário dos custos de produção e a baixa satisfação dos usuários com os serviços prestados. Por outro lado, a fragmentação pode ser consequência da ação de outros fatores, como por exemplo, financiamento insuficiente que impede a prestação de serviços integrais, que pode ser um fator que incide sobre outros fatores causais e que, por sua vez, impactam negativamente no

desempenho geral do sistema, conforme a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2008).

Nessa direção, no ano de 2010, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da Portaria nº4279 de 30 de dezembro de 2010. Nesta legislação, há a definição de rede de atenção à saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

O objetivo das redes de atenção à saúde (RAS) é 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, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Os sistemas integrados de saúde são definidos como uma reforma microeconômica dos sistemas de saúde, realizada por meio da instituição de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, que presta uma atenção contínua e coordenada a determinada população – no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e a qualidade certa -, e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a esta população. Estão ancorados em três pilares básicos: a medicina baseada em evidências, a avaliação econômica dos serviços de saúde e a avaliação tecnológica dos serviços de saúde (MENDES, 2007).

Estes sistemas possuem como características centrais: a oferta de serviços de forma contínua, por meio de vários pontos de atenção coordenados; a integração desses pontos de atenção através de sistemas logísticos potentes; e a existência de uma população com necessidades definidas que seja responsabilidade do sistema de saúde (MENDES, 2007).

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (BRASIL, 2010).

Nesta perspectiva, em 28 de março de 2011, foram lançados simultaneamente, na área de saúde da mulher: a Rede Cegonha, em âmbito Federal e o Programa Cegonha Carioca, no município do Rio de Janeiro.

A Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

O Programa Cegonha Carioca (PCC) visa ampliar e qualificar o atendimento oferecido às gestantes da cidade do Rio de Janeiro. São objetivos desse Programa: humanizar o atendimento das urgências e emergências nas maternidades da SMS-RJ; qualificar o processo de trabalho nos setores de emergência das maternidades da SMS-RJ; classificar, mediante protocolo, o risco das pacientes no atendimento inicial definindo o tempo limite para atendimento médico; contribuir para o atendimento oportuno e efetivo das pacientes que buscarem atendimento nas maternidades da SMS-RJ, utilizando os recursos da própria maternidade ou de outras unidades através da articulação com o Núcleo Interno de Regulação ou da Central de Regulação da SMS-RJ; aumentar a adesão das gestantes ao atendimento pré-natal; melhorar a rede de referência e contrarreferência, articulando a atenção básica e a atenção hospitalar responsável pelo atendimento à gestação, parto e nascimento (RIO DE JANEIRO, 2010a).

Este Programa é composto de três módulos: pré-natal, transporte e acolhimento. O módulo referência pré-natal - maternidade possibilita a toda gestante que realiza pré-natal nas unidades de atenção primária o conhecimento prévio da maternidade de referência para o atendimento ao parto. O módulo transporte é caracterizado pela disponibilização de serviço de atendimento móvel das parturientes para sua maternidade de referência. O cadastro destas gestantes ocorre ainda no pré-natal, onde são informadas sobre a disponibilidade deste transporte. Por fim, o módulo acolhimento está pautado no acolhimento das gestantes nas emergências obstétricas do Rio de Janeiro. Nesse, a usuária é acolhida e posteriormente seu risco é estratificado, de acordo com as diretrizes adaptadas do Protocolo de Manchester de Classificação de Riscos (ANEXO A). Esse protocolo foi desenvolvido na cidade de Manchester, Inglaterra, em 1994, por um grupo de profissionais especializados em triagem.

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) estabelece uma classificação de risco em cinco categorias. A partir da identificação da queixa principal do usuário pelo enfermeiro, um fluxograma específico, orientado por discriminadores e apresentado na forma de perguntas, é selecionado. Diante da história clínica e dos sinais e sintomas apresentados, um discriminador é encontrado e o paciente é classificado em uma das cinco categorias: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul). Para cada categoria existe um tempo, alvo de atendimento, que são, respectivamente, 0, 10, 60, 120 e 240 minutos (PINTO JUNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

Assim, o STM visa padronizar o atendimento nas emergências e garantir um tempo de espera condizente com a gravidade dos casos. Também dá apoio e embasamento para a tomada de decisão durante a admissão dos pacientes, possibilitando que a compreensão da priorização se dará de acordo com a condição clínica dos usuários, ao invés da ordem de chegada.

Com a delegação da fase operacional do PCC a uma organização social, foi estabelecido no Edital de Convocação Pública para implantação do módulo acolhimento, que as equipes ficariam sediadas nas seguintes unidades de saúde: Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth, Hospital Maternidade Fernando Magalhães, Hospital Municipal Miguel Couto, Hospital Maternidade Carmela Dutra, Hospital Maternidade Herculano Pinheiro, Hospital Maternidade Alexander Fleming e Maternidade Leila Diniz (RIO DE JANEIRO, 2010a).

Segundo o Roteiro para Elaboração da Proposta Técnica e Econômica do PCC, as equipes de acolhimento devem ser compostas de no mínimo: 01 enfermeiro(a) responsável pelo acolhimento, sendo necessariamente enfermeiro(a) obstetra, com curso de habilitação e/ou especialização; 01 enfermeiro(a); 01 técnico de enfermagem para o acolhimento, necessariamente com experiência no atendimento em obstetrícia (RIO DE JANEIRO, 2010b).

Assim, a partir da implantação do módulo acolhimento, a enfermeira obstétrica assume a posição de líder de uma equipe composta por mais dois profissionais (um enfermeiro generalista e um técnico de enfermagem), desempenhando funções de acolhimento e classificação de risco das mulheres que buscam o atendimento nas emergências obstétricas das instituições hospitalares do município do Rio de Janeiro.

Diante do exposto, este estudo tem como objeto a prática da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca.

Logo após minha formação como enfermeira obstétrica no curso de especialização em enfermagem obstétrica nos moldes de residência, convênio SMS-RJ/UERJ, fui selecionada para fazer parte da equipe do módulo acolhimento do PCC. Neste desempenhei minhas funções durante oito meses, na admissão obstétrica do Hospital Maternidade Carmela Dutra.

Ao realizar minhas atividades neste local pude perceber a importância da enfermagem obstétrica para a mudança da dinâmica do atendimento a clientela, com maior respeito às necessidades trazidas pelas clientes e seus familiares, redução de ansiosos, angústias.

A classificação de risco demonstrou-se essencial para o atendimento, respeitando a ordem de prioridade e não a ordem de chegada, como era feito anteriormente. Porém, também foi perceptível a mecanização do trabalho trazida pela necessidade de preenchimento da ficha de classificação de risco para todos os atendimentos realizados na emergência, o que muitas vezes reduzia o processo de acolhimento e sobressaltava o trabalho mecânico.

Além disso, pude perceber também os entraves trazidos pelas atribuições administrativas também conferidas às enfermeiras obstétricas neste módulo, como a responsabilização pelos kits enxoval, contagem diária, recebimento e distribuição dos mesmos.

Assim, diante do exposto, este estudo traz como questionamentos:

- quais foram as estratégias da gestão pública para implantação do módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca?;
- como as enfermeiras obstétricas percebem sua prática no módulo acolhimento deste Programa?

Buscando responder estes questionamentos, tenho como objetivos:

- descrever as estratégias da gestão pública para a implantação do módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca;

- discutir a prática da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca.

O estudo dessa temática se justifica pelo caráter inédito do objeto de pesquisa, devido o Programa Cegonha Carioca ser uma política atual de atenção à saúde obstétrica no município do Rio de Janeiro.

A relevância está no fato que o objeto de pesquisa possibilita a análise do módulo acolhimento como um novo cenário de atuação da enfermeira obstétrica, contribuindo para desvelar a prática desta profissional e as influências sofridas, o que é essencial para a busca de autonomia destas profissionais neste espaço e o entendimento dos entraves para a realização da sua prática.

Acredita-se também que este estudo traz contribuições para a gestão pública, possibilitando a análise dos efeitos da implantação do módulo acolhimento para a reconfiguração do atendimento nas emergências obstétricas e possivelmente trazendo subsídios para nortear a implantação em novos espaços e também a reflexão do processo de trabalho realizado, buscando cada vez mais a centralidade na mulher e na sua família.

## 1 CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL DO ESTUDO

A segunda metade dos anos de 1990 até o início dos anos 2000 foi representada pelo período governamental do presidente Fernando Henrique Cardoso (também conhecido como FHC), que ficou caracterizado como aquele que efetivou a implantação da política neoliberal no Brasil. Ele exerceu dois períodos de mandatos consecutivos, o primeiro de 1995 a 1998 e o segundo de 1999 a 2002.

Sua política governamental pautou-se pela busca da integração do país à economia internacional globalizada, promovendo a continuidade da abertura comercial e financeira iniciada pelo primeiro presidente eleito depois da ditadura militar em 1990, Fernando Collor de Mello. Para atingir este fim, constituiu um conjunto de políticas setoriais de defesa da produção e do emprego nacionais, tendo entre as ações estratégicas a incorporação da moeda nacional ao dólar e o financiamento do investimento nos mercados financeiros. Estas medidas de estabilização monetária dependiam da sobrevalorização da moeda nacional e dos elevados juros (MATTOSO, 2010).

Considerando a crise econômica iniciada na década de 80, em novembro de 1995, foi proposto pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado pelo então ministro da Reforma de Estado, Luiz Carlos Gonçalves Bresser Pereira, que estabeleceu diretrizes para a reforma da administração pública brasileira. Esta reforma propôs a redefinição do papel do Estado, como ação estratégica para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia.

O Estado atua como o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços por meio do fortalecimento do seu papel na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. Para tal, adotou a perspectiva da eficiência da administração pública, visando à redução de custos e aumento da qualidade dos serviços prestados ao cidadão (BRASIL, 1995).

No texto do documento do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado é considerado que

Reformar o aparelho do Estado significa garantir a esse aparelho maior governança, ou seja, maior capacidade de governar, maior condição de implementar as leis e políticas públicas. Significa tornar muito mais eficientes as atividades exclusivas de Estado, através da transformação das autarquias em “agências autônomas”, e tornar também muito mais eficientes os serviços sociais competitivos ao transformá-los em

organizações públicas não estatais de um tipo especial: as “organizações sociais” (BRASIL, 1995, p. 44-45).

O Projeto das Organizações Sociais lançado por este Plano objetivava a descentralização de atividades no setor de prestação de serviços não exclusivos, aqueles correspondentes ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas, como a educação e a saúde, tendo como o pressuposto que esses serviços serão mais eficientes se forem realizados pelo setor público não-estatal, com a manutenção do financiamento do Estado.

No setor saúde, o governo FHC estimulou a efetiva municipalização da saúde pública através do fortalecimento do sistema de atendimento básico municipal, como proposto na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB-SUS 96), e da transferência para os municípios do controle dos serviços prestados pelos hospitais e ambulatórios especializados. Para isto, a estratégia consistiu em distribuir aos municípios os recursos da União disponíveis para a saúde na proporção do seu número de habitantes, ao invés de distribuí-los na proporção dos leitos hospitalares. Sucederam-se algumas conquistas, tais como: o Piso de Atenção Básica (PAB), pago de forma regular e automática aos municípios pelo MS, e a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), que atingiu 16 milhões de famílias. As despesas com atenção básica saltaram de 17% para cerca de 25% (SERRA, 2012).

Em março de 1997, foi publicado pelo governo brasileiro o documento “1997, o Ano da Saúde no Brasil, Ações e Metas Prioritárias” onde foram estabelecidas metas para serem alcançadas nos anos de 1997 e 1998. Dentre as metas consideradas prioritárias, destacamos: a ampliação da estratégia de agentes comunitários de saúde, da estratégia de saúde da família e do Programa Farmácia Básica<sup>1</sup>; o aumento da cobertura vacinal e das ações de combate a dengue, febre amarela, hanseníase e tuberculose; a redução da mortalidade infantil; expansão da rede de atendimento aos portadores de HIV/AIDS e a municipalização do sistema público de saúde (BRASIL, 1997a, 1998a).

Na área de saúde da mulher foram consideradas como prioridades: a redução da mortalidade materna de 115 para 85/100mil; o aprimoramento da atenção pré-natal, parto e pós-parto; a ampliação da oferta de planejamento familiar; e, a

---

<sup>1</sup> Posteriormente, foi estabelecida a Política Nacional de Medicamentos por meio da Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998.

prevenção do câncer de colo de útero com o aumento da cobertura do exame colpocitológico entre as mulheres na faixa etária de 35 a 44 anos (BRASIL, 1997a).

Considerando as elevadas taxas de cesariana no Brasil e que a maior parte dos óbitos maternos e perinatais ocorrem por problemas relacionados à qualidade da assistência pré-natal e ao parto, o Ministério da Saúde decidiu estabelecer o pagamento do limite percentual máximo de cesarianas por hospital, em relação ao total de partos, através da publicação da Portaria nº 2816 de 29 de maio de 1998. Com a mesma intenção, mas levando em consideração as peculiaridades de cada instituição de assistência obstétrica e também as diferenças regionais, é publicada a Portaria nº 466 de 10 de maio de 2000 (BRASIL, 1998b, 2000b).

No que se refere à enfermagem obstétrica, neste mesmo ano é publicada no diário oficial a Portaria nº163 de 24 de setembro de 1998, que aprova o modelo do Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e inclui o pagamento do parto normal sem distócia realizado por enfermeira obstétrica na tabela SUS. Em 2005, foi publicada a Portaria nº 743, que revogou a portaria anteriormente citada e trouxe novo laudo de preenchimento padronizado, que está restrito a utilização pelo profissional médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra (BRASIL, 1998c, 2005a).

Ao final do primeiro mandato de FHC, houve o fortalecimento de políticas referentes à saúde reprodutiva. A equipe da Área Técnica de Saúde da Mulher elaborou a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Doméstica e Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que inclui o atendimento público aos casos de abortamento previstos por lei, a Norma Técnica para o Atendimento da Gestação de Alto Risco e a normatização do atendimento ao Planejamento Familiar.

Como candidato a reeleição, o presidente Fernando Henrique Cardoso, apresentou o programa de governo Avança Brasil, em 1998. Neste, a saúde da mulher é considerada prioritária. São apresentadas as seguintes metas: reduzir a incidência do câncer de colo de útero e de mama; ampliar o acesso às ações de planejamento familiar; aumentar a cobertura do pré-natal, especialmente nas áreas rurais e melhorar sua qualidade para reduzir as mortes maternas; melhorar a assistência ao parto, mediante a humanização do atendimento, incentivo ao parto normal e garantia de tratamento diferenciado para gestantes de alto risco;

desenvolver projetos específicos para reduzir as doenças sexualmente transmissíveis em mulheres; apoiar o credenciamento de hospitais Amigo da Criança e Maternidade Segura e manter os incentivos financeiros para os estabelecimentos que dão atendimento humano e de qualidade (BRASIL, 1998d).

No ano de 1999, FHC assumiu o segundo mandato como presidente do Brasil. Neste mandato não houve grandes investimentos nas reformas estruturais, como as privatizações de empresas públicas. Com a instalação de crise econômica neste mesmo ano, o governo foi progressivamente perdendo o apoio de segmentos sociais. O governo FHC contribuiu para acentuar a ordem política e econômica neoliberal no país: o modo de vida norteamericano, com seu centro de consumo, o individualismo possessivo correspondente, a desqualificação da organização política e social, dos partidos e da esfera estatal (SADER, 2010).

As precárias condições da economia nacional e as sucessivas crises, tanto nacionais quanto internacionais, levaram a um endividamento cada vez maior do país frente ao Fundo Monetário Internacional (FMI), uma vez que na maioria das crises o país solicitava novos créditos ao FMI. Assim, a continuidade dos desequilíbrios das contas públicas e externas, da subordinação aos fluxos financeiros internacionais e da agenda liberal do Estado mínimo impediu a indispensável elevação do crédito, do investimento e do financiamento da infraestrutura (MATTOSO, 2010).

Na atenção obstétrica, no primeiro ano do segundo mandato de FHC, considerando que existia a necessidade de garantia de acesso à assistência ao parto nos serviços de saúde do SUS, da redução da mortalidade materna e perinatal, da humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério e da melhoria da qualidade da assistência ao parto, houve a publicação da Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999, que estabeleceu a criação dos Centros de Parto Normal (CPN). Nesta portaria, entende-se como CPN a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias (BRASIL, 1999).

Como já mencionado na introdução deste estudo, no ano seguinte, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e do Nascimento (PHPN), Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000, visando maior acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento ao pré-natal, parto e puerpério tanto à

gestante quanto ao recém-nascido. Nesta mesma data são publicadas as Portarias nº 570, 571 e 572, que estabelecem: incentivos financeiros para que Estados e Municípios realizem o acompanhamento pré-natal adequado e o cadastramento das gestantes; organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal e a nova sistemática de pagamento da assistência ao parto (BRASIL, 2000a).

Ao final do seu segundo mandato, somando oito anos no poder, FHC conseguiu controlar a inflação brasileira. Entretanto, durante o seu governo a distribuição de renda no Brasil continuou desigual, com concentração de renda nas mãos da parcela mais rica da população. FHC deixou a presidência no dia 1 de janeiro de 2003, e quem a assumiu foi Luiz Inácio Lula da Silva.

Em 2002, ano das eleições presidenciais, o Brasil sofreu um ataque especulativo, principalmente no segundo semestre, o que gerou uma aceleração da inflação e uma rápida deterioração das finanças públicas. Assim, a eleição do candidato Luís Inácio Lula da Silva (Lula) a presidência da república, em 27 de outubro de 2002, trouxe grande expectativa com relação a mudanças das políticas macroeconômicas e sociais, incluindo a política de saúde (BARBOSA; SOUZA, 2010).

O programa de governo apresentado pelo presidente Lula ficou conhecido como Coligação Lula Presidente “Um Brasil para Todos”. Este documento destacava, para a área da saúde, os avanços com a criação do SUS e ressaltava que a saúde seria entendida e gerenciada no contexto dos direitos sociais, compreendidos na Seguridade Social. Reforçou também o papel do Ministério da Saúde como responsável pela gestão nacional do SUS, sem com isso provocar a perda da autonomia dos Estados e Municípios, com acompanhamento da gestão descentralizada e oferta de cooperação técnica e financeira (PARTIDO DOS TRABALHADORES, 2002).

Em relação à política econômica, o primeiro passo do novo governo foi estabelecer um ajuste macroeconômico sólido para retomar o controle da situação monetária, fiscal e cambial do país.

No ano de 2003, em paralelo à estabilização da economia brasileira, o governo realizou duas importantes reformas: a minirreforma tributária<sup>2</sup>, com o objetivo de elevar a arrecadação do governo federal nos anos seguintes e a reforma da previdência<sup>3</sup>, tendo como principal resultado a estabilização do déficit do regime de previdência dos servidores públicos em relação ao PIB (SADER, 2010).

Com essas medidas, houve crescimento substancial da economia já em 2004. Os principais determinantes da recuperação econômica foram o impacto expansionista da apreciação cambial, a redução da inflação e da taxa básica de juros. O período de 2004-2005 também marcou o início da recuperação do salário mínimo, do aumento das transferências do governo às famílias mais pobres e da expansão da concessão de crédito (BARBOSA; SOUZA, 2010).

O Plano Plurianual (PPA), considerado o documento base que norteia a gestão e estabelece as medidas, gastos e objetivos a serem seguidos pelo Governo Federal, Estadual ou Municipal ao longo de um período de quatro anos, está previsto no artigo 165 da Constituição Federal, e regulamentado pelo Decreto 2.829, de 29 de outubro de 1998. No governo Lula, o PPA 2004-2007 ficou conhecido como “Plano Brasil de Todos”.

O PPA 2004-2007 propunha estratégias de longo prazo, como a inclusão social e desconcentração de renda com vigoroso crescimento do produto e do emprego; crescimento ambientalmente sustentável, redutor das disparidades regionais e dinamizado pelo mercado de consumo de massa, por investimentos e pela elevação da produtividade; redução da vulnerabilidade externa por meio da expansão das atividades competitivas que viabilizam o crescimento sustentado e fortalecimento da cidadania e da democracia (BRASIL, 2003a).

Já no setor saúde, o grande desafio considerado no PPA (2004-2007) foi a ampliação do acesso à assistência com melhoria na qualidade do atendimento prestado à população brasileira. Para este setor, eram consideradas prioridades a ampliação do acesso, principalmente através de maiores investimentos na atenção básica e Programa de Saúde da Família; ampliação do acesso a medicamentos;

---

<sup>2</sup> A minirreforma tributária baseou-se na introdução de dois regimes de arrecadação (PIS e COFINS) e prorrogação da CPMF até 2007.

<sup>3</sup> A reforma da previdência caracterizou-se pela elevação do teto para contribuição ao INSS, introdução da idade mínima de aposentadoria para todos os funcionários públicos federais (55 anos para mulheres e 60 para homens) e a contribuição previdenciária de 11% sobre os servidores inativos.

ampliação do atendimento à saúde; combate e controle das doenças evitáveis; e, equacionamento das graves distorções na área de recursos humanos no SUS. Para efetivação de algumas dessas prioridades, foram lançados os programas Brasil Sorridente, Farmácia Popular e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2003a).

Entre as metas para setor saúde para o avanço na cobertura e qualidade de atenção, destaca-se a tendência de mudança do modelo de atenção à saúde, a partir de projetos que priorizam o acolhimento e a humanização (MENICUCCI, 2011).

Priorizando a humanização da assistência, foi lançado em 2004 a Política Nacional de Humanização (PNH), como uma política transversal, de construção coletiva, envolvendo os diversos atores. A PNH trouxe como uma de suas prioridades a redução de filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco (BRASIL, 2004b).

Ainda no âmbito da saúde, no ano seguinte foi lançada a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, que previa ações voltadas ao planejamento familiar para o período de 2005 a 2007. Esta possuía como principais eixos de ação: ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, aumento do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e introdução da reprodução humana assistida no SUS (BRASIL, 2005b).

Cabe ressaltar que uma das primeiras ações do governo Lula no âmbito da saúde da mulher foi a transformação da Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, do Ministério da Justiça na Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, que tem como competência o assessoramento direto e imediato ao Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres (BRASIL, 2003b).

Outra ação relevante do governo Lula foi a aprovação, em 2006, do Pacto pela Saúde, que é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de governo, que objetiva promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Este era dividido em Pactos em Defesa do SUS, Pactos de Gestão e Pactos pela Vida. Este último trouxe como prioridades: saúde do idoso, controle do câncer de colo de útero e de mama, redução da mortalidade materna e infantil, fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias e

promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica. Estas ações serão posteriormente priorizadas no Programa Mais Saúde: Direito de Todos (MENICUCCI, 2011).

Neste governo houve predomínio da implementação de um conjunto de programas e iniciativas direcionadas às populações mais pobres, uma vez que se considerava que os programas sociais e de construção da cidadania eram absolutamente necessários para gerar as condições de erradicação da pobreza, do analfabetismo, do trabalho precoce, da mortalidade infantil, da discriminação racial, da mulher, e das minorias, para garantir o acesso universal e de qualidade aos serviços de saúde, educação e cultura, e a condições dignas de moradia e transporte. Assim, são criados os programas Fome Zero e Bolsa Família, com o principal objetivo de combater a pobreza e a exclusão social, tendo como público alvo as famílias abaixo da linha da pobreza (BARBOSA; SOUZA, 2010).

O PPA 2004-2007 trouxe como estratégia para os anos de 2004 e 2005 o crescimento liderado pela expansão dos investimentos e das exportações. Uma vez elevada a taxa de investimento e reduzida a vulnerabilidade externa da economia, o consumo das famílias poderia então crescer mais aceleradamente e, desta forma, consolidar um mercado de consumo de massa no Brasil (BRASIL, 2003a).

Alguns autores consideram que no primeiro mandato (2003-2006), o governo Lula manteve uma posição neoliberal, com favorecimento dos interesses do capital financeiro nacional e internacional, garantia de rentabilidade mediante a manutenção de elevadas taxas de juros e viabilidade de um lucro bancário recorde (MARQUES; MENDES, 2007; SADER, 2010).

No campo prático, a visão neoliberal do governo Lula se refletiu em uma posição conservadora sobre o potencial de crescimento da economia em 2003-2005. Sua consequência imediata foi recomendar uma forte contenção fiscal para abrir espaço ao crescimento do setor privado e à queda da taxa de juros (BARBOSA; SOUZA, 2010).

Este ajuste fiscal não acelerou substancialmente o crescimento da economia, tampouco ajudou o compromisso de melhorar a renda e o emprego, o que fez a visão neoliberal ir se esgotando nos três primeiros anos do governo (SADER, 2010).

Desse modo, o governo federal passou a trabalhar com a visão desenvolvimentista, cuja principal característica é a retomada do papel do Estado no

estímulo ao desenvolvimento e no planejamento de longo prazo. Adotaram-se três linhas de atuação: adoção de medidas temporárias de estímulo fiscal e monetário para acelerar o crescimento e elevar o potencial produtivo da economia; aceleração do desenvolvimento social por intermédio do aumento da transferência de renda e elevação do salário mínimo; e, o aumento no investimento público e na recuperação do papel do Estado no planejamento de longo prazo (FILGUEIRAS et al., 2010; SADER, 2010).

Assim, considerava-se que o estímulo necessário para iniciar o desenvolvimento poderia ser combinado com uma postura mais ativa do governo federal na redução das desigualdades, na distribuição de renda e no aumento do investimento público.

O aumento do investimento público começou em janeiro de 2006, com a adoção do programa “tapa-buracos”, uma iniciativa do governo federal para melhorar a qualidade das estradas, que se encontrava em precárias condições. A partir deste ano, o aumento do investimento em infraestrutura se tornou prioridade do governo (SADER, 2010).

O início do segundo mandato do governo Lula é marcado pelo lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), mostrando que as políticas federais no setor de infraestrutura seriam reorganizadas, centralizadas e ampliadas.

Para Viana (2011), no segundo mandato, a política de saúde se concentra na expansão da capacidade física e no estímulo ao desenvolvimento tecnológico. O PAC da Saúde concentra investimentos no complexo industrial da mesma, com destaque para a produção pública e privada de medicamentos, farmoquímicos, antiretrovirais, vacinas, equipamentos e materiais.

Em 2008 é lançado o Programa Mais Saúde: Direito de Todos (2008-2011), que traz o entendimento de que a saúde possui duas dimensões que se associam a uma nova aposta para o desenvolvimento do Brasil. É parte da política social e do sistema de proteção social e fonte de geração de riqueza para o País. O direito à saúde articula-se com um conjunto altamente dinâmico de atividades econômicas que podem se relacionar virtuosamente num padrão de desenvolvimento que busque o crescimento econômico e a equidade como objetivos complementares (BRASIL, 2008).

No eixo da promoção da saúde, o Programa Mais Saúde trouxe como algumas de suas medidas: implementação de ações de promoção e monitoramento de gestantes e da população de zero a cinco anos em mil municípios; promoção de ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde para grupos sociais marginalizados, como os negros, quilombolas, ciganos, homossexuais, prostitutas, moradores de rua; estímulo ao aleitamento materno; expansão das ações de planejamento familiar (BRASIL, 2008).

Já no eixo da atenção à saúde, voltado à saúde da mulher, trouxe como medida o apoio aos compromissos firmados com gestores e sociedade civil para a redução da mortalidade materna e neonatal, na proporção de pelo menos 5% ao ano. Para o cumprimento desta medida, foram consideradas metas a serem cumpridas até o ano de 2011: qualificação dos profissionais que atuam nas emergências e urgências obstétricas; implantação e ampliação de comitês de morte materna e qualificação de seus membros; ampliação da rede de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência; e criação de um centro de qualificação de profissionais, por região, para atendimento às urgências e emergências obstétricas e neonatais (BRASIL, 2008).

Além disso, uma das metas apresentadas para se alcançar a medida de melhorar o acolhimento e implantar práticas de humanização na rede SUS foi qualificar, até o ano de 2011, 347 maternidades de referência nas 27 unidades federativas no Programa Maternidade Amiga da Mulher, com adequação física para garantia da presença do acompanhante, implantação de protocolos clínicos para atenção e qualificação de profissionais que atuam nas urgências e emergências (BRASIL, 2008).

No mesmo ano de lançamento do Programa Mais Saúde, com a crise mundial instalada, houve uma forte contração na oferta de crédito doméstico, diminuição das exportações, queda nas taxas de consumo. O governo brasileiro respondeu à crise internacional com uma sequência de medidas sem precedentes na história do país.

O aumento da rede de proteção social e do salário mínimo, a expansão do investimento público, as desonerações programadas no PAC, a reestruturação dos salários e do efetivo do serviço público federal e medidas econômicas adotadas pelo Banco Central, que permitiram ao país resistir a recente crise econômica e financeira mundial e afastar o risco de recessão (SADER, 2010).

Ao longo de 2009, a capacidade do Brasil em absorver os impactos da crise internacional e de se recuperar rapidamente melhorou a percepção dos mercados em relação ao país, levando a uma ascensão do país na categoria de grau de investimento, voltando a receber grande quantidade de investimentos externos. Assim, o país voltou a crescer no final do referido ano (BARBOSA; SOUZA, 2010).

Nas eleições presidenciais de 2010, foi eleita no 2º turno, pela primeira vez na história do Brasil uma presidente mulher, Dilma Vana Rousseff. Era a candidata apoiada pelo então presidente Lula. Dilma assume a presidência da república em 01 de janeiro de 2011.

Na área de saúde da mulher, em 2011, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que trouxe como um dos objetivos, na área obstétrica, organizar uma rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2011b).

No âmbito da atenção obstétrica, ainda no primeiro ano de governo, a presidente Dilma Rousseff lançou a Rede Cegonha. A proposta de operacionalização desta rede de atenção materno infantil foi discutida na Comissão Intergestores Tripartite de 28 de abril de 2011. Por ser de cunho materno-infantil e não abordar questões como o abortamento legal, o ideário feminista posiciona-se contrário à prioridade de governo conferida à Rede Cegonha, uma vez que o considera um retrocesso no que concerne a atenção integral a saúde da mulher e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos (NEGRÃO, 2011).

A Rede Cegonha objetiva instituir novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança e uma rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e, reduzir a mortalidade materna e neonatal. Possui quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Cada um destes componentes se refere a uma série de ações de atenção à saúde.

O componente pré-natal traz como ações: realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolhimento as intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; realização

dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; qualificação do sistema e da gestão da informação; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

As ações previstas no componente parto e nascimento são a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais; ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008<sup>4</sup>; práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento “Boas Práticas de atenção ao parto e ao nascimento” da Organização Mundial da Saúde, de 1996; garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.

O componente puerpério e atenção integral a saúde da criança visa a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; a busca ativa de crianças vulneráveis; a implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; a prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e a orientação e oferta de métodos contraceptivos.

O último componente, sistema logístico (transporte sanitário e regulação), tem como ações a promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do

---

<sup>4</sup> Resolução da Diretoria Colegiada nº36 de 03 de junho de 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Cegonha; implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e, a implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames) (BRASIL, 2011c).

Os princípios que pautam esta Rede são: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e, a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011c).

A Rede Cegonha possui como diretrizes a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade 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; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e, garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011c).

O Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5 “Melhorar a Saúde Materna” traz como uma das metas a redução da mortalidade materna, entre 1990 e 2015, em  $\frac{3}{4}$  (75%). Após um ano de funcionamento do programa Rede Cegonha, o Ministério da Saúde (MS) apresentou dados evolutivos em relação aos índices de mortalidade materna, com redução de 21% no ano de 2011. Segundo dados do MS, entre os meses de janeiro e setembro de 2011, foram contabilizados 1.038 óbitos decorrentes de complicações na gravidez e no parto. No mesmo período de 2010 foram 1.317 óbitos de mulheres por estas causas (BRASIL, 2012).

No governo Dilma, o PPA 2012-2015, Plano Mais Brasil, traz como um dos eixos prioritários a promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e a implementação da Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade. Como metas para o alcance deste objetivo estão a adequação da ambiência de 120 maternidades, como a reforma, aquisição de equipamentos e materiais, para a atenção humanizada ao parto e nascimento,

ampliação da investigação de óbitos maternos, de mulheres em idade fértil e fetais, ampliação da utilização da Caderneta de Saúde de Adolescentes pelos serviços de atenção básica, ampliação do número de leitos de unidade de terapia intensiva neonatal, distribuição de cadernetas de saúde da criança para todos os estados, implantação de 156 novas casas de gestante, bebê e puérpera, entre outras metas (BRASIL, 2011d).

O PPA também traz a necessidade de fortalecimento e apoio a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, visando à melhoria das condições de saúde das mulheres, sendo resguardadas as identidades e especificidades vinculadas às questões de raça/etnia, de geração, de orientação sexual e de mulheres com deficiência (BRASIL, 2011d).

Percebe-se a tendência da gestão pública atual na área obstétrica de ações voltadas para a redução da mortalidade materna e neonatal, com a busca de melhoria da atenção obstétrica no país e garantia de continuidade de assistência no pré-natal, parto e nascimento, com qualificação do atendimento nas emergências obstétricas.

## 2 ABORDAGEM TEÓRICA

Neste estudo, o módulo acolhimento foi considerado como um microespaço social de produção de sentidos e significados da prática desempenhada pelas enfermeiras obstétricas.

A práxis da enfermeira foi compreendida como uma atividade teórico-prática, inserida em um processo histórico e social. Na práxis, existe um lado ideal, teórico, e um lado material, propriamente prático, que não podem ser isolados um do outro. Portanto, a práxis é a atividade material humana, transformadora do mundo e do próprio homem (VÁZQUEZ, 1990).

Assim, o acolhimento foi considerado uma atividade subjetiva (teórica), fruto da consciência das enfermeiras obstétricas. E, a classificação de risco como atividade prática, trazendo a materialização dos atos ou operações sobre uma determinada matéria.

O homem comum e corrente é um ser social e histórico. Isso significa que ele encontra-se imerso em uma rede de relações sociais e enraizado em um determinado terreno histórico. Sua própria cotidianidade está condicionada histórica e socialmente, e o mesmo se pode dizer da visão que tem da própria atividade prática.

O homem é um ser que produz socialmente, e que nesse processo se produz em si mesmo. Este autoproduzir-se faz dele um ser histórico. A essência humana é histórica em duplo sentido: na medida em que só se realiza historicamente e na medida em que ela mesma é um produto histórico (VÁZQUEZ, 2011, p.411).

Gramsci (2006) afirma que o homem deve ser concebido como um bloco histórico de elementos puramente subjetivos e individuais e de elementos de massa e objetivos, com os quais o indivíduo está ativamente relacionado. Para este autor, “transformar o mundo exterior, as relações gerais, significa fortalecer a si mesmo, desenvolver a si mesmo” (GRAMSCI, 2006, p.406).

Para o homem comum, as coisas existem pela sua significação prática, enquanto satisfazem necessidades imediatas de sua vida cotidiana. Para ele, a prática é autossuficiente, não exige mais apoio e fundamento que não seja ela própria. Assim, a prática fala por si mesma. Ele sabe que sua atividade prática não é

puramente mecânica ou instintiva e que exige certa intervenção de sua consciência. Mas, no que diz respeito ao verdadeiro conteúdo e significação de sua atividade, ou seja, no que se refere à concepção da própria práxis, ele não vai além do sentido utilitário, individual e autossuficiente (GRAMSCI, 2006).

Vázquez (2011) esclarece que este homem, imerso no mundo de interesses e necessidades do cotidiano, não percebe até que ponto, com seus atos práticos, está contribuindo para escrever a história humana, nem pode compreender até que grau a práxis necessita da teoria, ou até que ponto sua atividade prática se insere em uma práxis humana social, o que faz com que seus atos individuais envolvam os atos dos demais e, por sua vez, os destes se reflitam em sua própria atividade.

Para Gramsci (2006), o homem ativo de massa atua praticamente, mas não tem uma clara consciência teórica desta sua ação. No entanto, esta ação é um conhecimento do mundo na medida em que o transforma. Ainda segundo este autor, “a compreensão crítica de si mesmo é obtida, através de luta de forças políticas, de direções contrastantes, primeiro no campo da ética, depois no da política, atingindo finalmente, uma elaboração superior da própria concepção real” (GRAMSCI, 2006, p.103).

A consciência comum pensa os atos práticos, mas não faz da práxis (como atividade social transformadora) seu objeto, não produz uma teoria da práxis. Com a filosofia de Marx, deu-se a consolidação da práxis entendida como uma prática social transformadora da natureza e da sociedade, ou seja, como guia de construção e reconstrução da existência humana. Essa totalidade prático-social pode ser dividida em diferentes setores se levarmos em conta o objeto ou material sobre o qual o homem exerce sua atividade prática transformadora. Assim,

Se a práxis é ação do homem sobre a matéria e criação de uma nova realidade, podemos falar de diferentes níveis da práxis de acordo com o grau de penetração da consciência do sujeito ativo no processo prático e com o grau de criação ou humanização da matéria transformada destacado no produto de sua atividade prática (VÁZQUEZ, 2011, p.267).

Assim, estabelece-se a existência da práxis criadora, a reiterativa (ou imitativa), a reflexiva e a espontânea. Porém, essa classificação não elimina os vínculos entre elas, dando um contexto de práxis total, determinada por um tipo peculiar de relação social. Por isso, o espontâneo não está isento de elementos de criação, e o reflexivo pode ocorrer numa práxis reiterativa (VÁZQUEZ, 2011).

Quadro 1 - Quadro comparativo entre práxis criadora e reiterativa

Criadora	Reiterativa
<p>É determinante e permite o enfrentamento de novas necessidades, novas situações;</p> <p>A unidade entre subjetivo e objetivo, interior e exterior se dá de modo indissolúvel;</p> <p>Há a imprevisibilidade do processo e do resultado;</p> <p>É única e há a irrepetibilidade do produto.</p>	<p>Também conhecida como imitativa, não se inventa o modo de fazer. Seu modo de transformar já é conhecido, porque já foi criado antes;</p> <p>Caracteriza-se principalmente pela inexistência ou por uma débil manifestação dos elementos que caracterizam a práxis criadora;</p> <p>O projeto, fim ou plano preexiste de um modo acabado à sua realização;</p> <p>O ideal permanece imutável como um processo acabado que não deve ser afetado pelas vicissitudes do processo prático;</p> <p>Fazer é repetir ou imitar outro fazer.</p>

Fonte: Vázquez, 2011.

Karel Kosik, pensador marxista, sublinha que prática e práxis não são a mesma coisa. Para ele, a práxis seria a determinação da existência humana como elaboração da realidade. É uma atividade que se reproduz historicamente, renova-se continuamente e tem seu cerne na prática. A práxis compreende, além do trabalho, momento laborativo, o momento existencial.

A práxis se manifesta tanto na atividade objetiva do homem, que transforma a natureza e marca com sentido humano os materiais naturais, como na formação da subjetividade, na qual os momentos existenciais como a angústia, a náusea, o medo, a alegria, o riso, a esperança não se apresentam como experiência passiva, mas como parte do processo de realização da liberdade humana (KOSIK, 1986, p.204).

A práxis é a categoria central porque o que existe, como resultado da ação transformadora dos homens, é práxis. Ela é a única realidade, que também se encontra sujeita a um constante devir, razão pela qual se identifica com a história (VÁZQUEZ, 2011).

Somente quando a prática produtiva material e a prática social revolucionária alcançam certo nível na própria realidade é que se dão as condições para que se

possa captar a prática, em toda a sua significação social e humana, em toda a sua universalidade, riqueza e essencialidade, como atividade transformadora do mundo (VÁZQUEZ, 1996). Assim, “toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis” (VÁZQUEZ, 2011, p.221).

A atividade ou ação é o ato ou conjunto de atos em virtude dos quais um sujeito ativo (agente) modifica uma matéria prima dada. Essa atividade propriamente humana tem um caráter consciente. Para Vazquez (2011, p.222), “a atividade propriamente humana apenas se verifica quando os atos dirigidos a um objeto para transformá-lo se iniciam com um resultado ideal, ou fim, e terminam com um resultado ou produto efetivo, real”.

Para o marxismo, a prática é ação material, objetiva, transformadora, que corresponde a interesses sociais e que, considerada do ponto de vista histórico social, não é só produção de uma realidade material, mas, sim, criação e desenvolvimento incessantes da realidade humana (VÁZQUEZ, 2011).

Na atividade prática, o sujeito age sobre uma matéria que existe independentemente de sua consciência, e das diferentes operações ou manipulações exigidas para sua transformação. Assim, a atividade prática é real, objetiva. Já a atividade teórica é entendida como a produção de fins e de conhecimentos.

A atividade prática implica não só a sujeição de seu lado material a seu lado ideal, como também na modificação do ideal em face das exigências do próprio real (matéria prima, atos objetivos, instrumentos ou meios, e produto). A prática exige uma constante passagem de um plano a outro, o que só pode ser assegurado se a consciência se mostrar ativa ao longo de todo processo prático (VÁZQUEZ, 2011, p.266).

A atividade prática se distingue da teórica por seu objeto, fins, meios e resultados. O objeto da atividade prática é a natureza, a sociedade ou os homens reais. O fim dessa atividade é a transformação real, objetiva, do mundo natural ou social para satisfazer determinada necessidade humana. E, o resultado é uma nova realidade, que subsiste independentemente do sujeito, mas que só existe pelo homem e para o homem, como ser social. Na atividade teórica, o objeto ou matéria prima são as sensações ou percepções ou os conceitos, teorias, representações ou hipóteses que tem uma existência ideal. O fim imediato desta atividade é elaborar ou

transformar idealmente essa matéria prima, para obter, como produtos, teorias que expliquem uma realidade presente (VÁZQUEZ, 2011).

A atividade teórica proporciona um conhecimento indispensável para transformar a realidade, ou traça fins que antecipam idealmente sua transformação, mas tanto em um como em outro caso a realidade efetiva permanece intacta. As transformações que a atividade teórica leva a cabo em relação a essa – passagem de uma hipótese a uma teoria, e dessa a outra teoria mais fundamentada – são transformações ideais: das ideias sobre o mundo, mas não do próprio mundo (VÁZQUEZ, 2011, p.234).

Assim, se a práxis é designada como a atividade prática material, adequada a fins, que transforma o mundo, não cabe incluir a atividade teórica entre as formas de práxis, já que falta nela a transformação objetiva de uma matéria através do sujeito, cujos resultados subsistem independentemente de sua atividade (VÁZQUEZ, 2011).

Para Gramsci (2006), teoria e prática se unificam não de forma mecânica, mas num devir histórico, que tem sua fase elementar e primitiva no sentimento de distinção, de separação, de independência quase instintiva, e progride até a aquisição real e completa de uma concepção de mundo coerente e unitária.

A consciência simples se vê a si mesma em oposição à teoria, já que a intromissão dessa, no processo prático, lhe parece perturbadora. A prioridade absoluta corresponde à prática, e tanto mais corresponderá quanto menos impregnada estiver de ingredientes teóricos. Por isso, o ponto de vista do senso comum é o praticismo; prática sem teoria, ou com o mínimo dela (VÁZQUEZ, 2011, p.240).

O senso comum não é algo rígido e imóvel, mas se transforma continuamente, enriquecendo-se com noções científicas e com opiniões filosóficas que penetraram no costume. Ele é o folclore da filosofia, e ocupa sempre um lugar intermediário entre o folclore propriamente dito (isto é, tal como é entendido comumente) e a filosofia, a ciência, a economia dos cientistas. O senso comum cria o futuro folclore, isto é, uma fase relativamente enrijecida dos conhecimentos populares de uma época e lugar (GRAMSCI, 2006).

Para Benincá (2002, p.81),

o senso comum é o processo de construção da consciência com base na experiência num determinado cotidiano cultural e da função orientativa, que faz a consciência prática. Por isso, posso compreender o fenômeno do senso comum como os conhecimentos adquiridos pela experiência da vida; os sentimentos e saberes próprios de cada cultura; as crenças e tradições enraizadas na história, nos mitos e no folclore.

O senso comum ou consciência ingênua, segundo Gramsci (1981), não é unilateral, mas produz e apropria conhecimentos, sem despertar o sentido da autonomia e da liberdade no ato da produção de conhecimentos. Por isso, ao contrário de conhecimento, o mais coerente é considerar tais apreensões intelectuais como saberes. O conhecimento se revela, para o senso comum, como produto de um devenir histórico sem sujeitos. Assim, “não existe um único senso comum, pois também ele é produto de um devenir histórico” (GRAMSCI, 1981, p.14).

O sujeito cognoscente, que vive no mundo do senso comum, não se coloca como ator e autor do conhecimento; sua personalidade se assemelha à passividade do espectador e não de um produtor ativo e contumaz. É um senso acrítico, passivo, que mais se adequa e se submete do que cria, inova e se liberta. Dele está ausente o que Gramsci chama de “psicologia de produtor” ou psicologia emancipatória. É por identificar diferentes posicionamentos dos sujeitos pedagógicos na história cultural: no mundo da filosofia, da consciência ingênua e da religião, que a categoria devenir é salutar a essa filosofia da práxis em contraposição à categoria progresso (BEZERRA, 2008, p. 85).

Por conseguinte, é na vida ativa que o ser humano desenvolve concepções de mundo; e é nela que também desenvolve, simultaneamente, sua personalidade. Como esse desenvolvimento não é unilateral, toda concepção de mundo é socialmente construída. Compartilhar conscientemente de uma concepção é diverso de assimilar verdades e normas impostas. Compartilhar uma concepção de mundo, em termos gramscianos, pressupõe liberdade e livre-arbítrio; exige autocrítica mediada por uma consciência que não dissocia política e filosofia, o que Gramsci chama de bom senso (BEZERRA, 2008).

Para Gramsci (2006), pela própria concepção de mundo, pertencemos sempre a um determinado grupo, onde todos os elementos sociais compartilham de um mesmo pensar e agir. Ainda segundo este autor, criticar a própria concepção de mundo significa torná-la unitária e coerente e elevá-la até o ponto atingido pelo pensamento mundial mais evoluído.

O início da elaboração crítica é a consciência daquilo que é realmente, isto é, um “conhece-te a ti mesmo” como produto do processo histórico até hoje desenvolvido, que deixou em ti uma infinidade de traços acolhidos sem análise crítica. Deve-se fazer, inicialmente, esta análise (GRAMSCI, 2006, p.94).

Na transição das ideias populares para o bom-senso constitui-se a reflexão crítica; ela se impõe nessa trama processual do dado rústico dos sentidos e percepções imediatas, da prática cotidiana, à lapidação do bom senso e refinamento

da capacidade intelectual. Senso comum e bom senso são polos de um mesmo percurso: aquele que conduz ao conhecimento científico, dotado de materialidade e história. Tendo consciência desse processo, Gramsci sustenta a hipótese da impossibilidade de separar a filosofia “científica” da filosofia popular (GRAMSCI, 1981).

### **3 ABORDAGEM METODOLÓGICA**

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. A opção por esta abordagem foi determinada pelo objeto de estudo, que parte da perspectiva que a prática da enfermeira obstétrica é social e decorre de uma realidade dinâmica e complexa da assistência e do trabalho em saúde.

Essa abordagem trata de fenômenos que não podem ser quantificados e investiga o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2011).

#### **3.2 Cenários da pesquisa**

A coleta de dados foi realizada em quatro maternidades públicas de grande porte do município do Rio de Janeiro que possuem equipes do módulo acolhimento atuando nas suas emergências, sendo elas: Hospital Maternidade Carmela Dutra, Hospital Maternidade Leila Diniz, Hospital Maternidade Alexander Fleming e Hospital Maternidade Herculano Pinheiro (Quadro 2). O período de coleta de dados foi de janeiro a março de 2013. Cabe ressaltar que em todas essas maternidades havia enfermeiras obstétricas nas salas de parto e que as equipes do módulo acolhimento eram constituídas por uma enfermeira obstétrica, uma enfermeira generalista e um técnico de enfermagem.

Quadro 2 – Características das unidades de saúde utilizadas como cenários da pesquisa

<b>Unidade de Saúde</b>	<b>Localização</b>	<b>Leitos Obstétricos</b>
Hospital Maternidade Carmela Dutra	Lins de Vasconcelos, Zona Norte	- 83 leitos de obstetrícia cirúrgica; - 20 leitos de obstetrícia clínica.
Hospital Maternidade Leila Diniz	Barra da Tijuca, Zona Oeste	- 57 leitos de obstetrícia cirúrgica; - 05 leitos de obstetrícia clínica.
Hospital Maternidade Herculano Pinheiro	Madureira, Zona Norte	- 44 leitos de obstetrícia cirúrgica; - 05 leitos de obstetrícia clínica.
Hospital Maternidade Alexander Fleming	Marechal Hermes	- 63 leitos de obstetrícia cirúrgica; - 12 leitos de obstetrícia clínica.

### 3.3 Participantes da pesquisa

As participantes da pesquisa foram divididas em dois grupos: três gerentes da Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades da SMS-RJ, responsáveis pela coordenação da assistência obstétrica hospitalar no município do Rio de Janeiro e pelo processo de elaboração e implantação do módulo acolhimento e 13 enfermeiras obstétricas que atuavam por pelo menos seis meses no módulo acolhimento nas maternidades municipais estudadas.

Com relação à Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades, que é responsável pela gestão do PCC, foram entrevistadas a Superintendente e duas das três assessoras, uma vez que uma destas encontrava-se de licença maternidade.

Quanto às enfermeiras obstétricas do módulo acolhimento das maternidades estudadas, do total de 16, foram entrevistadas 13, uma vez que três enfermeiras manifestaram não desejar participar desta pesquisa.

Cabe esclarecer que há época deste estudo, cada maternidade possuía quatro equipes de enfermagem atuantes nesse módulo, sendo uma enfermeira obstétrica, um enfermeiro assistencial e um técnico de enfermagem por plantão.

As gerentes da Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades da SMS-RJ entrevistadas são estatutárias, com pelo menos dez anos de serviço público municipal e possuem formações diversificadas, sendo: uma enfermeira habilitada em obstetrícia e especialista em neonatologia, com mestrado em Políticas

Públicas; uma historiadora, com mestrado em Antropologia; uma médica pediatra com doutorado em Saúde da Mulher e da Criança.

As enfermeiras têm entre 27 e 60 anos, com média de idade de 38 anos. Possuem em média sete anos de formação como enfermeiras obstétricas, variando de 02 a 23 anos de formação, sendo que cinco são formadas pelo curso de residência, cinco são especialistas e três são habilitadas em obstetrícia com curso posterior de especialização. Quanto ao tempo de atuação em obstetrícia, este variou de 01 ano e 06 meses a 23 anos, com média de seis anos de atuação. A média de atuação no módulo acolhimento foi de 01 ano e 08 meses, variando de 06 meses a 01 ano e 10 meses (ANEXO B).

### **3.4 Procedimentos éticos da pesquisa**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ, sob o nº 92/11 (ANEXO C), atendendo a resolução 196/96<sup>5</sup>, do Conselho Nacional de Saúde, que protege as pesquisas envolvendo seres humanos.

Cabe ressaltar que o início da coleta de dados só ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que se deu em julho de 2012 e após o aceite por parte das entrevistadas em participar da pesquisa e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

### **3.5 Técnica de coleta de dados**

A coleta dos dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) com o intuito de compreender as estratégias da gestão pública do município do Rio de Janeiro para a implantação deste Programa, aplicado com as gerentes municipais. E, um segundo instrumento (APÊNDICE C) foi aplicado com

---

<sup>5</sup> Revogada pela Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012.

as enfermeiras obstétricas, visando investigar a percepção dessas profissionais sobre sua prática no módulo acolhimento.

De acordo com Minayo (2011), a entrevista semiestruturada possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada.

Os instrumentos foram divididos em duas partes, sendo a primeira com perguntas para caracterização da depoente e a segunda parte com perguntas abertas buscando responder os objetivos desta pesquisa.

O roteiro de entrevista do gerente municipal constou de 14 perguntas, sendo quatro para caracterização do depoente e 10 para responder ao primeiro objetivo desta pesquisa. Já o roteiro de entrevista aplicado às enfermeiras obstétricas constou de 06 perguntas para caracterização da depoente e cinco para responder ao segundo objetivo desta pesquisa.

Ressalta-se que as entrevistas foram individuais e realizadas nos locais definidos pelas depoentes, gravadas através de aparelho mp4. Para preservar o anonimato, as depoentes foram identificadas por meio de letras e números, conforme a ordem de realização de entrevistas: Gerente G1, Enfermeira E1, Enfermeira E2.

### **3.6 Método de análise**

A análise dos depoimentos foi orientada pela hermenêutica-dialética. Segundo Minayo (2011), o método hermenêutico dialético é o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade, uma vez que ele coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida.

A hermenêutica ocupa-se da arte de compreender textos. Nesta, a unidade temporal é o presente onde se marca o encontro entre o passado e o futuro. Trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, dentro dos seguintes pressupostos: o ser humano como ser histórico e finito complementa-se

por meio da comunicação; sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço, por isso é preciso compreender seu contexto e sua cultura.

Já a dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia. Ela busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles. As categorias básicas da dialética são a contradição, representada pelos contrários; a totalidade, que pressupõe a união desses contrários e a historicidade, que tem como condição fundamental a prática humana.

Para Demo (2000), a dialética refere-se à historicidade da sociedade e da natureza. A tese é toda a formação vigente que, sendo unidade de contrários, gera seus contrários, ou seja, antíteses. Estas, por sua vez, no curso do movimento dinâmico entre os objetos e os fenômenos, acarretam uma nova síntese. Quando a antítese é mais profunda, coloca em xeque o todo, resultando em “revolução”, ou seja, na síntese que emerge há predomínio do novo. Há uma mudança profunda e radical nas estruturas e propriedades do objeto. Quando a antítese é menos profunda, coloca em xeque apenas parte do todo, resultando em uma “reforma”, na qual se mantém o todo em outra fase reformada.

Segundo Minayo (2002, p.104), “enquanto a hermenêutica enfatiza o significado do que é consensual, da mediação, do acordo e da unidade de sentido, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso, a ruptura de sentido e, portanto, para a crítica”.

Uma análise hermenêutico-dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu momento contraditório. Portanto, indivíduos vivendo determinada realidade, pertencentes a grupos diferentes, são condicionados pelo momento histórico que vivenciam e, por isso, podem ter simultaneamente interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem (MINAYO, 2011).

Os passos operacionais propostos por Minayo (2011) e utilizados para análise dos dados obtidos por esta pesquisa foram: ordenação dos dados, através da transcrição das entrevistas, releitura do material, organização dos relatos em ordem e organização dos dados de observação; classificação dos dados, com leitura horizontal e exaustiva dos textos e leitura transversal de cada subconjunto apresentado; análise final.

Seguindo esse percurso analítico chegamos a duas categorias, sendo elas: a implantação do módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca e prática da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca. A primeira categoria gerou uma subcategoria e a segunda quatro subcategorias, conforme o exposto no Quadro 3.

Quadro 3 – Categorias e subcategorias encontradas no estudo

Categorias	Subcategorias	Subdivisões
Implantação do Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca	Estratégias da Gestão Pública para Implantação do Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca	<p>Vinculação do pré-natal a maternidade de referência:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mapeamento dos leitos obstétricos existentes;</li> <li>– Diagnóstico da rede obstétrica municipal;</li> <li>– Implantação do módulo pré-natal do Programa Cegonha Carioca.</li> </ul>
		<p>Reorganização das emergências obstétricas municipais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnóstico de desvalorização das portas de entrada;</li> <li>– Necessidade de mudança do processo de trabalho;</li> <li>– Lançamento do Edital de Convocação Pública para parceria com Organização Social.</li> </ul>
		<p>Inserção da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Necessidade de mudança no processo de trabalho;</li> <li>– Qualificação do atendimento na porta de entrada;</li> <li>– Implantação do módulo acolhimento.</li> </ul>
Prática da Enfermeira Obstétrica no Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca	Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Acolhimento como momento de escuta, de acolhida, de ouvir a mulher que busca o atendimento na emergência;</li> <li>– Escuta centrada na queixa obstétrica;</li> <li>– Falta de privacidade e de infraestrutura para realizar o acolhimento.</li> </ul>
	Classificação de Risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prática protocolar;</li> <li>– Déficit de obstetras levando a não garantia do atendimento no tempo previsto e realização do atendimento obstétrico pela enfermeira.</li> </ul>
	Pós- Acolhimento	Reforço do Atendimento Médico
	Visita à Maternidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prática Educativa;</li> <li>– Distribuição do kit enxoval.</li> </ul>

#### 4 A IMPLANTAÇÃO DO MÓDULO ACOLHIMENTO DO PROGRAMA CEGONHA CARIOCA

Em 2009, foi eleito para prefeito da cidade Eduardo da Costa Paes<sup>6</sup> e nomeado para secretário de saúde Hans Fernando Rocha Dohmann<sup>7</sup>. Neste governo foi apresentada como meta para a área da saúde (2009-2012) a redução da taxa de mortalidade materno-infantil e do tempo de espera nas emergências dos quatro grandes hospitais públicos municipais<sup>8</sup>; aumentar a cobertura do Programa de Saúde da Família; criar o Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso e construir 20 novas Unidades de Pronto Atendimento (RIO DE JANEIRO, 2009a).

Para atingir as metas propostas, no início dessa gestão ocorreu a reestruturação do organograma da SMS-RJ (ANEXO D), através do Decreto nº 30433 de 28 de janeiro de 2009<sup>9</sup>, ficando a Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades inserida na Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE)<sup>10</sup>.

A redução da taxa de mortalidade materna e infantil e do tempo de espera nas emergências dos hospitais públicos também foi apontada no Plano Plurianual (PPA) 2010/2013, vinculadas ao processo de reestruturação do atendimento de emergência nas unidades do município do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2010c).

Quanto à redução da mortalidade materna e infantil, a meta a ser alcançada era a redução da taxa de mortalidade materna<sup>11</sup> em pelo menos 19% até 2012, tendo como referência o ano de 2007, quando esta taxa era de 62,2 a cada 100mil

---

<sup>6</sup> Formado em direito pela Pontifícia Universidade Católica. Filiado ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro. Antes de ser prefeito da cidade de Rio de Janeiro (eleito através de eleições diretas, no 2º turno, em outubro de 2008), foi subprefeito da Zona Oeste do Rio de Janeiro (1993-1996), vereador do Rio de Janeiro (1997-1998), deputado federal pelo Rio de Janeiro (1999-2006) e secretário de turismo, esporte e lazer do Rio de Janeiro (2007-2008).

<sup>7</sup> Cardiologista, doutor em Medicina (Ciências Morfológicas) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. MBA pelo COPPEAD e pelo IBMEC e curso de Gestão em Saúde pela Johns Hopkins Internacional.

<sup>8</sup> Hospital Municipal Miguel Couto, Hospital Municipal Souza Aguiar, Hospital Municipal Lourenço Jorge e Hospital Municipal Salgado Filho.

<sup>9</sup> Decreto nº30433 de 28 de janeiro de 2009. Publicado no Diário Oficial de 29/01/2009, p.4.

<sup>10</sup> O subsecretário da SUBHUE é João Luiz Ferreira Costa, médico intensivista-nefrologista e professor da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>11</sup> Calculada através dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva, de 10-49 anos, mortas até 42 dias após o parto, por causas diretas / total de nascidos vivos x 100.000.

nascidos vivos. E, referente à mortalidade infantil<sup>12</sup>, queda de 11% até 2012, tendo como referência o ano de 2008, quando era de 13,7 (RIO DE JANEIRO, 2009a).

Conforme apontado anteriormente neste estudo, ainda na primeira década do século XX, a redução da mortalidade materna e neonatal já era alvo de preocupação do governo federal. Assim, em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que trouxe como meta a redução anual de 5% da mortalidade materna e neonatal, visando atingir os índices aceitáveis pela Organização Mundial de Saúde, a médio e longo prazo (BRASIL, 2004a).

Esse Pacto trouxe como uma das estratégias prioritárias o estímulo à formalização da referência e contrarreferência na atenção a mulher durante a gestação, evidenciando que “mulheres e crianças não podem ser recusados nos serviços e peregrinar em busca de assistência”. Demonstra-se assim a relação direta dos índices de morbimortalidade materno-infantil com a peregrinação anteparto (BRASIL, 2004a).

Ainda relacionado à peregrinação anteparto, em 2006 foi publicado um estudo que buscou avaliar as expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro. Este estudo concluiu ser um preceito básico e fundamental de uma política de humanização da assistência, a existência de um sistema de referência que garanta a vaga para o parto desde o momento em que a mulher inicia a gravidez. A insegurança produzida pela incerteza de ter uma vaga para o parto e peregrinar em busca da mesma, foi considerada uma condição desumana (DIAS; DESLANDES, 2006).

Nesse contexto assistencial de peregrinação das gestantes em busca de atendimento, no início do mandato do novo prefeito, ocorreu um caso que foi divulgado nos meios de comunicação e que teve repercussões na política de saúde da mulher no município:

Em meados de 2009, a cidade viveu um dos episódios mais tristes do ponto de vista da história do cuidado à saúde da mulher. Esse episódio causou uma enorme indignação entre técnicos, profissionais de saúde, mulheres, gestores, uma indignação enorme do prefeito, do atual secretário, enfim, em todos os cariocas e no resto do Brasil. (G2)

Trata-se do caso de uma gestante de 29 anos, moradora da Rocinha, que buscou atendimento no Hospital Municipal Miguel Couto devido a sangramento

---

<sup>12</sup> Fórmula de Cálculo: Óbitos de menores de 01 ano / total de nascidos vivos daquele ano x 1.000

transvaginal. Após avaliação médica foi encaminhada para o Hospital Maternidade Fernando Magalhães por meios próprios. Por não saber como chegar àquela maternidade, o médico que a atendeu escreveu em seu antebraço o nome da maternidade e a linha de ônibus que a faria chegar até lá. O resultado foi o óbito fetal intrauterino, causando grande indignação na sociedade.

Esse foi o grande estopim, foi o grande gatilho político para que a gente tivesse apoio, um desejo dos técnicos tivesse um apoio político, onde colocaram dinheiro a nossa disposição para que a gente mudasse essa realidade. Daí, a gente coloca as várias ações nesse guarda-chuva chamado Cegonha Carioca. (G3)

Figura 1 – Braço de gestante com escrita realizada por médico indicando nome da maternidade e linha de ônibus



Fonte: OGLOBO, 2011.

Devido à grande repercussão deste caso, aliado a promessa de campanha de redução da mortalidade materna e infantil, o secretário de saúde “encomenda” à equipe técnica da área de saúde da mulher que todas as gestantes municipais do Rio de Janeiro tivessem garantido o transporte seguro e adequado para as maternidades.

E desde então, o secretário passa a vincular uma encomenda pra equipe técnica, sendo literal, de que o prefeito não admitia mais que a gente tivesse situações parecidas com essa ou semelhantes: gestantes sendo encaminhadas por meios próprios. Nós, técnicos e gestores da área materna e infantil, recebemos isso, ao mesmo tempo em que cuidávamos de uma rede, que estava claudicando e precisava ter um reinvestimento, cuidávamos de programar ações novas e tínhamos essa encomenda. Inicialmente, a gente trabalhou com uma programação de melhorar o transporte entre maternidades, já que a gente tinha uma capacidade instalada suficiente para gestantes do Rio. Mas tinha maternidades muito mais superlotadas que outras, em função da distribuição territorial, da dinâmica da própria porta de entrada. (G2)

Assim, associado a esse panorama histórico de peregrinação das gestantes no município do Rio de Janeiro e com o contexto político favorável, as gerentes da Superintendência dos Hospitais Pediátricos e Maternidades da SMS-RJ tinham a intenção, baseadas em evidência, de estabelecer a articulação pré-natal/parto, favorecendo o acesso e vinculação da gestante à maternidade com o objetivo de reduzir a peregrinação anteparto.

#### **4.1 Estratégias da Gestão para a Implantação do Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca**

Neste estudo, encontramos três estratégias da gestão pública municipal para a implantação do módulo acolhimento. São elas: a vinculação do pré-natal a maternidade de referência; a reorganização das emergências obstétricas municipais; e a inserção da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento.

##### **4.1.1 Vinculação do pré-natal a maternidade de referência**

Na década de 90, o panorama era de insuficiência de leitos obstétricos para a população do município do Rio de Janeiro, além da migração de gestantes dos outros municípios, distribuição geográfica desigual dos leitos pelas áreas programáticas e ausência da integração dos leitos existentes.

Porém, ao final da primeira década do século XXI, junto a condição política favorável, houve queda da taxa de natalidade e estabilização dos leitos obstétricos públicos no município do Rio de Janeiro, fato diretamente relacionado com a expansão do número de leitos obstétricos tanto no município quanto na Região Metropolitana.

Essa queda da taxa de natalidade no Rio de Janeiro ocorreu nos primeiros anos do século XXI, quando comparada a década de 90. Conforme dados do

DATASUS, em 1991, a taxa bruta de natalidade<sup>13</sup> era de 18,7, mantendo-se em 18,0 nos anos 2000 e tendo queda acentuada para 13,7 no ano de 2009. Assim, o panorama tornou-se mais favorável, havendo suficiência de leitos para a população do município.

Estes fatos favoreceram a reorganização da assistência obstétrica no município, possibilitando a articulação entre o pré-natal e a maternidade de referência para o parto.

Então essa condição favorável de queda da taxa de natalidade e número de leitos obstétricos bastante razoáveis, permitiu que a gente começasse a pensar em concretizar o que era o desejo de absolutamente todo mundo e que a gente antes nunca tinha podido fazer que era garantir a toda e qualquer gestante do município do Rio de Janeiro saber onde teria o seu neném. (G1)

A reorganização do sistema perinatal do município do Rio de Janeiro aconteceu no início do novo governo municipal. O período anterior a este novo governo foi marcado por grandes dificuldades administrativas e financeiras na SMS-RJ. Em 2005, um relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito instaurada pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro apontou carência de recursos humanos e déficit orçamentário da SMS-RJ. Neste mesmo ano, através do Decreto Presidencial nº5392, foi declarado estado de calamidade pública no setor hospitalar do SUS do município do Rio de Janeiro (PEREIRA, 2007).

Por isso, no início deste governo, além de novos avanços na área da saúde, houve a necessidade de reorganização do sistema perinatal.

A gente passou o ano de 2009 atuando em duas frentes: tentando reorganizar e manter os serviços existentes, do ponto de vista de gestão direta das maternidades da rede própria, que naquele momento eram responsáveis por 65% dos nascidos vivos no SUS e que era uma rede que estava com muita dificuldade de recursos humanos e no seu aparato tecnológico. E, passamos também o ano de 2009 organizando as bases do que seria o Programa Cegonha Carioca. (G2)

Essa reorganização do sistema perinatal foi possível através do mapeamento dos leitos obstétricos existentes e o consequente diagnóstico da rede assistencial obstétrica municipal. Portanto, esse mapeamento foi uma ação importante para avaliar a capacidade instalada de atendimento pré-natal e do atendimento das

---

<sup>13</sup> Taxa Bruta de Natalidade expressa o número de nascidos vivos, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. É calculada através da divisão entre o número total de nascidos vivos de residentes de um determinado local pela população total residente.

gestantes no momento do parto, com o intuito principal de reduzir a peregrinação anteparto.

Foi feito esse mapeamento, junto com a CAP, superintendência, maternidades, para avaliar a nossa capacidade instalada. Era um cenário onde a gente tinha uma capacidade instalada que dava conta da demanda e com o planejamento de novas unidades inaugurando. Então foi um grande tabuleiro da cidade do Rio de Janeiro. (G3)

Porém, cabe ressaltar que essa situação não perdurou por muito tempo. Em outubro de 2010 não havia mais suficiência de leitos obstétricos no município do Rio de Janeiro, com base no cálculo de necessidade de 0,28 leitos obstétricos por mil habitantes SUS dependentes<sup>14</sup>. A Região Metropolitana I<sup>15</sup> apresentava um déficit de 149 leitos obstétricos, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (RIO DE JANEIRO, 2012).

O número de leitos suficientes para a demanda de municípios aqui da cidade perdurou até outubro de 2010, quando houve a desativação de duas maternidades: a Pró-Matre, no Centro da Cidade, que estava fazendo algo em torno de trezentos partos/mês de baixo risco e a maternidade do Hospital Pedro II, em Santa Cruz, que estava fazendo 500 partos/mês em uma área onde a disponibilidade de leitos era muito menor (G2).

O número de leitos disponíveis no município aumentou apenas em 2012, quando foram inauguradas duas maternidades, sendo uma na região do Centro da Cidade (Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda<sup>16</sup>) e outra na Zona Oeste (Hospital Municipal da Mulher Mariska Ribeiro<sup>17</sup>) e reinaugurado o Hospital Pedro II<sup>18</sup>. Todas estas unidades são gerenciadas por organizações sociais sem fins lucrativos.

<sup>14</sup> Base de cálculo apresentada na Portaria 650 de 05 de outubro de 2011, que institui a Rede Cegonha. O cálculo de 0,28 por 1000 habitantes SUS dependentes corresponde a média de 75% da população total. Porém, este número deve ser modulado de acordo com as necessidades locais.

<sup>15</sup> A Região Metropolitana I é formada por 12 municípios (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica). Corresponde a 7,9% da área total do Estado do Rio de Janeiro e abriga 61,74% de sua população, com altíssima densidade demográfica líquida.

<sup>16</sup> Foi inaugurado em 13 de maio de 2012, no Centro do Rio de Janeiro (AP 1.0) e conta com 80 leitos obstétricos e 34 leitos neonatais. É administrado pela organização social Instituto SAS, através do Contrato de Gestão nº 004/2012.

<sup>17</sup> Foi inaugurado em 28 de junho de 2012, em Bangu (AP 5.3) e conta com 73 leitos obstétricos, 09 leitos ginecológicos e 26 leitos neonatais. É administrado pela mesma organização social responsável pela operacionalização do Programa Cegonha Carioca, o Centro de Estudos e Pesquisas da Enfermaria 28 da Santa Casa de Misericórdia (CEP-28).

<sup>18</sup> Localizado em Santa Cruz, Zona Oeste do Rio de Janeiro. Conta com 56 leitos obstétricos e 20 neonatais. O hospital, que era estadual, passou a ser administrado pelo município do Rio de Janeiro e operacionalizado pela Organização Social de Saúde Biotech Humanas.

Assim, com o diagnóstico da rede obstétrica municipal e visando a vinculação das gestantes a maternidade de referência, em 2010 teve início o módulo pré-natal. Este módulo foi instituído em todas as unidades sob a gestão municipal. Das demais maternidades situadas no município, a Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro<sup>19</sup> foi a primeira a aderir ao Programa.

No decorrer deste mesmo ano, houve a divulgação da proposta do módulo pré-natal nas unidades básicas e nas maternidades e foram iniciadas as visitas das gestantes às maternidades de referência. Conforme citado na introdução deste estudo, a Lei Federal nº 11634 de 27 de dezembro de 2007 assegura a toda a gestante assistida pelo SUS o direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual ocorrerá seu parto e onde ocorrerá o atendimento nos casos de intercorrências (BRASIL, 2007).

Em 2009 tínhamos ações buscando vincular a gestante desde o pré-natal a maternidade de referência e tentando estratégias de melhorias nos processos de cuidado na porta de entrada, através da tecnologia de acolhimento e classificação de risco (G2).

Identificamos que a porta de entrada era pouco valorizada e de qualidade que a gente questionava muito. Então estávamos levando a gestante para a maternidade, onde elas faziam uma visita durante a gravidez, que faz parte do módulo pré-natal. Na hora que elas chegavam à maternidade, nem sempre eram acolhidas (G1).

Assim, essa vinculação demonstrou a necessidade de reorganização das emergências obstétricas municipais, visando o favorecimento do acesso ao parto, a redução da peregrinação anteparto e o acolhimento das gestantes nas emergências.

#### 4.1.2 Reorganização das emergências obstétricas municipais

A reorganização das emergências obstétricas municipais, evidenciada através da vinculação do pré-natal à maternidade de referência, demonstrou a necessidade de melhoria do processo de cuidado nas portas de entrada.

Nesse sentido e em consonância com as metas para a saúde da mulher apontadas pelo Programa Mais Saúde: Direito de Todos (2008-2011), o acolhimento com classificação de risco foi considerado pelas gerentes da Superintendência de

---

<sup>19</sup> A Maternidade Escola da UFRJ foi fundada em 18 de janeiro de 1904 com o nome de Maternidade do Rio de Janeiro.

Hospitais Pediátricos e Maternidades uma importante tecnologia para a melhoria do processo de trabalho nas emergências obstétricas do município.

A gente reconhecia que a chamada emergência obstétrica era uma terra onde os processos de trabalho eram muito mal organizados. Eles ficavam a mercê da situação dos plantões ou das equipes. Então, a equipe técnica percebia a necessidade de uma revisão profunda nos processos de trabalho da admissão obstétrica. As boas evidências, as boas práticas, os bons sistemas de saúde nos mostravam que as tecnologias do acolhimento e da classificação de risco eram a resposta de uma melhoria de processo de trabalho. (G2)

Segundo Barra (2011), o acolhimento pode ser considerado um dispositivo disparador de mudanças na organização do processo de trabalho, ao atuar com foco no usuário e nas necessidades deste e com base no conceito ampliado de saúde, contribuindo para o fortalecimento da perspectiva de direito e para a qualificação da assistência.

Essa reorientação do processo de trabalho é considerada por Silva Junior e Mascarenhas (2004) uma das três dimensões do acolhimento, juntamente com a postura e a técnica. Para esses autores, na perspectiva de reorientação do serviço, o acolhimento está no centro da proposta do projeto organizacional, que é a base que orienta o trabalho dos profissionais, o processo em equipe e a busca de capacitação. Como postura, implica a atitude humanizada e receptiva dos profissionais ao receber, escutar e tratar as demandas dos usuários, implicando relação de interesse mútuo, confiança e apoio. Enquanto técnica, o acolhimento é a utilização do saber profissional para produzir respostas ao usuário.

Assim, o acolhimento é entendido como uma tecnologia de encontro entre os atores envolvidos no processo de trabalho em saúde e que possibilita a qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2006). Como dispositivo técnico-assistencial, permite a reflexão e a mudança dos modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços.

Nas maternidades do município do Rio de Janeiro, o acolhimento com classificação de risco foi implantado, inicialmente, na emergência do Hospital Maternidade Carmela Dutra, com quadro de enfermagem próprio da unidade, apenas no período diurno, como um projeto piloto. Dentre todas as maternidades do município, apenas o Hospital Maternidade Fernando Magalhães possuía enfermeiro

no setor de emergência, por 24 horas. Nas demais unidades, a presença do enfermeiro se dava nos plantões diurnos ou como diarista.

Trabalhamos em 2010 na modelagem do que seria a introdução desse processo de trabalho do acolhimento e classificação de risco diante das limitações de recursos humanos existentes naquele. Tivemos experiências na Carmela Dutra, com o quadro próprio. Mas nós só conseguimos nos limitar lá. Então sabíamos que precisaríamos de uma nova equipe, de uma nova força de trabalho, naquele momento não existia nenhuma perspectiva de chamada do concurso. (G2)

Essa falta de recursos humanos para constituição da equipe de enfermagem do módulo acolhimento foi considerada um fator dificultador para a instituição efetiva desse novo processo de trabalho nas maternidades.

Sobre essa reorganização na emergência obstétrica, em 2009-2010 não tinha nenhuma possibilidade de reforço de novos profissionais para desenvolver um trabalho diferenciado. A ideia desde sempre era que fossem profissionais dedicados a esse setor, e não profissionais que pudessem ser ou tivessem que ser deslocados para outras atividades, na escala, no plantão. Enfim, entendíamos essa necessidade de um trabalho específico e exclusivo para os processos que envolvem a porta de entrada. (G2)

A reorganização das emergências obstétricas, segunda estratégia da gestão pública para implantação do módulo acolhimento evidenciou a necessidade de reorganização dos processos de trabalho e a carência de recursos humanos estatutários nas emergências obstétricas.

#### 4.1.2.1 Contrato de Gestão com Organização Social

Com essa carência de recursos humanos estatutários, houve a decisão política da Prefeitura pelo modelo de contrato de gestão com Organizações Sociais para contratação de profissionais. Cabe ressaltar que a prefeitura do Rio de Janeiro já utilizava este modelo na expansão da atenção básica.

Houve uma decisão política da opção por um modelo de contrato com organizações sociais de saúde, a partir de experiências já desenvolvidas há muitos anos em outras capitais, em outras cidades brasileiras. E depois uma experiência mais recente, que a própria prefeitura já estava tendo com a expansão da atenção básica, também através de contratos com organizações sociais. Então, a partir dessas experiências, houve a decisão de que essas ações novas que a Secretaria estava pretendendo incrementar seriam através também de contrato com uma organização social. (G2)

As organizações sociais (OS), lançadas pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995), são definidas como um modelo de organização pública não estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público (BRASIL, 1997b).

Elas configuram uma parceria entre o Estado e a sociedade e o contrato de gestão é o instrumento que regula as ações dessas OS. O propósito deste contrato é contribuir ou reforçar a necessidade de se atingir os objetivos das políticas públicas, mediante o desenvolvimento de um programa de melhoria da gestão, com vistas a atingir uma superior qualidade do produto ou serviço prestado ao cidadão. Ele especifica metas (e respectivos indicadores), obrigações, responsabilidades, recursos, condicionantes, mecanismos de avaliação e penalidades (BRASIL, 1997b).

As atividades estatais publicizáveis, aquelas não exclusivas do Estado, correspondem aos setores onde este atua simultaneamente com outras organizações privadas, tais como educação, saúde, cultura e proteção ambiental. Baseia-se no pressuposto de que esses serviços ganharão em qualidade, serão otimizados mediante menor utilização de recursos, com ênfase nos resultados, de forma mais flexível e orientados para o cliente-cidadão mediante controle social (BRASIL, 1997b).

No Estado do Rio de Janeiro, durante a gestão do governador Sérgio Cabral Filho e do Secretário de Estado de Saúde Sérgio Luiz Côrtes da Silveira, entrou em vigor a Lei nº 6043 de 19 de setembro de 2011, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, no âmbito da saúde, mediante contrato de gestão. Esta lei é regulamentada através do Decreto nº43261 de 27 de outubro de 2011 (RIO DE JANEIRO, 2011a, 2011b).

Ainda no Estado do Rio de Janeiro, foi publicada a resolução conjunta SEPLAG/SES nº148 de 18 de novembro de 2011, assinada pelo secretário de estado de planejamento e gestão Sérgio Ruy Barbosa Guerra Martins e pelo secretário de estado de saúde Sérgio Luiz Côrtes da Silveira. Ela promove a inscrição para qualificação de entidades sem fins lucrativos, como Organização Social de Saúde, interessadas em firmar contrato de gestão com a Secretaria de

Estado de Saúde, para assunção do gerenciamento de Maternidades Públicas no Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2011c).

Essa qualificação de entidades como organizações sociais, no município do Rio de Janeiro, ocorreu em 19 de maio de 2009, através da lei municipal nº5026, que é regulamentada através do Decreto nº30780 de 02 de junho de 2009, no primeiro mandato do prefeito Eduardo Paes (2009-2012). Essa lei abrange as áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura, saúde e esportes. Em 2011, foi lançada pela prefeitura do Rio de Janeiro a Cartilha das Organizações Sociais do Município do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2009b, 2009c).

Diante do contexto exposto acima, foi lançado o Edital de Convocação Pública para parcerias com organizações sociais – SMS-RJ para operacionalização do módulo acolhimento. Após o processo de licitação, foi definido que a organização social habilitada era o Centro de Estudos e Pesquisas da Enfermaria 28 da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (CEP 28).

Então é feito todo o projeto básico de seleção, de organização e o processo seletivo da OS seguia os tramites e os modelos da secretaria municipal de saúde, em um processo de seleção pública. Então a partir de março de 2011, com o lançamento do programa completo, a gente tem a entrada das equipes de enfermeiras nas sete maternidades. Nova força de trabalho, novos profissionais, a gente tem a disponibilização do enxoval e a gente tem o início do cadastramento das gestantes para o módulo transporte. (G2)

Com a definição da operacionalização do PCC por Organização Social, foi divulgado o Roteiro para Elaboração da Proposta Técnica e Econômica do Programa Cegonha Carioca. As ações previstas para o módulo acolhimento constam no Edital de Convocação Pública para Parcerias com Organizações Sociais nº 11/2010.

Assim, foi estabelecido que a OS ficaria responsável pelas seguintes atividades deste módulo: acolhimento, nas maternidades geridas pela SMS-RJ, das gestantes que buscam estes equipamentos médicos, classificando e estratificando o risco, estabelecendo prioridades no atendimento, articulando a regulação junto ao órgão responsável e humanizando o atendimento às gestantes; acompanhamento e atividades educativas para as gestantes que realizaram o pré-natal completo nas unidades da rede municipal, durante a visita à maternidade do município para a qual as gestantes forem referenciadas para parto; aquisição e distribuição de kit enxoval

para o nascituro, durante a visita, para as gestantes referidas para a visita pela rede básica, de acordo com a grade de referência estabelecida pela SMS-RJ; aquisição e entrega mensal de kit enxoval para as demais maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde que compõem a rede de referência para o parto a partir do pré-natal, segundo lista de unidades e respectivos quantitativos de acordo com informação fornecida pela Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência.

Neste edital também ficou estabelecido que a equipe de acolhimento seria composta, no mínimo, por um enfermeiro responsável pelo acolhimento (sendo necessariamente enfermeiro obstetra, com curso de habilitação e/ou especialização), um enfermeiro generalista e um técnico de enfermagem, necessariamente com experiência no atendimento de obstetrícia.

A redação do projeto base e o contrato falam de no mínimo dois enfermeiros, dadas a limitação de recusa, a disponibilidade de quadros e a responsabilidade que você tem que ter no uso recurso público. Mas essa foi a opção inicial e entendemos que havia um risco de inviabilizar o contrato se exigíssemos duas enfermeiras obstetras desde o primeiro momento. E aí pensamos nessa composição, pelo menos duas enfermeiras para a gestão desses processos e no mínimo uma enfermeira obstetra e um técnico de enfermagem. (G2)

Assim, após a licitação da OS responsável pela operacionalização do PCC e visando a reorganização do processo de trabalho e qualificação das emergências obstétricas, foi lançado o módulo acolhimento. O Hospital Municipal Miguel Couto foi a primeira unidade de saúde a implantar oficialmente esse módulo, em 04 de abril de 2011, como resposta da gestão pública municipal à população usuária desta unidade. No decorrer de 2011, esse módulo foi implantado nas demais maternidades municipais.

Então nas sete maternidades que a gente administra indiretamente foram colocadas equipes que é um enfermeiro obstetra, um enfermeiro generalista e uma técnica de enfermagem, vinte e quatro horas, para qualificar esse contato inicial da gestante que chega a maternidade. (G1)

Na visão das gerentes, a agilidade do processo de contratação, a possibilidade de substituição de licenças dos contratados e de especificação do perfil dos profissionais a serem contratados foram os principais diferenciais dessa parceria público-privada para a implantação do PCC.

A agilidade na contratação, na disponibilização de profissionais que é usado nos melhores serviços do mundo. Por exemplo, coringa. Coringa é impossível de ser operacionalizado na administração direta. A mesma administração direta que dá um ano de licença para a servidora, não disponibiliza alguém pro seu lugar. (G2)

Ter gente disponível. Porque hoje estatutário não fixa, a gente não consegue fazer concurso diferenciado para enfermeira obstetra. Ao longo desses últimos anos, foram feitas tentativas, mas o próprio Conselho de Classe dos Enfermeiros não permitiu a gente fazer concurso diferente para enfermeiro obstetra, para enfermeiro com experiência na área materno infantil e o contrato de gestão trouxe essa facilidade. Porque contratar pessoas habilitadas, capacitadas, formadas para ação específica. Essa área eu acho que é o grande diferencial do contrato de gestão. (G3)

Essa agilidade no processo de contratação e reposição dos trabalhadores e a possibilidade de melhor utilização da capacidade de recursos humanos mais aderidos às necessidades da população usuária dos serviços estão relacionadas à adoção de mecanismos de mercado para contratação de pessoal, segundo Barbosa e Elias (2010). Entretanto, “o apelo ao mercado tende à conformação de uma maior instabilidade no quadro funcional, caracterizada por altos índices de rotatividade” (Barbosa; Elias 2010, p.2490).

#### 4.1.3 A inserção das enfermeiras obstétricas no módulo acolhimento

A terceira estratégia da gestão pública foi a inserção de enfermeiras obstétricas nas equipes do módulo acolhimento. Como dito anteriormente, estas enfermeiras são consideradas as líderes da equipe, que é constituída minimamente por ela, um enfermeiro assistencial e um técnico de enfermagem.

Na visão das gerentes entrevistadas, o quantitativo de enfermeiras obstétricas disponíveis no município do Rio de Janeiro, as experiências acumuladas e o cuidado como o foco da formação destas profissionais foram grandes fatores facilitadores para a constituição das equipes do módulo acolhimento.

Eu acho que um facilitador foi o acúmulo da enfermagem obstétrica no Rio de Janeiro, acúmulo em termos quantitativos. De a gente ter esse profissional e acúmulo de experiência também. (G2)

Cabe ressaltar que as seis maternidades do município do Rio de Janeiro onde foram implantadas inicialmente as equipes do módulo acolhimento já possuíam

enfermeiras obstétricas atuando em sala de parto, o que possibilitou esse acúmulo de experiências práticas vivenciadas.

E, estas experiências anteriores em sala de parto também foram consideradas primordiais para o estímulo ao parto normal, já que conforme dito anteriormente neste estudo, houve a inauguração de duas maternidades no município do Rio de Janeiro neste período, com enfermeiras obstétricas atuando nos centros de parto normal destas novas unidades.

A cesariana está muito mais baixa nas novas unidades em função da proposta da enfermagem obstétrica nas salas de parto. Então as novas unidades, essas gerenciadas por OS, já nasceram no modelo de enfermagem obstétrica no parto normal. Mas a gente também investiu em enfermagem obstétrica nas maternidades antigas. (G1)

A formação da enfermagem obstétrica tendo o cuidado como foco principal também foi considerada um fator importante para a implantação desse novo processo de trabalho nas emergências obstétricas.

A enfermagem tem um campo disciplinar onde o afeto no cuidado é discutido. Espera-se isso na formação. Entendíamos que precisava de um novo nesse processo de trabalho e que nenhum profissional se empenharia tão bem como o profissional de enfermagem. (G2)

Essa formação da enfermeira obstétrica voltada para o cuidado, mas também promotora de habilidades e competências voltadas especificamente para a obstetrícia foi considerada pelas gerentes um grande diferencial para a presença desta profissional na equipe.

A gente achou que tinha que ser um profissional habilitado, capacitado, que pudesse tomar decisão, que pudesse interagir com a mulher da forma mais correta possível, de qualidade para essa mulher. Eu acho que esse é o grande diferencial de ter uma enfermeira obstétrica. (G3)

Acho que a gente tinha já acumulado experiência no espaço de trabalho, no acompanhamento de parto de baixo risco. Quando uma instituição do porte de uma Secretaria Municipal de uma cidade como o Rio, reconhece essa competência, eu acho que isso já traz uma repercussão importante para essa categoria profissional. E segundo, eu acho a repercussão da capacidade que reconhecemos na enfermagem obstétrica de dar conta dessa tarefa. (G2)

Assim, na visão das gerentes, essa inserção da enfermagem obstétrica na equipe do módulo acolhimento ampliou os espaços de atuação e trouxe uma repercussão importante para essa categoria profissional, já que anteriormente as

enfermeiras obstétricas atuavam nas maternidades do município, principalmente nas salas de parto e pré-natal.

## 5 A PRÁTICA DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO MÓDULO ACOLHIMENTO: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE O PROPOSTO E O REALIZADO

Compreendida a inserção da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento como uma estratégia política dos gestores, neste momento, discutiremos a prática das enfermeiras neste módulo.

Assim, identificamos no estudo como sendo práticas realizadas pelas enfermeiras obstétricas: acolhimento, classificação de risco, pós-acolhimento e visita à maternidade.

### 5.1 Acolhimento

O acolhimento foi considerado pelas enfermeiras como um momento de escuta, de acolhida, de ouvir à mulher que busca o atendimento na emergência.

O acolhimento é a escuta, é você recepcionar, ouvir, dar segurança. É a mulher se sentir acolhida, se sentir bem para expor seus problemas, que nem sempre são obstétricos. (E1)

Esta concepção de acolhimento da enfermeira obstétrica converge com a proposta programática, como expressa o seguinte depoimento da gerente do programa:

Acolher é entender por que você veio aqui. A primeira coisa a dizer é “Que bom que você chegou”, “Qual a sua dúvida”. E depois usar a sua técnica, o seu saber, para classificar essa mulher, entender, diagnosticar, fazer todo o processo de enfermagem que a gente espera, inclusive o tratamento de enfermagem. Então, é isso que eu espero e que eu acho que é atribuição da enfermeira obstétrica. (G3)

O acolhimento na percepção das enfermeiras obstétricas e o proposto pela gestão pública tem aderência ao conceito elaborado pela Política Nacional de Humanização, como sendo um modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2004c).

Para Neves e Rollo (2006), o acolhimento implica em compartilhamento de saberes, angústias, invenções, tomando para si a responsabilidade das demandas trazidas pelo usuário, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo, ele se diferencia da triagem, pois não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Observa-se essa dimensão do acolhimento como parte integrante de todo o processo de atendimento a usuária na fala da enfermeira entrevistada:

O acolhimento acontece o tempo todo, desde a entrada dela [usuária] até o momento da saída, acolhendo no momento de verificação dos sinais vitais, depois do atendimento médico, no momento que ela passa pela medicação. (E2)

Acolher e oferecer respostas às necessidades foram destacados pelas enfermeiras entrevistadas e considerados como meios para promover a satisfação dos usuários atendidos.

No que a gente recebe a mulher, olha olho no olho, que a gente escuta, ela sai daqui muito satisfeita. (E7)

Acolher é exatamente você atender a gestante, dando uma direção de acordo com a necessidade dela, fornecendo o encaminhamento. (E11)

Portanto, essa satisfação está relacionada com o acolhimento, que possibilita a regulação do acesso dos usuários por meio de ações e serviços mais adequados e faz com que aumente o contentamento destes em relação ao SUS (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Apesar das enfermeiras conceberem o acolhimento dessa forma, houve também a percepção do acolhimento centrado na queixa obstétrica, evidenciando-se que o processo de trabalho ainda está influenciado pelo modelo biomédico hegemônico, com ênfase na doença e não no sujeito do cuidado, a mulher.

O acolhimento é a escuta. Eu escuto a queixa e tenho que estar atenta se não é um sangramento. Se não tem médico aqui embaixo eu coloco no repouso, instalo soro e oxigênio, já colho o exame de sangue e encaminho para o laboratório. (E5)

Estudo publicado em 2012, que realizou análise crítica-reflexiva da produção bibliográfica dos últimos vinte anos acerca do acolhimento e de suas implicações na operacionalização e qualificação do SUS na Atenção Primária em Saúde, trouxe

como desafios para o acolhimento: a manutenção da hegemonia no trabalho em saúde centrado no modelo clínico e na consulta médica dificultando a autonomização do usuário; a atenção centrada na queixa e que define a conduta (queixa-conduta) faz com que o usuário tenha que exagerar na queixa para ser atendido; o modelo biomédico, centrado na doença, enfatizado pelos profissionais e demandados pelos usuários deixa pouco espaço para ações educativas, de promoção e prevenção à saúde (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Para J. R. Santos e J. A. Santos (2012), a enfermagem permanece fortemente influenciada pelos saberes biológicos, regras/normas instrumentais da profissão e tendo o médico como a figura chave no atendimento em saúde. A busca de maior autonomia no trabalho da enfermagem ainda precisa ser identificada por todos como uma estratégia possível, que amplia o acesso dos usuários e diminui as demandas por atendimentos médicos. Assim, a enfermagem poderia assumir seu núcleo de competência, o cuidado, que se volta para a pessoa e não para a doença, utilizando todo o seu saber e sua sensibilidade no desempenho de sua autonomia.

Essa divisão social do trabalho, centrada no médico, enfatiza a manutenção da hegemonia do modelo clínico. Vázquez (2011) aponta que a crescente divisão e especialização do trabalho trazem aspectos negativos como a perda do caráter universal do trabalho, a fragmentação do trabalho em uma série de operações parciais, a ruptura da unidade do processo prático do trabalho, entre outros. Afirma ainda que essa divisão e especialização, exigidas pelo próprio desenvolvimento técnico, se convertem em uma divisão do próprio homem, que põe todo o seu ser a serviço de uma única atividade.

A despeito do acolhimento ser considerado prioritário pelas gerentes do Programa, as enfermeiras enfrentam alguns desafios para realizá-lo. Como principal, elas apontam a falta de estrutura física das unidades para a recepção adequada das usuárias. Este fato é corroborado pelas gerentes.

As condições de trabalho naquela sala são muito difíceis, porque o espaço é pequeno, restrito. Eu acho que a gestante deveria ter um pouco mais de privacidade. A gente tem apenas um biombo. Daí, quando eu tenho que examinar, percebo que a gestante fica nitidamente incomodada. (E12)

Até hoje acho que nossa sala não é um ambiente acolhedor, não é um local que a gente consiga receber a gestante com privacidade, de conversar, de receber o acompanhante dela. (E10)

Temos alguns entraves, como por exemplo, o espaço físico para receber essas gestantes. (G1)

Assim, embora exista essa perspectiva de transformação do processo de trabalho nas emergências obstétricas, a falta de privacidade para o atendimento pode influenciar nas relações usuário-profissional, impedindo a relação de troca necessária para um acolhimento eficaz.

Às vezes são dois homens e duas mulheres sendo atendidos ao mesmo tempo e isso incomoda. Mas é o que a gente tem. E não dá para você atender de um em um porque o movimento é muito grande, a gente tem que atender duas ao mesmo tempo. (E10)

Damasceno et al. (2012) apontam que apesar da dedicação dos profissionais em realizar o acolhimento, o fato de compartilhar a sala para a escuta de dois usuários ao mesmo tempo, mesmo que em mesas separadas, causa o constrangimento dos usuários e prejudica a qualidade do acolhimento.

Zoboli (2003), em seu estudo acerca de questões éticas implicadas numa experiência de Atenção Primária à Saúde, observou a inegável influência da estrutura física na exposição dos usuários. Esse mesmo autor afirma ainda que as arquiteturas mal formuladas são geradoras de situações éticas conflituosas e, portanto, dificultam o desenvolvimento de uma relação de confiança e vínculo entre os profissionais e os usuários.

Sacardo (2001) corrobora com esse pensamento ao trazer que a falta de privacidade para a realização do acolhimento constitui uma prática que pode diminuir a potencialidade do mesmo, visto que assegurar a privacidade é um dos elementos basilares da construção da relação de confiança entre o usuário e o trabalhador e esta relação de confiança é a base do acolhimento.

Esses aspectos da ambiência para o acolhimento também são ressaltados no estudo de Mitre, Andrade e Cotta (2012), que considera que esta deve produzir segurança e privacidade, já que somente assim, poderá realmente potencializar o encontro entre usuário e profissionais no debate em torno da produção de cuidado, de vínculo e de corresponsabilização em saúde.

A privacidade e a garantia da presença do acompanhante nas dependências onde ocorre o acolhimento também são apontadas como primordiais pelo Ministério da Saúde, através da publicação do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Além disso, o Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha traz as orientações para adequação da ambiência nas portas de

entrada, destacando a necessidade de se prever espaços que favoreçam o acolhimento da gestante e sua rede social (BRASIL, 2009; 2011c).

## 5.2 Classificação de risco

Além do acolhimento, a classificação de risco das usuárias atendidas também foi apontada como prática da enfermeira obstétrica na emergência obstétrica.

Quanto à classificação de risco, o Programa estabelece que a usuária, ao chegar ao serviço de emergência, deve ser acolhida pelos profissionais administrativos responsáveis pela confecção do Boletim de Atendimento de Emergência e, posteriormente, ser encaminhada para o local onde ocorrerá a classificação de risco (ANEXO E).

Neste espaço a equipe de enfermagem acolherá a usuária, verificará os sinais vitais e um enfermeiro treinado, apoiado pela equipe médica, utilizará os dados da escuta qualificada e dos sinais vitais para a devida classificação e encaminhamento da usuária em questão.

Eu recebo a gestante, ouço o que ela tem a me dizer, afero os sinais vitais e classifico de acordo com urgência, emergência delas, priorizando ou não o atendimento médico. Tem um protocolo que a gente vai observando de acordo com o que ela está sentindo, com o que a gente está vendo, para poder priorizar o atendimento, o tempo que ela pode esperar para não agravar a situação dela. Mas a gente normalmente vai fazendo junto, vai classificando e acolhendo ao mesmo tempo. (E7)

Relacionado ao acolhimento e a classificação de risco, as gerentes afirmam que ainda há necessidade de avanços no que tange ao acolhimento, já que segundo estas, as práticas realizadas pelas enfermeiras obstétricas apresentam maior ênfase na classificação de risco. Portanto, o acolhimento ainda é considerado um desafio na execução do Programa.

Na minha avaliação, a classificação de risco está incorporada. A minha maior preocupação, neste momento, com os processos de trabalho, é entender o acolhimento para além da classificação, mas a responsabilidade que essa equipe tem na gestão desse processo de trabalho. Acho que há o risco de mecanizar o processo de trabalho para a classificação de risco, já que esta está no DNA do profissional de saúde. Temos ainda que avançar. Eu acho que em termos de acolhimento, a gente está muito além do que eu imaginei que a gente estivesse com esse tempo todo de processo de trabalho. (G2)

Eu acho que um grande desafio para essa equipe para o ano de 2013. É a gente aprofundar a discussão do acolhimento, o acolhimento na perspectiva ampliada. Porque é a gestante, é a família da gestante, o acompanhante, é a gestão clínica desse momento. O foco é segurança, tranquilidade, redução de ansiedade. Isso tudo propicia a fisiologia que a gente quer proteger do parto normal, então isso começa aqui. (G3)

Assim, priorizar a classificação de risco pode levar a mecanização do processo de trabalho, uma vez que esta é baseada em protocolo. Para J. R. Santos e J. A. Santos (2012), o cuidado de enfermagem ainda está envolto na mecanização proposta pelo modelo hegemônico biomédico vigente, corroborando para uma assistência baseada na queixa e nos cuidados centrados na doença.

Gramsci (1981) destaca que o senso comum, ou consciência ingênua, não é unilateral, mas produz e apropria conhecimentos, sem despertar o sentido da autonomia e da liberdade no ato da produção de conhecimentos. Por isso, ao contrário de conhecimento, o mais coerente é considerar tais apreensões intelectuais como saberes. O conhecimento se revela, para o senso comum, como produto de um devenir histórico sem sujeitos.

Ainda segundo este autor, a compreensão crítica de si mesmo é obtida, através de luta de forças políticas, de direções contrastantes, primeiro no campo da ética, depois no da política, atingindo finalmente, uma elaboração superior da própria concepção real (GRAMSCI, 2006).

Mitre, Andrade e Cotta (2012) apontam que o uso de protocolos garante a priorização do atendimento a partir da identificação de riscos e necessidades, e não apenas por critérios burocráticos e administrativos, que associado à capacitação e ao trabalho em equipe é mais eficiente na atenção centrada no usuário. Porém, afirma também que a rigidez na utilização dos protocolos leva ao risco de manter a avaliação do profissional de saúde somente para a queixa-conduta e aos aspectos clínicos dos problemas de saúde apresentados pelo usuário.

O uso de protocolos faz com que o resultado real do processo prático corresponda plenamente ao resultado ideal. Assim, “o resultado não tem nada de incerto e o atuar não tem nada de aventura”, conforme Vázquez (2011, p.277).

Assim, percebe-se que a atuação da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento corresponde a uma práxis reiterativa, onde

o ideal permanece imutável, pois já se sabe de antemão, antes do próprio fazer, o que se quer fazer e como fazê-lo. Nesse caso, a lei que rege o processo prático já existe, de forma acabada, anteriormente a esse processo e ao produto em que culmina (VÁZQUEZ, 2011, p.277).

Como dito anteriormente, a classificação de risco traz a estratificação do risco em cores (ANEXO F) para a priorização do atendimento médico, pela avaliação da queixa trazida pela usuária. Porém, algumas vezes este profissional não está presente, levando as enfermeiras do módulo acolhimento a realizar e se responsabilizar por todo atendimento obstétrico de emergência.

As minhas atividades são o acolhimento, escutar a gestante, priorizar o atendimento médico. Nem sempre tem médico obstetra no atendimento, ou então, tem e estão ocupados, e a gente precisa atuar na avaliação dela, no toque ou até mesmo na assistência ao parto ou ao RN que já nasceu. (E1)

A gente acaba sendo uma ajuda, um apoio. É identificar o risco mesmo, avaliar se houver necessidade, avaliação obstétrica, se não tiver o médico no momento que você está avaliando. (E2)

Conforme você escuta a história e as queixas da mulher, você vai classificar pelo tempo de atendimento dela. Só que na nossa unidade a gente tem problema em relação a quantitativo de equipe médica. Mas a principal função é a de detectar o risco, o grau de risco dessa mulher, da necessidade que ela está apresentando neste momento e procurar minimizar a situação dela. (E4)

Esse déficit de médicos também é apontado pelas gerentes como um desafio para o PCC e para o efeito pleno da classificação de risco, uma vez que existe o tempo determinado para atendimento de acordo com as cores estabelecidas (ANEXO G).

A gente não está satisfeito com o intervalo de atendimento médico, entre a classificação e o atendimento médico, a gente acha que temos um dever de casa a fazer nisso aí. O déficit de obstetras explica parcialmente essa defasagem porque para o efeito pleno da classificação de risco acontecer, eu preciso garantir que o intervalo definido pela classificação aconteça no atendimento médico. (G2)

A redução do quantitativo de médicos nos serviços públicos de saúde demonstra a crise pela qual passa o subsistema público de saúde, que apresenta subfinanciamento crônico, dificuldades de infraestrutura e pouca atração destes profissionais em virtude da baixa remuneração e das condições de trabalho. Esta precarização do trabalho nas unidades públicas tende a afastar os médicos do serviço público de saúde, já que estes encontram condições de trabalho mais favoráveis no serviço privado.

Essa crise do setor municipal de saúde vem sendo veiculada pelos jornais. Conforme apontado em reportagem recente sobre o assunto, esse déficit de profissionais prejudica o atendimento nas emergências e provoca o fechamento de leitos hospitalares. Ressalta ainda que, na esfera municipal do Rio de Janeiro, são realizados concursos públicos para médicos, porém as baixas remunerações não os tornam atrativos para estes profissionais (ABDALA, 2013).

As entidades de classe médica do Rio de Janeiro ressaltam, além das baixas remunerações, a falta de materiais, as condições de trabalho inadequadas e a privatização do setor saúde também como responsáveis por esse déficit de profissionais (LIMA, 2013).

Assim como a classe médica, a enfermagem também convive com baixas remunerações. Além disso, como agravante para esta categoria profissional existe a carga horária extensa, contribuindo para adoecimentos, licenças, além de atuação em mais de um emprego. Para Schmoeller et al. (2011, p.369), “a remuneração inadequada, o aumento da jornada de trabalho, as características tensiógenas dos serviços de saúde, refletem-se na qualidade da assistência prestada ao usuário e no sofrimento psíquico dos profissionais”.

### 5.3 Pós-acolhimento

As enfermeiras também apontaram como prática do módulo acolhimento a realização do pós-acolhimento. Essa atividade ocorre após o atendimento médico, onde a usuária retorna ao atendimento de enfermagem para retirar suas queixas e para avaliar se a mesma compreendeu o que foi dito pelo médico.

Eu preencho esse papel [ficha de classificação de risco], digo a queixa dela, se ela está com alguma queixa, encaminhando para o atendimento médico. Depois desse atendimento ela volta para mim, para saber se ela foi bem orientada, se tem alguma dúvida. (E3)

Então, na verdade esse pós-atendimento médico é para a gente ter certeza de que a mulher entendeu as orientações. Então a gente consegue dizer que a gente não vai fazer diferente da conduta médica, porque isso não nos compete, mas com essa porta de saída, com essa pós-atendimento médico a gente conseguiu viabilizar algumas questões. (G3)

A atividade de pós-acolhimento realizada pelas enfermeiras do módulo se distancia da concepção de acolhimento discutida por Neves e Rollo (2006, p.19), onde “a concepção de acolhimento não está relacionada com um espaço ou local, não pressupondo um profissional específico para fazê-lo”. Assim, caberia a todos os profissionais que trabalham nas emergências obstétricas o papel de acolher as usuárias. Percebe-se que no módulo acolhimento a atividade de pós-acolhimento ocorre para reforço do atendimento médico.

O módulo acolhimento não contemplou a realização do acolhimento por toda a equipe de saúde envolvida no atendimento das usuárias nas emergências das maternidades municipais, uma vez que ao profissional médico cabe apenas o diagnóstico e o estabelecimento da conduta terapêutica. A inexistência desse acolhimento por parte deste profissional ratifica a manutenção da hegemonia do modelo biomédico, prescritivo, com papel central na figura do profissional médico.

Percebe-se que a prática da enfermeira é determinada pela infraestrutura, a base econômica material que estabelece as relações de produção e forças produtivas, e também pela superestrutura, que comporta o plano ou nível jurídico-político e o ideológico (as diferentes ideologias, como a religiosa, moral, política, filosófica, etc), referentes às formas da consciência social.

Além disso, Lima (2012) aponta que há relação desta infraestrutura com as superestruturas para interpretar os fenômenos de apropriação do discurso dominante para reprodução, mas, principalmente, para justificação e legitimação das relações de poder e dominação.

#### **5.4 Visita à maternidade**

No módulo acolhimento, além das atividades de acolhimento, classificação de risco e pós-acolhimento, as enfermeiras obstétricas também relataram a realização da visita à maternidade com o grupo de gestantes referenciadas pelo pré-natal. Durante esta visita são apresentadas as dependências físicas da maternidade, discutidas questões relacionadas ao trabalho de parto e momento de buscar a maternidade e distribuído o kit enxoval.

Nós temos ainda a atribuição dessas oficinas educativas para a mulher conhecer a unidade que ela é referenciada e saber em que momento vai buscar a emergência para justamente não ficar peregrinando. Então nós procuramos colocar nas oficinas educativas as principais situações de queixa que elas têm, focamos não só na questão dos sinais do trabalho de parto, do parto como processo final, mas também nas principais situações de emergência para eles virem buscar atendimento. (E4)

Conforme relatado pelas enfermeiras, essa visita à maternidade é realizada tanto pela enfermeira obstétrica como pela generalista, apesar das gerentes entenderem que a função primordial da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento é acolher e classificar o risco.

Eu acho que a função primordial e principal dela [enfermeira obstétrica] ali é acolher e classificar as mulheres que vieram à procura de uma emergência. Hoje eu entendo que essa enfermeira obstetra não é a da visita. Hoje quem deve estar nessa visita é a enfermeira generalista com experiência em obstetria. Com essa equipe mínima [um enfermeiro obstetra, um generalista e um técnico de enfermagem], a enfermeira obstetra tem que estar no acolhimento e classificação de risco das mulheres, atendendo pessoalmente essas mulheres. (G3)

Percebe-se aí uma contradição entre o que é realizado pelas enfermeiras obstétricas no módulo acolhimento e o que se espera pela gestão do programa, uma vez que aquelas relatam realizarem também a visita à maternidade enquanto é entendido pela gestão que o ideal seria essa profissional estar realizando o acolhimento e a classificação de risco.

Quanto ao kit enxoval, a distribuição do mesmo está prevista no Edital de Convocação Pública para Parcerias com Organizações Sociais da SMS-RJ como atividade que tem o “intuito de incentivar a adesão das mulheres ao pré-natal completo e aumentar a cobertura na assistência no município do Rio de Janeiro”. Cabe ressaltar que o kit enxoval também é distribuído em outros Estados brasileiros, como ocorre no Programa Mãe Curitibana, Mãe Paulistana, Mãe Coruja Pernambucana, entre outros (RIO DE JANEIRO, 2010a).

Como dito anteriormente neste estudo, o marco histórico para a implantação do Programa Cegonha Carioca foi um caso que ganhou grande repercussão midiática. Assim, a distribuição do kit enxoval evidencia que a política social no município do Rio de Janeiro encontra-se pautada em medidas compensatórias e de cunho assistencialista.

Com o exposto acima e segundo Araújo et al. (2010), o que se pode constatar é a reprodução de algumas marcas históricas persistentes na tradição das políticas

direcionadas aos pobres: a evidência das carências e necessidades como prerrogativa para a proposição de programas governamentais que acabam por reiterar o caráter paternal e personalista que tende a associar pobreza à necessidade de tutela, o que possibilita a utilização dos programas como bandeira para fins eleitoreiros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar a prática da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca foi desafiador, em virtude desse Programa ser uma política obstétrica atual, não tendo assim, até o presente momento, nenhum estudo relacionado a essa temática. Portanto, foi necessário compreender previamente as estratégias utilizadas pela gestão pública municipal para a implantação deste módulo para posteriormente compreender as possíveis influências nesta prática.

A opção pela hermenêutica dialética como método de análise possibilitou desvelar as convergências, divergências e complementariedades entre o que é proposto pelo Programa Cegonha Carioca e como são realizadas pelas enfermeiras obstétricas as atividades assistenciais do Programa, sendo apresentados nos parágrafos que se seguem.

A implantação do Programa Cegonha Carioca foi determinada pela necessidade de aprimorar o sistema de referência para o parto e reorganizar as emergências obstétricas. Apesar de ser um problema crônico, houve um episódio de grande repercussão midiática de um caso de peregrinação anteparto com consequente óbito fetal ocorrida no início de uma nova gestão na Prefeitura, que acelerou as medidas de enfrentamento e a alocação de recursos financeiros para resolução desta peregrinação crônica e de suas repercussões na morbimortalidade materna e neonatal e na opinião pública sobre a eficiência da gestão pública de saúde no município do Rio de Janeiro.

As publicações científicas da primeira década do século XXI já demonstravam que a vinculação do pré-natal a maternidade de referência era uma ação importante para redução da peregrinação das gestantes no momento do parto e melhoria do sistema de referência na atenção obstétrica. Estas evidências foram utilizadas pelas gerentes da Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades para embasar a primeira estratégia para implantação do módulo acolhimento.

A partir dessa vinculação, percebeu-se a necessidade de reorganização das emergências obstétricas e houve a inserção da enfermeira obstétrica neste cenário, sendo também consideradas neste estudo como estratégias para implantação do módulo acolhimento.

No contexto carioca, onde já havia enfermeiras obstétricas atuantes nas salas de parto das maternidades municipais, estas profissionais foram consideradas pelas gerentes como líderes das equipes do módulo acolhimento, que minimamente é constituída por uma enfermeira obstétrica, uma enfermeira assistencial e um técnico de enfermagem. Este sistema hierarquizado estrutura os papéis profissionais, delimita as funções e subordinações e também evidencia a valorização das especializações frente à formação acadêmica no nível da graduação, mesmo num mesmo segmento profissional.

O sistema de gestão do serviço e de pessoas por Organizações Sociais nas unidades básicas de saúde do município foi seguido para o módulo acolhimento. Estas Organizações seguem a lógica de mercado e da produtividade na operacionalização dos serviços e nas relações de trabalho, que reduzem a capacidade de negociação, participação e vinculação dos profissionais aos serviços, causando fragilidades nestas relações e maior rotatividade destes trabalhadores da saúde. Tal característica foi interpretada pelas gerentes como uma vantagem deste sistema em virtude da sua agilidade na provisão de recursos humanos para o Programa.

Assim, apesar das enfermeiras obstétricas terem uma formação e atuação mais identificadas com o ideário da humanização no que tange a proporcionar a mulher e seu acompanhante um atendimento mais acolhedor e voltado ao atendimento integral das necessidades apresentadas, estas profissionais tem sua prática influenciada pela lógica de mercado e produtividade, estruturante na reorganização produtiva do trabalho em saúde do município do Rio de Janeiro.

Observou-se também que a prática do acolhimento é influenciada pela falta de estrutura física de algumas unidades, uma vez que em alguns cenários estudados não há um local que garanta a privacidade necessária para o estabelecimento de vínculo com as mulheres e seus acompanhantes, podendo minimizar a potencialidade do acolhimento.

Além disso, a instituição de protocolos e o preenchimento das fichas de classificação de risco em todos os atendimentos evidenciou que há maior ênfase nos procedimentos protocolares, que são os dados objetivos e mensuráveis da produção das atividades programáticas, demonstrando que a prática no módulo acolhimento ainda é influenciada pelo modelo biomédico hegemônico. O protocolo

de classificação de risco utilizado no módulo acolhimento foi baseado no Protocolo Manchester de Classificação de Risco, que originalmente foi criado para triagem a ser realizada por enfermeiros.

Assim, à luz do referencial teórico utilizado neste estudo, a prática da enfermeira obstétrica foi considerada uma práxis reiterativa, onde o modo de produção em saúde impossibilita uma prática criativa.

A inserção da enfermeira obstétrica na equipe do módulo acolhimento pode ser interpretada também um artifício da gerência para suprir a ausência crônica do profissional médico nas emergências obstétricas municipais, já que o Sistema Único de Saúde tem sido cada vez menos atraente para estes profissionais. Por outro lado, a reorganização das emergências obstétricas esteve direcionada exclusivamente para as atividades de acolhimento pela enfermagem, sem qualquer trabalho direcionado para melhoria das ações específicas dos médicos. Em vez disso, houve a inclusão da atividade de pós-acolhimento como estratégia reforço ao atendimento médico.

A visita à maternidade e o pós-acolhimento, práticas realizadas pelas enfermeiras obstétricas no módulo acolhimento, trouxeram a tona a discussão do que é prática da enfermeira obstétrica e da enfermeira generalista. Ressalta-se que o documento “Edital nº10/2011 - Convocação Pública para Parcerias com Organizações Sociais – Programa Cegonha Carioca – Módulo Acolhimento” e também as publicações no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro não delimitam a função dessas enfermeiras no módulo.

Essa visita possibilita uma vinculação da mulher à maternidade para qual é referenciada. Durante a visita há palestras para gestantes e seus acompanhantes e a distribuição do kit enxoval, que é uma bolsa com roupas para o bebê e tem o logotipo do programa. Este kit pode ser interpretado como brinde para a gestante, mas também representa a lógica assistencialista e populista ainda presente no modo pelo qual os governantes brasileiros realizam as políticas sociais para as populações de menor renda.

Diante do exposto, este estudo traz como recomendações:

- Criação de grupos de discussão que integrem as enfermeiras obstétricas, a gerência do Programa e a Organização Social responsável pela operacionalização do módulo acolhimento, tendo por objetivo a reflexão da

prática realizada, suas limitações e possibilidades, a fim de possibilitar a transformação da prática reiterativa em criativa;

- Reflexão sobre os modos de cuidar no módulo acolhimento, visando a priorização efetiva da acolhida, da escuta sensível, da redução de anseios, da interação, das orientações, quando comparadas as atividades de classificação de risco ou administrativas;
- Inserção de todos os profissionais atuantes nas emergências obstétricas nas atividades de acolhimento, o que traria melhores resultados em busca de um modelo humanizado, de resgate da fisiologia e da autonomia das mulheres e centrado nestas e nas suas famílias;
- Criação de um ambiente propício à prática do acolhimento, com respeito à privacidade das mulheres e seus acompanhantes;
- Realização de pesquisas que avaliem a satisfação da clientela atendida nestes serviços;
- Integração dos profissionais dos módulos que compõem o Programa Cegonha Carioca, possibilitando a unicidade das orientações e ações e melhoria do fluxo dessas mulheres para as visitas às maternidades.

## REFERÊNCIAS

- ABDALA, V. CREMERJ diz que falta de médicos compromete saúde pública no Rio de Janeiro. **Jornal Agência Brasil**, 29 jun. 2013. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-06-29/cremerj-diz-que-falta-de-medicos-compromete-saude-publica-no-rio-de-janeiro>>. Acesso em: 18 ago. 2013.
- ARAUJO, C. C. et al. Relação entre pobreza e trabalho no Brasil: expressão de seus dilemas na Política de Assistência Social. **RPP**, São Luís, ed. esp., p.139-160, 2010.
- BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, 2010.
- BARBOSA, N.; SOUZA, J. A. P. A inflexão do governo Lula: política econômica, crescimento e distribuição de renda. In: SADER, E.; GARCIA, M. A. (Org.). **Brasil, entre o passado e o futuro**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010. p. 57-110.
- BARRA, S. A. R. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. **Serv. Soc. Rev.** Londrina, v.13, n. 2, p.119-142, jan./jul. 2011.
- BENINCÁ, E. **O senso comum pedagógico: práxis e resistência**. Porto Alegre: UFRGS, 2002.
- BEZERRA, C. Emancipação e apropriação social do conhecimento em Gramsci: uma reflexão a partir do corpus categorial da filosofia da história. **Trabalho Educação**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, set./ dez. 2008.
- BOARETTO, M. C. **Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no município do Rio de Janeiro**. 2003. 141f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. 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**. Brasília, DF, 2009. 56 p.
- BRASIL. **Ações da Rede Cegonha reduzem Mortalidade Materna em 21%**. 25 maio 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5286/162/acoes-da-rede-cegonha-reduzem-mortalidade-materna-em-21.html>>. Acesso em: 24 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004b. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF, 2004c.

BRASIL. **Lei nº 10683** de 28 de maio de 2003. Brasília, DF, 2003b. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%2010.683-2003?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2010.683-2003?OpenDocument)>. Acesso em: 24 set. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11634** de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm)>. Acesso em: 17 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde**: direito de todos: 2008 – 2011. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2011c.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações sociais**. Brasília, DF, 1997b. (Cadernos MARE da Reforma do Estado, v. 2). Disponível em: <[http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/seges/PUB\\_Seges\\_Mare\\_caderno02.PDF](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/seges/PUB_Seges_Mare_caderno02.PDF)> Acesso em: 19 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **1997 da saúde no Brasil**: ações e metas prioritárias. Brasília, DF, 1997a. Disponível em: <[www.datasus.gov.br/cns/plensaude/ano%2097.htm](http://www.datasus.gov.br/cns/plensaude/ano%2097.htm)>. Acesso em: 14 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. **Plano Plurianual 2012-2015**: projeto de lei. Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <[http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/PPA/2012/mensagem\\_presidencial\\_ppa.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/PPA/2012/mensagem_presidencial_ppa.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Plano plurianual 2004-2007**: mensagem presidencial. Brasília, DF, 2003a.

BRASIL. Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

Brasil. 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**. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Brasília, DF, 2005b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm\\_saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35198](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35198)>. Acesso em: 22.abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998**. Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF, 1998a. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria\\_3916\\_98.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf)>. Acesso em: 27 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº1459** de 24 de junho de 2011. 2011a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/2011/prt1459_24_06_2011.html) Acesso em: 22 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2816** de 29 de maio de 1998. 1998b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2816.htm>>. Acesso em: 27 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010: Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 31 dez. 2010, Seção 1, p. 88-93.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 466** de 10 de maio de 2000. 2000b. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/Portaria%20466.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2013.

BRASIL. **Portarias nº 569, 570, 571 e 572/GM de 1 de junho de 2000**. 2000a. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/comissoes/cas/ap/anode2009/AP20090811\\_Dr.\\_Jose\\_Luiz\\_Telles.pdf](http://www.senado.gov.br/comissoes/cas/ap/anode2009/AP20090811_Dr._Jose_Luiz_Telles.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2012.

BRASIL. **Portaria nº 985**, de 5 de agosto de 1999. 1999. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/985\\_99.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/985_99.htm)>. Acesso em: 22 abr. de 2012.

BRASIL. República Federativa do Brasil. **Portaria nº 163** de 22 de setembro de 1998. Brasília, DF, 1998c. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/Portaria%20163.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

BRASIL. República Federativa do Brasil. **Portaria nº 743** de 20 de dezembro de 2005. DOU nº 246 de 23/12/05, Seção 1, p. 124. 2005a. Disponível em: <[ftp://ftp2.datasus.gov.br/pub/sistemas/dsweb/SIHD/Portarias/portaria2005/2005\\_DEZ\\_PT-MS-SAS-743\\_201205.pdf](ftp://ftp2.datasus.gov.br/pub/sistemas/dsweb/SIHD/Portarias/portaria2005/2005_DEZ_PT-MS-SAS-743_201205.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2012. 2005b

BRASIL. **Programa de Governo Avança Brasil – Mais quatro anos de desenvolvimento para todos**. 1998d. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/programas/PROGFHC.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M. S. Assistência ao parto no município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 411-420, abr./jun. 2000.

DAMASCENO, R. F. et al. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. *J. Health Sci. Inst.*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 37-40, 2012.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

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, 2006.

FILGUEIRAS, L. et al. Modelo liberal-periférico e bloco de poder: política e dinâmica macroeconômica nos governos Lula. In: **Os anos Lula: contribuições para um balanço crítico 2003-2010**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 35-69.

GRAMSCI, A. **A concepção dialética da história**. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere: os intelectuais. O princípio educativo**. Jornalismo. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. v.2.

HOTIMSKY, S. N.; HATTNER, D. O parto como eu vejo... ou como eu desejo? Expectativas de Gestantes Usuárias do SUS, Acerca do Parto e da Assistência Obstétrica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, set./out. 2002.

KOSIK, K. **A dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

LIMA, C. **Entidades médicas condenam situação da saúde no Rio de Janeiro**. Reportagem publicada no Jornal do Brasil em 07/07/2013. Disponível em: <<http://www.jb.com.br/rio/noticias/2013/07/07/entidades-medicas-condenam-situacao-da-saude-no-rio-de-janeiro/>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

LIMA, T. F. Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador: análise a partir do acesso às atividades de lazer. *Omnes Humanitate*, Vila Velha, v. 2, n. 7, jul./set. 2012.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Katálisis**, v. 10, n. 1, p. 15-23, 2007.

MATTOSO, J. O Brasil herdado. In: SADER, E.; GARCIA, M. A. (Org.). **Brasil, entre o passado e o futuro**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010. p. 31-55.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Revisão Bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. 2007. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revisao\\_bibliografica\\_redes.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revisao_bibliografica_redes.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2012.

MENEZES, D.; LEITE, I.; SCHRAMM, J.; LEAL, M. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-559, 2006.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011.

MINAYO, M. C. S. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 104.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2011.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J. M. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis v.18, n. 4, p. 731-740, 2009.

NEGRÃO, T. Rede: travessia de desafios. **Jornal da Rede Feminista**, Porto Alegre, dez. 2011.

NEVES, C. A. B.; ROLLO, A. **Acolhimento nas práticas de produção da saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2.ed. Brasília, DF, 2006. (Série B. Textos básicos em Saúde).

O GLOBO. **Médico que rabiscou braço de grávida há dois anos é demitido do Miguel Couto**. Disponível em:

<<http://oglobo.globo.com/rio/medico-que-rabiscou-braco-de-gravida-ha-dois-anos-demitido-do-miguel-couto-2747531#ixzz2IKKTDyVm>>. Acesso em: 20 out. 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes Integradas de Servicios de Salud**: conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación em las Américas. Washington: OPS, 2008.

PARTIDO DOS TRABALHADORES. Resoluções de Encontros e Congressos & Programas de Governo. **Coligação Lula Presidente “Um Brasil de Todos”**. Fundação Perseu Abramo, 2002. Disponível em: <<http://www2.fpa.org.br/uploads/programadegoverno2002.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

PEREIRA, A. L. F. **O processo de implantação da Casa de Parto no contexto do Sistema Único de Saúde**: uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2007. p. 39.

PINTO JUNIOR, D.; SALGADO, P.O.; CHIANCA, T.C.M. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1041-1047, nov./dez. 2012.

PORFIRIO, A. B. **A atualização do habitus da enfermeira obstétrica no processo de implantação do modelo humanizado na maternidade Alexander Fleming (1998-2004)**. 2011. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal da Casa Civil. **Cartilha das Organizações Sociais do Município do Rio de Janeiro**: um brinde aos dois anos de vigência da Lei Municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009. Rio de Janeiro, 2009b.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. **Convocação pública para parcerias com organizações sociais**: Programa Cegonha Carioca. Módulo Acolhimento. Rio de Janeiro, 2010a. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?articleid=1194953>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. **Convocação pública para parcerias com organizações sociais**: Programa Cegonha Carioca. Módulo Acolhimento. Anexo Técnico II: Roteiro para elaboração da proposta técnica e econômica. Rio de Janeiro, 2010b. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?articleid=1194953>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Lei Estadual nº 6043** de 19 de setembro de 2011. 2011a. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 01 maio 2012.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção à Saúde. **Rede QualiSUS. Subprojeto Regional Metropolitana I**. Rio de Janeiro, abr. 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SubprojetoQualiSUS-RJ-abril2012web.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

RIO DE JANEIRO (RJ). **Decreto nº 30780** de 02 de junho de 2009. 2009c. Disponível em: <[http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis\\_consulta/31547Dec%2030780\\_2009.pdf](http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31547Dec%2030780_2009.pdf)>. Acesso em: 01 maio 2012.

RIO DE JANEIRO (RJ). **Planejamento Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro (2009-2012)**: pós 2016, O Rio mais integrado e competitivo. 2009a. Disponível em: <<http://www0.rio.rj.gov.br/planoestrategico/>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

RIO DE JANEIRO (RJ). Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Poder Executivo. Decreto nº 20996. Programa de Qualificação da Assistência Perinatal na cidade do Rio de Janeiro 2001/2004. **Diário Oficial [do] Município do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 18 jan. 2002, Encarte, p. 1-6.

RIO DE JANEIRO (RJ). **Resolução Conjunta SEPLAG/SES nº 148** de 18 de novembro de 2011. 2011c. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 01 maio 2012.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Decreto Estadual nº 43261** de 27 de outubro de 2011. 2011b. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 01 maio 2012.

RIO DE JANEIRO. **Plano Plurianual 2010/2013**. Iniciativas Estratégicas. 2010c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SubprojetoQualiSUS-RJ-abril2012web.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

SACARDO, D. P. **Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas**: uma abordagem bioética. 133f. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SADER, E. Brasil, de Getúlio a Lula. In: SADER, E.; GARCIA, M. A. (Org.). **Brasil, entre o passado e o futuro**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010. p. 11-29.

SANTOS, J. R. C.; SANTOS, J. A. **A assistência de enfermagem e o processo saúde-doença na unidade de terapia intensiva**. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Terapia Intensiva) – Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva, São Paulo, 2012. Disponível em: <[www.ibrati.org/sei/docs/tese\\_566.doc](http://www.ibrati.org/sei/docs/tese_566.doc)>. Acesso em: 00 mês. 2013.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 368-377, jun. 2011.

SERRA, J. **Descaminhos na saúde**. O Estado de São Paulo, 12 abr. 2012.

Disponível em:

<<http://clippingmp.planejamento.gov.br/cadastros/noticias/2012/4/12/descaminhos-na-saude>>. Acesso em: 19 jul. 2013.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMSUERJ, 2004. p. 241-257.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. 2. ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – Clacso; São Paulo: Expressão Popular, 2011.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1990.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia e circunstância**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

VIANA, A. L. D. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995-2010. In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, 2011. p. 27-38.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e atenção básica**: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família. 2003. 253f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Sra.

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “A prática da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca”, que tem como objetivos: descrever as estratégias da gestão pública para a implantação do módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca e discutir a prática da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados e os resultados obtidos nessa pesquisa serão utilizados para fins de estudo da prática profissional da enfermeira, podendo ser divulgados posteriormente em eventos e revistas científicas.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode 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 pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um formulário estruturado. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Não haverá riscos de qualquer natureza. Esta pesquisa trará benefícios para o campo da saúde da mulher, sobretudo para a enfermagem obstétrica, contribuindo para o campo do ensino, assistência e pesquisa na área da assistência à gestação, parto e nascimento.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o e-mail dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

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 tipo de punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

**Pesquisador:** Carla Coutinho Sento Sé. Contatos: 8225-1614/ [couthocarla@bol.com.br](mailto:couthocarla@bol.com.br)  
**Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ:** Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710. Cidade Nova. Telefone: 3971-1463. E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) / [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

**APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para as gerentes do Programa Cegonha Carioca**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Código da entrevista: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

➤ **Caracterização do depoente**

1. Qual é a sua formação acadêmica?
2. Há quanto tempo atua na Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades da SMS-RJ?
3. Qual é sua função nessa Superintendência?
4. Quais são suas atribuições na gerência do módulo acolhimento e classificação de risco do Programa Cegonha Carioca?

➤ **Roteiro de Perguntas**

**PARTE 1: NESTA SEÇÃO, PRETENDE-SE QUE A DEPOENTE CONTE HISTORICAMENTE OS DETERMINANTES E AS MOTIVAÇÕES DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA CEGONHA CARIOCA.**

1. **Fale-me sobre como surgiu a proposta do Programa Cegonha Carioca na SMS-RJ.**
  - Quais motivos determinaram a instituição do Programa Cegonha Carioca na rede municipal de saúde?
2. **Fale-me do contexto político do momento de implantação do Programa Cegonha Carioca**
3. **Fale-me sobre como se deu sua inserção na gerência deste programa.**

**PARTE 2: NESTA SEÇÃO, PRETENDE-SE QUE A DEPOENTE FALE DAS ESTRATÉGIAS DA GESTÃO PÚBLICA PARA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA.**

1. **Fale-me como vocês implantaram os módulos do Programa.**
  - Quais os fatores que facilitaram a implantação desse módulo?
  - Quais entraves foram encontrados para a implantação deste módulo?
2. **Fale-me sobre as estratégias utilizadas para implantação do Programa Cegonha Carioca e também do Módulo Acolhimento.**
  - Quais estratégias foram adotadas para implantação do módulo acolhimento e classificação de risco desse Programa?
  - Quais ações da gestão para implantação do módulo acolhimento e classificação de risco do Programa Cegonha Carioca?
  - Como ocorre a operacionalização das ações programadas para o módulo acolhimento e classificação de risco e classificação de risco do Programa Cegonha Carioca?

- Considerando a constituição de parceria público-privada para a operacionalização do módulo acolhimento e classificação de risco, quais são os diferenciais dessa parceria para a implementação desse módulo nas maternidades municipais?

**PARTE 3: NESTA SEÇÃO, PRETENDE-SE QUE A DEPOENTE FALE SOBRE A INSERÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO MÓDULO ACOLHIMENTO.**

- 1. Fale-me sobre a escolha da equipe de enfermagem para constituição do módulo acolhimento**
  - Quais fatores determinaram a constituição de uma equipe de profissionais de enfermagem para atuar no módulo acolhimento e classificação de risco do Programa?
- 2. Fale-me sobre a escolha da enfermeira obstétrica como líder da equipe do módulo acolhimento**
  - Quais fatores determinaram a inserção da enfermeira obstétrica na equipe do módulo acolhimento e classificação de risco?
  - Quais são as atribuições específicas das enfermeiras obstétricas nesse módulo?
- 3. Fale-me sobre os papéis desempenhados pela enfermeira generalista e pela enfermeira obstétrica do módulo acolhimento**
  - Quais são as atribuições específicas das enfermeiras generalistas nesse módulo?
  - Como você avalia as repercussões da implantação do módulo acolhimento e classificação de risco para a prática da enfermeira obstétrica nas maternidades municipais?
- 4. Fale-me sobre as estratégias utilizadas para a inserção da enfermeira no módulo acolhimento**

**PARTE 4: NESTA SEÇÃO, PRETENDE-SE QUE A DEPOENTE FALE SOBRE AS REPERCUSSÕES DO MÓDULO ACOLHIMENTO APÓS 1 ANO E 6 MESES DE SUA IMPLANTAÇÃO**

- 1. Fale-me sobre os resultados do módulo acolhimento após 1 ano e 6 meses de sua implantação**
  - Após 01 ano e seis meses de instituição do módulo acolhimento e classificação de risco nas maternidades municipais, quais são as repercussões ou resultados desse módulo sobre o atendimento das mulheres no setor de emergência dessas maternidades?
  - Quais os atuais desafios enfrentados pela gerência em relação ao módulo acolhimento e classificação de risco?

**PARTE 5: ESPAÇO ABERTO PARA A DEPOENTE FAZER SUAS AVALIAÇÕES**

**APÊNDICE C – Roteiro de entrevista para as enfermeiras obstétricas do Programa  
Cegonha Carioca**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Código da entrevista:** \_\_\_\_\_

**Maternidade de atuação no Módulo Acolhimento:** \_\_\_\_\_

**Local:** \_\_\_\_\_

➤ **Caracterização do depoente**

1. Qual é a sua idade?
2. Há quanto tempo você é formada?
3. Qual a modalidade de curso que você realizou para obter o título de enfermeira obstétrica?
4. Em qual instituição de ensino você realizou esse curso?
5. Há quanto tempo você exerce a enfermagem obstétrica?
6. Quais os locais que você trabalhou como enfermeira obstétrica antes atuar no acolhimento e classificação de risco do Programa Cegonha Carioca?
7. Há quanto tempo você atua no módulo acolhimento e classificação de risco?

➤ **Roteiro de Perguntas**

**PARTE 1: NESTA SEÇÃO, PRETENDE-SE QUE A DEPOENTE FALE SOBRE SUA ATUAÇÃO ANTERIOR AO PROGRAMA CEGONHA CARIOCA.**

- 1. Fale-me sobre sua atuação como enfermeira obstétrica antes da inserção no Programa Cegonha Carioca**
- 2. Fale-me como foi sua inserção no Programa Cegonha Carioca**
  - Como você foi inserida no módulo acolhimento e classificação de risco do Programa Cegonha Carioca?
  - Você necessitou de algum treinamento para desenvolver suas atividades no módulo acolhimento e classificação de risco? Se sim, porque sentiu essa necessidade?

**PARTE 2: NESTA SEÇÃO, PRETENDE-SE QUE A DEPOENTE FALE SOBRE SUA ATUAÇÃO NO PROGRAMA CEGONHA CARIOCA.**

- 1. Fale-me como você vê a prática da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento**
  - Quais são as atividades propostas pelo módulo acolhimento e classificação de risco?
  - O que compete a você como enfermeira obstétrica do módulo acolhimento e classificação de risco?
  - Considerando suas atividades profissionais no módulo acolhimento e classificação de risco, como avalia suas condições de trabalho, carga horária exercida e remuneração?

**2. Fale-me como você vê a atuação da enfermeira generalista no módulo acolhimento**

- Quais as diferenças das atribuições da enfermeira generalista em comparação com as suas nesse módulo?

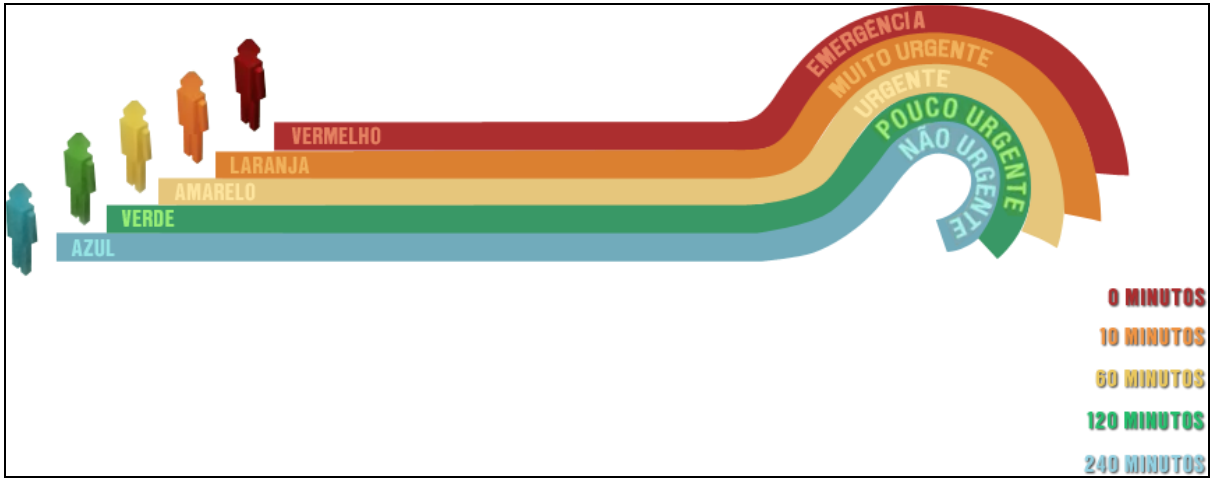
**PARTE 3: NESTA SEÇÃO, PRETENDE-SE QUE A DEPOENTE FALE SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES NA PRÁTICA DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA A PARTIR DA SUA INSERÇÃO DO PROGRAMA CEGONHA CARIOCA.**

**1. Fale-me como você vê sua prática atual em relação ao que você desenvolvia antes do Programa Cegonha Carioca**

- Como você avalia as repercussões da implantação do módulo acolhimento e classificação de risco para a prática da enfermeira obstétrica nas maternidades municipais?
- Quais os desafios enfrentados durante sua atuação como enfermeira obstétrica no módulo acolhimento e classificação de risco dessa maternidade?
- Quais são as estratégias que você utiliza para enfrentar esses desafios?

**PARTE 4: ESPAÇO ABERTO PARA A DEPOENTE FAZER SUAS AVALIAÇÕES.**

**ANEXO A – Sistema Manchester de Classificação de Riscos**



## ANEXO B – Dados das enfermeiras obstétricas entrevistadas

Quadro 4 – Dados das enfermeiras obstétricas entrevistadas

<b>Dados Enfermeiras Obstétricas Entrevistadas</b>					
<b>Código</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Tempo de formação como enf obstétrica (anos)</b>	<b>Modalidade de curso para obtenção do título</b>	<b>Tempo de atuação como enf obstétrica (meses)</b>	<b>Tempo de atuação no Cegonha (meses)</b>
E1	27	2	Residência	24	22
E2	29	4	Residência	48	22
E3	60	20	Habilitação + Especialização	180	22
E4	47	23	Habilitação + Especialização	252	22
E5	41	2	Especialização	24	6
E6	40	15	Habilitação + Especialização	180	22
E7	37	2	Especialização	22	22
E8	29	4	Especialização	22	22
E9	45	2	Especialização	18	18
E10	28	4	Residência	22	22
E11	29	4	Residência	36	22
E12	53	7	Especialização	84	22
E13	29	2	Residência	24	22
Média	38 (anos)	7 (anos)	Residência (05) /// Habilitação+Especialização (03) ///	72 meses (6 anos)	20 meses (< 2 anos)
Intervalo	27 a 60 anos	2 a 23 anos	Especialização (05)	1a6m a 23 anos	6 meses a 1a10m

## ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



## Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 185A/2012

Rio de Janeiro, 04 de setembro de 2012.

Sr(a) Pesquisador(a),

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

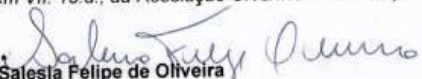
<p><b>Coordenadora:</b> Salesia Felipe de Oliveira</p> <p><b>Vice-Coordenadores:</b> Fabio Tuche Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p><b>Membros:</b> Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Livia Beiral Forni Maria Alice Gunzburguer Costa Lima Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves Vitoria Regia Osorio Vellozo</p> <p><b>Secretária Executiva:</b> Brigida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira</p>	<p style="text-align: center;"><b>ALTERAÇÃO DE PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 92/11. CAAE Nº: 1089.0.000.314-11</b></p> <p><b>TÍTULO:</b> A prática profissional da enfermeira obstétrica no Programa Cegonha Carioca.</p> <p><b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL:</b> Adriana Lenho de Figueiredo Pereira.</p> <p><b>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:</b> Hospital Municipal Carmela Dutra, Maternidade Alexander Fleming, Maternidade Herculano Pinheiro e Hospital Maternidade Leila Diniz.</p> <p><b>DATA DA APRECIÇÃO:</b> 20/06/2011. <b>DATA DA 1ª ALTERAÇÃO:</b> 24/08/2012.</p> <p><b>PARECER:</b> APROVADO.</p>
--	---

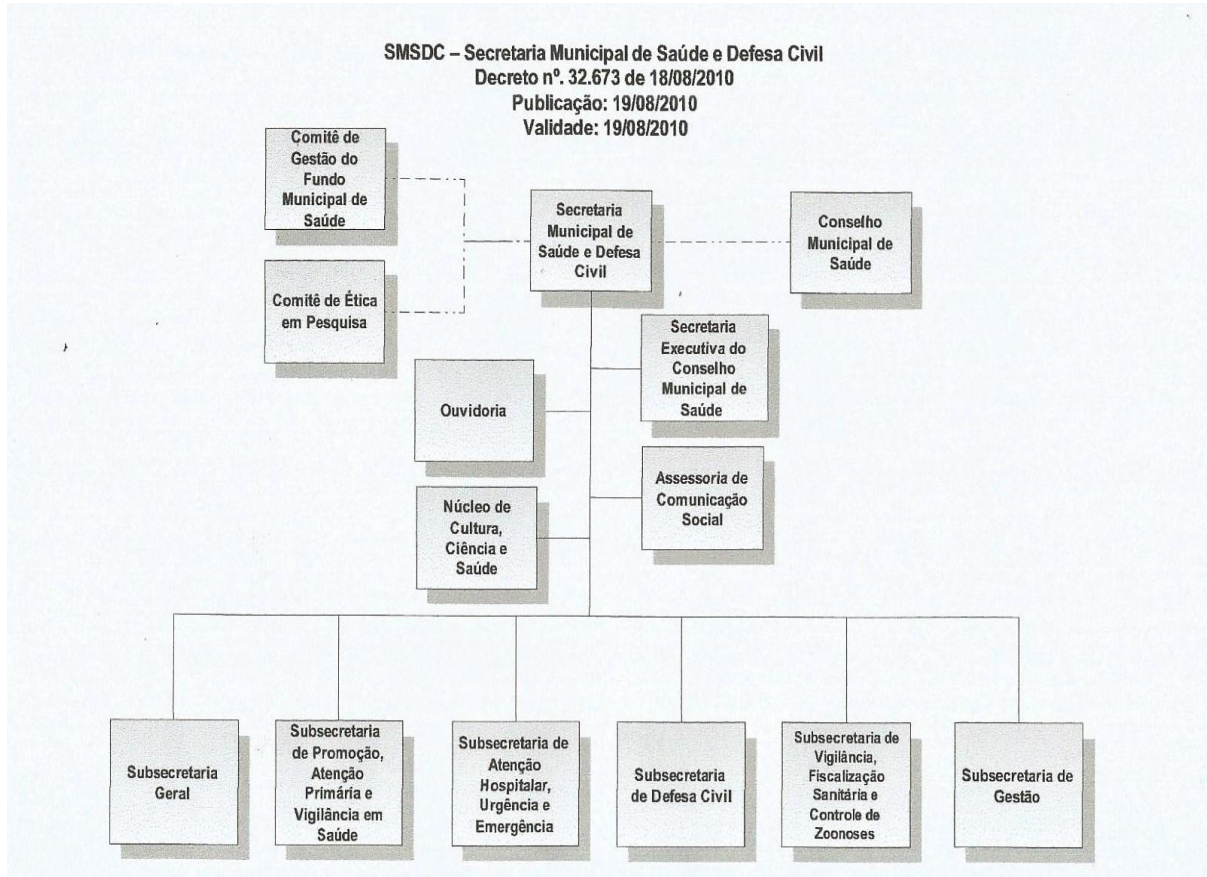
Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução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

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso 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.

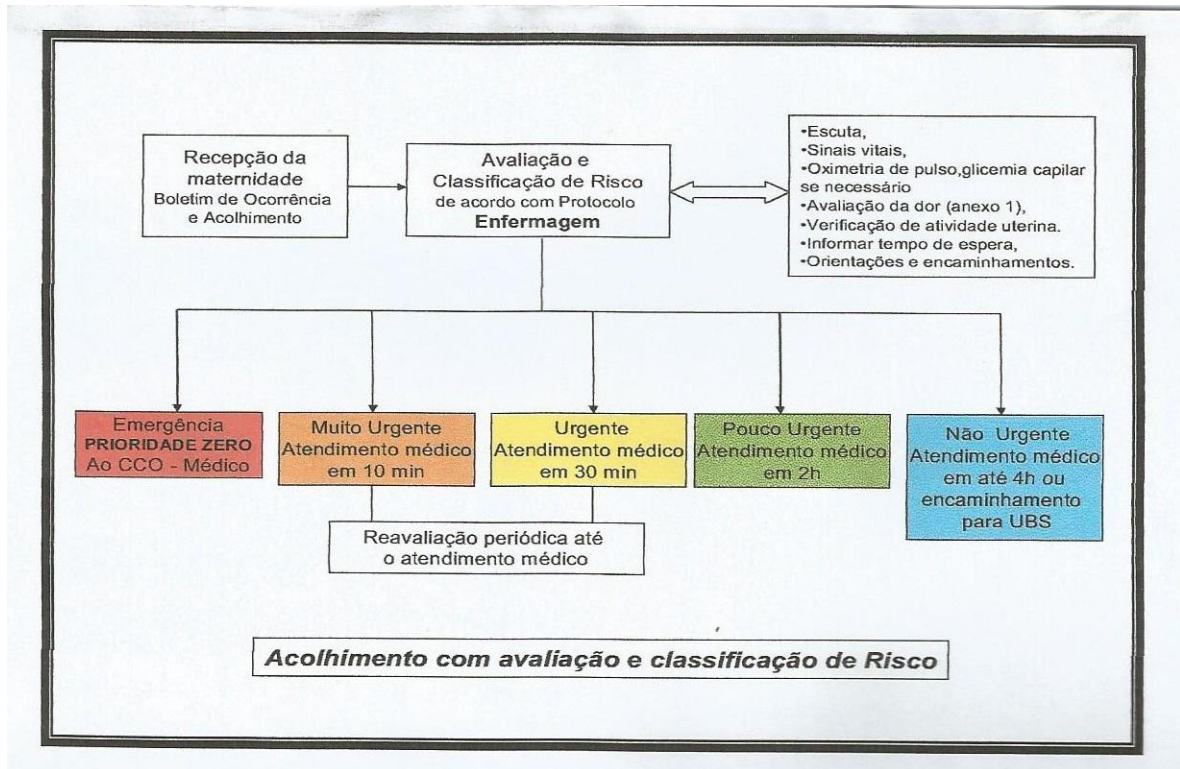
Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre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

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

  
 Salesia Felipe de Oliveira  
 Coordenadora  
 Comitê de Ética em Pesquisa

**ANEXO D – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**

## ANEXO E – Fluxograma de Atendimento do Módulo Acolhimento e Classificação de Risco



**ANEXO F – Protocolo para a Classificação de Risco nas Emergências Obstétricas do Município do Rio de Janeiro**

**Prioridade Máxima (Vermelha) / Emergência**

1. Mulheres com ou sem confirmação de gravidez:

- a) Convulsão em atividade
- b) Hipotensão ( $PAS \leq 80\text{mmHg}$ )
- c) Taquicardia ( $\geq 120\text{bpm}$ )
- d) Bradicardia ( $\leq 45\text{bpm}$ )
- e) Pele Fria, palidez acentuada / Perfusão limítrofe, sudorese, pulso fino e síncope
- f) postural

1.1. Insuficiência Respiratória

- a) Incapacidade de falar / Fala entrecortada
- b) Cianose
- c)  $FR \leq 10\text{ipm}$
- d)  $FR \geq 32\text{ipm}$
- e) Respiração Agônica / Dispneia Extrema / Fadiga muscular
- f) Uso de Musculatura Acessória

2. Gestante com:

2.1- Alteração do estado mental:

- a) Não-responsiva / Déficit Cognitivo / Confusão mental
- b) Letargia / Agitação / Paralisia
- c) Relato de convulsão em período pós-comicial
- d) Intoxicação exógena
- e) Hipoglicemia (fazer glicemia capilar) com sudorese e/ou alteração do nível de consciência e/ou visão turva e/ou pulso anormal e/ou dispneia
- f) Alteração grave de comportamento com risco imediato de violência ou agressão contra si ou contra outrem

2.2. Trabalho de parto

- a) Período expulsivo

2.3. Hemorragia genital e/ou dor aguda ( $\geq 8 / 10$ )

2.4. Prolapso de cordão

2.5. Exteriorização de partes fetais pelos genitais

2.6. Parto imediato (mãe e criança) – Parto no trajeto domiciliar.

**Prioridade I (Laranja) / Muito Urgente**

1. Gravidez > 20 semanas

a) Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos)

b) Ausência de Movimentos Fetais

2. Gestante ou puérpera

2.1. Hipertensão com PA  $\geq$  160 x 100 mmHg

2.2. Hipertensão com PA  $\geq$  140 x 100 mmHg com:

a) Cefaleia

b) Epigastralgia

c) Alterações visuais

2.3. Febre

a) TAX  $\geq$  40°C

b) Toxemia

c) Alteração mental

2.4. Doença psiquiátrica com rigidez de membros

3. Não gestante com dor abdominal aguda, de forte intensidade (8-10/10) associada à náusea e/ou vômito e/ou sudorese e/ou sangramento genital com suspeita de gravidez.

**Prioridade II (Amarelo) / Urgente**

1. Hipertensão em gestante ou puérpera

a) PA  $\geq$  140 x 90 mmHg e < 160 x 100 mmHg

2. Gestante com:

2.1. Sangramento genital e / ou dor

a) Dor ( $\geq$  4 / 10) e ( $\leq$  8 / 10)

b) Sem repercussões hemodinâmicas

2.2- Êmese ou hiperêmese

Sinais de desidratação como:

a) Letargia

b) Mucosas Secas

c) Turgor Pastoso

3. Paciente com ou sem confirmação de gravidez e puérpera
  - a) Febre (TAX  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  e  $< 40^{\circ}\text{C}$ )
4. Queixa ligada a amamentação
  - a) Hiperemia, dor e febre
  - b) Sinais de abscesso
5. Situações Especiais
  - a) Referenciadas de outras unidades de atendimento, já avaliadas por outro médico.
  - b) com diagnóstico de urgência
  - c) Vítima de violência
6. Paciente não grávida com corrimento genital associado a dor e febre
7. Gestante com queixa de perda de líquido.

**Prioridade III (Verde) / Pouco Urgente**

1. Gestantes com febre
  - a) TAX  $< 38,5^{\circ}\text{C}$
2. Êmese ou hiperêmese
  - a) Sem sinais de desidratação
3. Dor abdominal aguda
  - a) De moderada a leve intensidade ( $< 4 / 10$ )
  - b) Sem contrações – avaliar dinâmica uterina
4. Queixas urinárias
  - b) Oligúria
  - c) Disúria
  - d) Febre
5. Sintomas Gripais
  - a) Sem dispneia
6. Avaliação de Ferida Operatória
  - a) Com suspeita de infecção superficial
7. Sinais de Bartholinite
8. Gestante do Pré-natal de Alto Risco
  - a) Sem queixas que demandem atendimento de urgência
9. Queixas ligadas a Amamentação
  - a) Ingurgitamento mamário

b) Qualquer dificuldade ligada amamentação

10. Risco Social

a) Encaminhar ao Serviço Social (exceto casos de vítima de violência)

11. Gestante de Risco Habitual

a) Queixas não sanadas no Centro de Saúde (demanda espontânea)

b) Encaminhamentos do Centro de Saúde, não enquadradas nas situações de Urgência (ex.: cerclagem, exame para avaliação de vitalidade fetal, aborto retido, indicações de interrupção eletiva da gravidez entre outras).

d) Gestantes escoltadas

#### **Prioridade IV (Azul) / Não Urgente**

1. Consultas de baixa complexidade

a) Consulta pré-natal sem procura própria ao Centro de Saúde

b) Questões sociais sem acometimento clínico

c) Curativos de feridas sem complicações.

d) Trocas ou requisição de receitas

e) Dor pélvica crônica ou recorrente

f) Atraso menstrual sem dor abdominal e/ou sangramento genital (para diagnóstico de gravidez)

g) Irregularidades menstruais, hipermenorréia/menorragia sem alterações de dados vitais, ou seja, sangramento genital que não configure urgência.

h) Problemas com contracepção oral/injetável

i) Retirada de DIU

j) Avaliação de risco cirúrgico (pré-operatório)

k) Retirada de pontos

l) Avaliações de exames solicitados em caráter eletivo

m) Exame preventivo

n) Solicitação de atestado médico.

**ANEXO G** – Classificação de Risco, por tempo de espera para atendimento, nas Emergências Obstétricas do Município do Rio de Janeiro

Prioridade Máxima - Emergência: <b>VERMELHO</b> (Encaminhar direto para o atendimento médico).
Prioridade I – Muito Urgente: <b>LARANJA</b> (Encaminhar para atendimento médico no prazo máximo de 10 minutos).
Prioridade II – Urgente: <b>AMARELO</b> (Encaminhar para consulta médica priorizada em até 30 minutos, mantendo uma reavaliação periódica).
Prioridade III – Pouco Urgente: <b>VERDE</b> (Encaminhar para consulta médica sem priorização. Informar a expectativa de tempo para o atendimento médico e reavaliar periodicamente).
Prioridade IV – Não Urgente: <b>AZUL</b> (Atendimento em até 4 horas e informar a possibilidade de encaminhamento para uma Unidade Básica de Saúde - UBS. Estas pacientes poderão ser referenciadas para a UBS ou terão seus casos resolvidos pela equipe de saúde da própria unidade em que o acolhimento foi efetuado).