

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Implantação do módulo acolhimento do programa cegonha carioca no município do Rio de Janeiro

Implementation of the user embracement module from the cegonha carioca program in the city of Rio de Janeiro

Despliegue del módulo de acogida del programa cigüeñacarioca en el municipio de Rio de Janeiro

Carla Coutinho Sento Sé ¹, Jane Márcia Progianti ², Adriana Lenho de Figueiredo Pereira ³

ABSTRACT

Objective: To describe the strategies from the public administration for the implementation of the user embracement module from the Cegonha Carioca Program. **Method:** Qualitative study. Semi-structured interviews happened in the period from January to March 2013 with three superintendents of Children's and Maternity Hospitals responsible for the creation and implementation of the Carioca Program. **Results:** 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. **Conclusion:** The obstetrical nurse was inserted into these emergencies in order to put the user embracement practices into action, being recognized by the superintendents as a technical authority on the humanized obstetrical care. **Descriptors:** Health policy, Women's health, Obstetrical nursing, User embracement.

RESUMO

Objetivo: Descrever as estratégias da gestão pública para a implantação do módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca. **Método:** Estudo qualitativo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, no período de janeiro a março de 2013, com três gerentes da Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades, responsáveis pelo processo de elaboração e implantação do Programa Cegonha Carioca. **Resultados:** As estratégias utilizadas pela gestão pública para 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. **Conclusão:** a enfermeira obstétrica foi inserida nessas emergências para implementar as ações de acolhimento, sendo reconhecida pelas gerentes como uma autoridade técnica no cuidado obstétrico humanizado. **Descritores:** Política de saúde, Saúde da mulher, Enfermagem obstétrica, Acolhimento.

RESUMEN

Objetivo: Describir las estrategias de la administración pública para implementar el módulo de acogida del Programa Cigüeña Carioca. **Método:** Estudio cualitativo. Las entrevistas semi-estructuradas se llevaron a cabo en el período de enero a marzo de 2013, con tres gestores de la Supervisión de los Hospitales Pediátricos y Maternidades, responsables por el proceso de elaboración e implementación del Programa Cigüeña Carioca. **Resultados:** Las estrategias utilizadas por la administración pública a la implementación del módulo de acogida fueron: maternidad de referencia vinculante prenatal; la reorganización de las emergencias obstétricas municipales y la inserción de enfermera obstétrica en el módulo de acogida. **Conclusión:** La enfermera obstétrica fue insertada en estas emergencias para implementar acciones de acogida, siendo reconocidas por los administradores como una autoridad técnica en la atención obstétrica humanizada. **Descritores:** Política de la salud, Salud de la mujer, Enfermería obstétrica, Acogida.

◆ Mestre em Enfermagem FAGENF/UERJ (Linha de Pesquisa: Saberes, Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem), 2012/2014
Enfermeira Obstétrica (Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica nos Moldes de Residência da SMSDC/RJ, vinculada a Faculdade de Enfermagem da UERJ), 2009 a 2011. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO / 2008). 2 Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 3 Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO

Desde 2004, quando foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o estímulo à formalização da referência e contrarreferenciada gestante no momento do parto já era apresentado como uma das prioridades governamentais, pois se sabia da relação direta dos índices de morbimortalidade materno-infantil com a peregrinação anteparto.¹

A peregrinação é consequência de sistemas de saúde fragmentados. De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (2010), essa fragmentação se manifesta de diversas formas, como na falta de coordenação entre os distintos níveis e pontos de atenção, na duplicação dos serviços e da infraestrutura, na capacidade instalada ociosa e em serviços de saúde prestados em locais menos apropriados, em especial nos hospitais.²

Nesse sentido, no município do Rio de Janeiro, no ano de 2009, havia um problema crônico de peregrinação das gestantes em busca de atendimento para o parto, que culminou em um caso de óbito fetal intrauterino divulgado nos meios de comunicação e, por isso mesmo, teve repercussões na política de saúde da mulher.

Com esse contexto no âmbito local e com a alta mortalidade materna no país, em 2010, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nesta legislação, havia a definição de rede de atenção à saúde como sendo arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que deveriam estar integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão.³

Desse modo, 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 busca 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.⁴

O Programa Cegonha Carioca 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.⁵

Este Programa é composto de três módulos: pré-natal, acolhimento e transporte. O módulo pré-natal possibilita a vinculação e o conhecimento prévio da maternidade de referência para o atendimento ao parto às gestantes inscritas no Programa.

No módulo acolhimento, a usuária é recebida e, posteriormente, seu risco é estratificado, de acordo com as diretrizes adaptadas do Protocolo de Manchester. Já o módulo transporte, lançado em 2012, é caracterizado pela disponibilização de serviços de atendimento móvel das parturientes para sua maternidade de referência.

Diante do exposto, esse estudo tem como objetivo descrever as estratégias da gestão pública municipal para implantação do módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca. Acreditamos que a discussão do processo de implantação deste módulo do Programa é uma ferramenta para o planejamento e avaliação das ações de saúde da mulher no município do Rio de Janeiro, podendo trazer subsídios para nortear a implantação em novos espaços.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que teve como sujeitos as três gerentes vinculadas à Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, responsáveis pela coordenação da assistência obstétrica hospitalar no município do Rio de Janeiro e pelo processo de elaboração e implantação do módulo acolhimento.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob o nº 92/11, atendendo a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que protege as pesquisas envolvendo seres humanos.⁶

A coleta dos dados foi realizada através de entrevista semiestruturada que constou de uma questão norteadora: *Fale-me sobre a elaboração e implantação do Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca*. Ressalta-se que as entrevistas foram individuais e realizadas nos locais definidos pelas depoentes, gravadas através de aparelho *Mídia Player 4* (MP4). Para preservar o anonimato, as depoentes foram identificadas por meio de letras e números, conforme a ordem de realização de entrevistas: Gerente G1, Gerente G2, Gerente G3.

A análise dos depoimentos seguiu os seguintes passos: transcrição das entrevistas, ordenação dos dados, releitura do material, classificação dos dados, com leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal de cada subconjunto apresentado e análise final.

Seguindo esse percurso analítico chegamos a categoria intitulada “Estratégias da gestão pública para implantação do Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca”, que foi composta de três subcategorias: vinculação do pré-natal à maternidade de referência, reorganização das emergências obstétricas municipais e a inserção da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vinculação do pré-natal à maternidade de referência

A peregrinação anteparto é histórica no município do Rio de Janeiro. Estudo concluiu que essa peregrinação anteparto estava relacionada ao reduzido número de leitos existentes para a realização de partos de baixo risco, pela lacuna existente no sistema de referência e contrarreferência entre as unidades básicas e terciárias e pela dificuldade de acesso das gestantes à atenção pré-natal.⁷

Na década de 1990, havia 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, houve queda da taxa de natalidade e estabilização dos leitos obstétricos públicos no município do Rio de Janeiro, fato diretamente relacionado a expansão do número de leitos obstétricos, tanto no município quanto na Região Metropolitana. Salientamos que, em 1991, a taxa bruta de natalidade era de 18,7, mantendo-se em 18,0 nos anos 2000, e tendo queda acentuada para 13,7 no ano de 2009.⁸

Assim, os fatos acima mencionados favoreceram a vinculação do pré-natal à maternidade de referência, que surgiu no contexto de reorganização do sistema perinatal, tendo sido possível através do mapeamento dos leitos obstétricos existentes e o consequente diagnóstico da rede assistencial obstétrica municipal.

Foi feito esse mapeamento, junto com a Coordenadoria de Área Programática, a Superintendência, as maternidades, para avaliar a nossa capacidade instalada. Era um cenário onde havia uma capacidade instalada que dava conta da demanda e com o planejamento de novas unidades que seriam inauguradas. Então foi um grande tabuleiro da cidade do Rio de Janeiro. (G3)

Como apontado na fala da depoente, esse mapeamento foi uma ação importante para avaliar a capacidade instalada de atendimento pré-natal e do atendimento das gestantes no momento do parto, com o intuito principal de reduzir a peregrinação anteparto.

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 do Programa Cegonha Carioca. 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 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. Cabe ressaltar que a Lei Federal nº11634, de 27 de dezembro de

2007, assegura o direito das gestantes de conhecer previamente o local onde ocorrerá seu parto e, se necessário, o atendimento nos casos de intercorrências.⁹

Essa vinculação do pré-natal a uma maternidade de referência evidenciou a falta de acolhimento às mulheres nas portas de entrada das emergências municipais.

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.

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 da rede assistencial obstétrica hospitalar.

Nesse sentido e em consonância com as metas para a saúde da mulher apontadas pelo *Programa Mais Saúde: Direito de Todos (2008-2011)*¹⁰, o acolhimento com classificação de risco foi considerado pelas gerentes da Superintendência de 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 um local 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)

O acolhimento pode ser considerado um dispositivo disparador de mudanças na organização do processo de trabalho, ao atuar com foco no usuário e suas necessidades e com base no conceito ampliado de saúde, contribuindo para o fortalecimento da perspectiva de direito e para a qualificação da assistência.¹¹ Sendo entendido como uma tecnologia de encontro entre os atores envolvidos no processo de trabalho em saúde, o acolhimento possibilita a qualificação da escuta, a construção de vínculo, a garantia de acesso com responsabilização e a resolutividade nos serviços. 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.¹²

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.

Tivemos experiências na [Maternidade] Carmela Dutra, com o quadro próprio. Mas a gente só conseguiu se limitar lá. Então sabíamos que se precisava de uma nova equipe, de uma nova força de trabalho, naquele momento não existia nenhuma perspectiva de chamada do concurso. (G2)

Assim, para a reorganização das emergências era necessário enfrentar a carência de recursos humanos de enfermagem. Deste modo, a Prefeitura optou pelo modelo de contrato de gestão com Organizações Sociais (OS) para composição do quadro de enfermagem.

Houve uma decisão política 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)

Diante do contexto exposto acima, foi lançado o Edital de Convocação Pública para parcerias entre as Organizações Sociais e a SMS-RJ para operacionalização do módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca. 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 trâmites 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, temos a disponibilização do enxoval e o início do cadastramento das gestantes para o módulo transporte. (G2)

Após a licitação da Organização Social responsável pela operacionalização do Programa Cegonha Carioca 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 Programa Cegonha Carioca.

A agilidade na contratação, na disponibilização de profissionais que é usado nos melhores serviços do mundo. Por exemplo, [profissional] 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 aderidos às necessidades da população usuária dos serviços estão relacionadas à adoção de mecanismos de mercado para contratação de pessoal.

No entanto, o apelo ao mercado tende à conformação de uma maior instabilidade no quadro funcional, caracterizada por altos índices de rotatividade.¹³ Ademais, este processo pautado no modelo de gestão vinculado as OS pode resultar na perda de posição e autonomia das enfermeiras obstétricas no exercício de sua prática profissional.¹⁴ Assim, se por um lado, a prática dessas profissionais pode ser interessante para esse modelo de gestão pública, por outro pode causar a precarização do trabalho da enfermeira, com baixas remunerações, carga horária extensa e aumento da jornada de trabalho.¹⁵

Inserção da enfermeira obstétrica no módulo acolhimento

A terceira estratégia da gestão pública para a implantação do módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca foi a inserção de enfermeiras obstétricas nas equipes desse módulo.

O Edital de Convocação Pública para Parcerias com Organizações Sociais estabeleceu 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)

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 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. Acho que tínhamos 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)

Cabe ressaltar que as seis maternidades do município do Rio de Janeiro onde foram implantadas inicialmente as equipes do módulo acolhimento e classificação de risco já possuíam enfermeiras obstétricas atuando em sala de parto, o que possibilitou esse acúmulo de experiências práticas vivenciadas.

Esse acúmulo de experiências se deu pela atuação da enfermagem obstétrica nas salas de parto das maternidades do município do Rio de Janeiro. Essa inserção da enfermagem obstétrica nas salas de parto teve início em 1988, no Instituto da Mulher Fernando Magalhães, com o objetivo de reduzir os índices de asfixia perinatal. Mais tarde, em 1994, visando a reorientação do modelo de atenção obstétrica, a SMS-RJ inaugurou a Maternidade Leila Diniz, onde as enfermeiras obstétricas foram inseridas no cuidado ao parto humanizado.¹⁶

Dando prosseguimento as ações de reorientação do modelo obstétrico, no ano de 1998, houve o lançamento do Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à Parturiente na área de planejamento 3.3, que objetivou implantar práticas humanizadas ao pré-natal e ao parto nas Maternidades Herculano Pinheiro e Alexander Fleming. Aliado a isso, em 2004, foi inaugurada a Casa de Parto David Capistrano Filho, com assistência ao parto de risco habitual realizada, exclusivamente, pela enfermeira obstétrica.¹⁷

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

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)

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)

Assim, na visão das gerentes, a 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.

CONCLUSÃO

Foram encontradas nesse estudo três estratégias de gestão pública para implantação do módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca. A primeira, vinculação do pré-natal à maternidade de referência a fim de reduzir a peregrinação das gestantes em busca do atendimento do parto pelas maternidades municipais.

Ao implantar a primeira estratégia, surgiu a necessidade de reorganização das emergências obstétricas municipais, tanto em relação à modificação do cuidado quanto ao processo de trabalho dos profissionais nesses espaços, inserindo a tecnologia de acolhimento.

Nesse sentido, a enfermeira obstétrica foi inserida nessas emergências para implementar as ações de acolhimento, sendo reconhecida pelos gerentes como uma autoridade técnica no cuidado obstétrico humanizado.

Nesse processo de reorganização das emergências houve uma parceria público-privada, onde a operacionalização do módulo estudado ficou sob a responsabilidade de uma Organização Social, cujo processo de trabalho é influenciado pelo modelo da produtividade imposto pela lógica de mercado.

Diante do exposto, esse estudo aponta para a necessidade de novas pesquisas que abordem as mudanças da prática da enfermeira obstétrica diante da reconfiguração das emergências obstétricas e do processo de trabalho a partir da inserção das parcerias público-privadas no Sistema de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília; 2004. [citado 2012 abril 22]. Disponível em URL: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197.
2. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación em las Américas. Série: La Renovación de la Atención Primaria de Salud em las Américas. No.4. Washington, D.C.; 2010. [citado 2012 abril 22]. Disponível em URL: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf
3. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº4279, de 30 de dezembro de 2010: Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS. Diário Oficial da União; 251, Seção 1:88-93. Brasília (DF); 2010. [citado 2012 abril 22]. Disponível em URL: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1459 de 24 de junho de 2011. Brasília (DF); 2011. [citado 2012 abril 22]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis.../gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
5. 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; 2010. [citado 2012 abril 20]. Disponível em URL: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?articleid=119495>
6. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 196/96. Brasília(DF); 1996.
7. Albuquerque VN, Oliveira QM, Rafael RMR, Teixeira RFC. Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. *Revpesquicuid fundam*[online], 2011 abr/jun;3(2):1935-46. Disponível em:www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/.../659/1320

8. DATASUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [citado 2012 abril 26] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/a07b.htm>
9. 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. Diário Oficial, Brasília (DF); 2007 dez 28. [citado 2012 abril 26] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm
10. Ministério da Saúde (Br). Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008 - 2011. 2ª edição. Brasília (DF); 2008. [citado 2012 abril 26] Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_3ed.pdf
11. Barra SAR. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. ServSoc Rev Londrina, 2011 jan/jul; 13(2): 119-42. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/8828>
12. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. Ed. Brasília (DF); 2006. [citado 2012 abril 26]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf
13. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. Ciênc Saúde Coletiva [online], Rio de Janeiro, 2010ago;15(5): 2483-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a23.pdf>
14. Prata JA, Progianti JM, Pereira ALF. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. Revenferm UERJ, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):105-10. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a18.pdf>
15. Schmoeller R, Trindade LL, Neis MB, Gelbcke FL, Pires DEP. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm [online], Porto Alegre, 2011 jun; 32(2): 368-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200022&script=sci_arttext
16. Mouta RJO, Progianti JM. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 out/dez; 18(4): 731-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000400015&script=sci_arttext
17. Porfirio AB. A atualização do habitus da enfermeira obstétrica no processo de implantação do modelo humanizado na maternidade Alexander Fleming (1998-2004) [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.

Recebido em: 04/01/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 31/07/2014
Publicado em: 07/01/2016

Endereço de contato dos autores:
Adriana Lenho de Figueiredo Pereira
Boulevard 28 de Setembro, 157 / Vila Isabel, Rio de Janeiro - RJ.
E-mail: adrianalenho.uerj@gmail.com