

PERFIL DAS MULHERES ATENDIDAS PELA AMBULÂNCIA DO PROGRAMA CEGONHA CARIOCA

Alan Messala de Aguiar Britto¹
Rafaela Ribeiro da Silva²
Glauber José de Oliveira Amancio³
Valdecyr Herdy Alves⁴
Ilma Maques Fernandes⁵

BRITTO, A. M. de A.; SILVA, R. R. da; AMANCIO, G. J. de O.; ALVES, V. H.; FERNANDES, I. M. Perfil das mulheres atendidas pela ambulância do programa cegonha carioca. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 23, n. 2, p. 113-118, maio/ago. 2019.

RESUMO: A taxa de mortalidade materna mundial permanece inaceitavelmente alta e no Brasil e no Rio de Janeiro não é diferente. Na tentativa de reduzi-la, instituiu-se em âmbito nacional a Rede Cegonha e no município do Rio de Janeiro o Programa Cegonha Carioca. Ambos os programas dispõem de ambulâncias para atender mulheres no ciclo gravídico. O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil das mulheres atendidas pela ambulância do Programa Cegonha Carioca. Trata-se de uma pesquisa transversal com abordagem quantitativa que permitiu analisar as fichas de classificações de risco, oriundas dos atendimentos realizados por enfermeiros de uma ambulância nos períodos compreendidos entre setembro e dezembro de 2012 e de 2013. O teste estatístico utilizado para variáveis categóricas foi o Qui-quadrado e para variáveis contínuas o Teste T. Observou-se predominância nos atendimentos urgentes para gestantes jovens adultas, primigestas no terceiro trimestre de gestação. As principais queixas identificadas foram “dores abdominais e nas costas” e “perdas transvaginais”. Percebeu-se que foram atendidas mais adolescentes e menos mulheres com mais de 35 anos que a média nacional. Concluiu-se que novos estudos sobre os atendimentos realizados nessas ambulâncias precisam ser conduzidos para possibilitarem a análise de sua eficácia, a fim de estudar a expansão desse serviço para outros municípios visando a promover acessibilidade ao sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem obstétrica. Acesso aos serviços de saúde. Políticas públicas de saúde. Ambulâncias.

PROFILE OF WOMEN ATTENDED BY THE “CEGONHA CARIOCA” PROGRAM AMBULANCE

ABSTRACT: The world’s maternal mortality rate remains unacceptably high, and it is no different in Rio de Janeiro in Brazil. In an attempt to reduce it, a program was created at a national level, known as Rede Cegonha, and the program “Cegonha Carioca” was created in Rio de Janeiro. Both programs provide ambulances to attend women during their pregnancy cycles. The aim of this study was to describe the profile of women attended by the ambulance from the Cegonha Carioca Program. It is a cross-sectional study with quantitative approach that analyzed the risk classification records from the cares provided by nurses in an ambulance from September to December 2012 and 2013. A Chi-square test was used for categorical variables analysis and a T-test was used for continuous variables analysis. A predominance in urgent care for young adult, first pregnancy girls at the third trimester of pregnancy was observed. The main complaints presented were “abdominal pain and backache” and “transvaginal losses”. It could be observed that most patients were teenagers and fewer patients aged >35 years old than the national average were attended. It can be concluded that further studies regarding the care provided in those ambulances need to be performed in order to analyze the effectiveness and assess the expansion possibility to other locations, and to expand women’s access to the public health system.

KEYWORDS: Obstetric nursing. Health services accessibility. Obstetrics. Public health policy. Ambulances.

Introdução

No mundo, apesar de se observar uma redução na taxa de mortalidade materna, morrem cerca de 830 mulheres por dia, um número ainda inaceitavelmente alto de óbitos maternos (WHO, 2018). No Brasil as fragilidades na atenção à saúde da mulher permeiam o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e nascimento e influenciam diretamente nas taxas de mortalidade materna e infantil (FERREIRA, 2015). No que diz respeito ao acesso, desde a instituição da Política Nacional de Humanização, as unidades de saúde passaram a utilizar o Acolhimento e a Classificação de Risco, que permitem reorganizar o fluxo de atendimento, priorizando as demandas emergenciais sem excluir os usuários (BRASIL, 2004). Outro aspecto relevante no Brasil é a pequena oferta de leitos obstétricos, que gera a peregrinação da gestante, levando-a a percorrer diversas instituições por meios próprios antes ser internada, o que pode conduzir a um

desfecho desfavorável para a mãe e/ou bebê (MENEZES *et al.*, 2006).

Esses problemas, associados à redução insuficiente da taxa de mortalidade materna até 2010, motivaram a criação da “Rede Cegonha” em 2011, iniciativa que consiste em uma rede de cuidados que pretende assegurar à mulher o direito à atenção desde o planejamento familiar até o pós-parto, à criança o nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Tendo em vista as demandas do país, as diretrizes da Rede Cegonha almejam garantir: o acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade com ampliação e melhoria no pré-natal; a vinculação da mulher à maternidade onde parará; e o transporte seguro (BRASIL, 2011).

Dados de mortalidade do Município do Rio de Janeiro no período de 1995 a 2011 mostraram redução de apenas 50% na taxa de mortalidade infantil, e aumento na taxa de mortalidade materna (CUIDE-SE+, 2015a). Por isso, em

DOI: 10.25110/arqsaude.v23i2.2019.6906

¹Enfermeiro especialista em Enfermagem Obstétrica pela UNIGRANRIO, mestre em Ciências Biológicas modalidade Genética e doutorando em Ciências Biológicas modalidade Genética, ambos pelo Departamento de Genética do Instituto de Biologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

²Farmacêutica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

³Enfermeiro obstetra pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro

⁴Prof. Dr. Titular do Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrico Universidade Federal Fluminense. Líder do Grupo de Pesquisa Maternidade: Saúde da Mulher e da Criança. Coordenador do Banco de Leite Humano /Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF

⁵Professora Coordenadora do curso de pós-graduação em Enfermagem em Saúde da mulher da UnigranRio

2011 foi criado o Projeto Cegonha Carioca (posteriormente transformado em Programa), que visa a melhorar a assistência obstétrica e reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil no Município. O Programa, baseado em diretrizes nacionais e nas principais demandas da população, instituiu os módulos operacionais “referência pré-natal e maternidade”, “acolhimento com classificação de risco” e “transporte de gestantes” (RIO DE JANEIRO, 2013).

O módulo “transporte de gestantes” engloba o atendimento por meio de ambulâncias para transferências das gestantes entre unidades de saúde e, majoritariamente, para atendimentos residenciais. Neste caso, a usuária telefona para a Central de Regulação e solicita o atendimento. Os reguladores liberam a ambulância tripulada por um condutor e um enfermeiro; no domicílio o enfermeiro avalia o estado da gestante seguindo um questionário estruturado (Ficha de Classificação de Risco na Emergência Obstétrica – FCREO), classifica seu risco e a encaminha à maternidade de referência caso esteja em trabalho de parto ou com alguma urgência/emergência obstétrica. Ele pode também recomendar que ela permaneça em domicílio, após fazer as orientações pertinentes ao caso (CEP28, 2013).

Destaca-se ainda que os estudos já publicados sobre o Programa Cegonha Carioca abordaram o processo de trabalho (PRATA; PROGIANTI; BARBOSA, 2015), o acolhimento da maternidade (PROGIANTI; PEREIRA; SÉ, 2014), os dilemas conceituais e programáticos do Programa (MAIA *et al.*, 2016) e o efeito da sua implementação na visão da equipe de enfermagem que trabalha na sala de parto (LIMA *et al.*, 2015). Não foi possível encontrar pesquisas que descrevessem o perfil das mulheres atendidas pela ambulância do Programa, nem mesmo pesquisas focadas neste módulo operacional. A partir da descrição do perfil da clientela é possível identificar a realidade, bem como elaborar propostas para organizar ou reorganizar o serviço. Portanto, conhecer o perfil da população a ser atendida, auxilia no planejamento de ações futuras e no desenvolvimento de estratégias de ampliação e melhoria do serviço em saúde (TIENSOLI *et al.*, 2014). Assim, a questão norteadora do estudo foi: qual é o perfil das mulheres atendidas pela ambulância do Programa Cegonha Carioca? E o objetivo: descrever o perfil das mulheres atendidas pela ambulância do Programa Cegonha Carioca.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa que avaliou as FCREO de gestantes atendidas pela ambulância do Programa Cegonha Carioca da área de Bangú-RJ, de 10 de setembro a 31 de dezembro de 2012 (implantação do serviço na área), e de 1 de setembro a 31 de dezembro de 2013 (um ano depois). As FCREO de atendimentos cancelados ou que apresentaram algum campo de interesse sem preenchimento foram excluídas. Houve 168 atendimentos em 2012 e foram incluídas 125 fichas; em 2013 foram realizados 692 atendimentos e 251 foram selecionados aleatoriamente (representa o universo com margem de erro ± 5).

As informações presentes na FCREO foram categorizadas em “características obstétricas”, “classificação de risco” e “motivo do atendimento”. Na primeira categoria encontram-se as subcategorias (Tabela 1):

- (a) idade: crianças (<15 anos); adolescentes (<20 anos); jovens (20 a 27 anos); jovens-adultas (28 a 35 anos); adultas (>35anos);
- (b) número de gestações: primeira gestação ou primigesta; segunda gestação; terceira gestação; quatro ou mais gestações;
- (c) número total de partos: nenhum ou nulípara; um ou primípara; dois ou secundípara; múltipara com três ou mais partos;
- (d) número de partos normais: nenhum; um parto; dois partos; três ou mais;
- (e) número de cesáreas: nenhuma; uma; duas ou mais;
- (f) número de abortos: nenhum; um; dois ou mais;
- (g) idade gestacional (IG): 1º trimestre (1 a 13 semanas); 2º trimestre (14 a 27 semanas); 3º trimestre pré-termo (28 a 36 semanas); 3º trimestre a termo (>37 semanas).

Na categoria “classificação de risco” as subcategorias foram as cores das classificações, que representam o grau de urgência/emergência do atendimento: vermelho – emergência; laranja – muito urgente; amarelo – urgente; verde – pouco urgente; e azul – não urgente.

Na categoria “motivo do atendimento” as queixas principais das mulheres foram agrupadas em 10 subcategorias. Algumas mulheres citaram mais de uma queixa e todas elas foram contabilizadas, exceto quando havia duas ou mais queixas da mesma subcategoria. Nestes casos apenas uma era contabilizada. As subcategorias e os termos encontrados no item “queixa principal” da FCREO foram:

- (a) Dor de parto: “dor em baixo ventre”, “dor nas costas”, “contração”, “dor na barriga”, “metrossístole”, “cólica”, “dor na pelve”, “dor abdominal”;
- (b) Perdas transvaginais: “perda de tampão mucoso”, “perda de sangue”, “sangramento vivo”, “perda de líquido”;
- (c) Mal estar: “tonteira”, “náusea”, “vômito”;
- (d) Cefaleia: “dor de cabeça”;
- (e) Alteração hemodinâmica: “pressão arterial alterada”;
- (f) Desconforto respiratório: “falta de ar”;
- (g) Imobilidade fetal: “bebê não se mexe”;
- (h) Queixas não obstétricas: “Imobilidade nas pernas”, “dor de garganta”, “dor no peito”, “febre”, “ardência ao urinar”, “edema nas pernas”, “diarreia”, “trauma”, “queda”;
- (i) Outras: “Dor na episiotomia”, “dificuldade em amamentar”, “gemelaridade”;
- (j) Ignoradas: “transferência”, avaliação do profissional em local inadequado.

Nas análises estatísticas utilizou-se o teste T para as variáveis contínuas (idade e IG na comparação entre os anos) e o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas (número de gestações, partos, abortos, classificação de risco e “motivo do atendimento”).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIGRANRIO, parecer n.º 630.449 de 29/04/2014, atendendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A análise das FCREO mostrou, na categoria “características obstétricas”, que a média de idade das mulheres atendidas foi de 23,8 (intervalo de confiança $\pm 0,51$) em 2012, e de 23,32 (IC $\pm 0,39$) em 2013, sendo a maioria das mulheres jovens (20-27 anos) e adolescentes (15-19 anos). Nos

dois anos foram atendidas, majoritariamente, primigestas ($\approx 46\%$) e nulíparas ($\approx 50\%$), que englobaram as primigestas e as mulheres com aborto sem parto. A maioria das mulheres encontrava-se no 3º trimestre a termo em ambos os anos, mas foram atendidas mais mulheres no 1º e 2º trimestres de 2013 ($p=0,0045$). Quanto ao desfecho das gestações anteriores, cerca de 35% relatou pelo menos um parto via vaginal e 18% algum aborto; em 2012, 12% tinham realizado alguma cesariana anterior, enquanto em 2013 foram 17% (Tabela 1). Apenas 16% dos atendimentos de 2012 e 30% de 2013 foram transferências de uma unidade de saúde para outra. Além disso, predominou o atendimento a gestantes, sendo atendidas somente três puérperas, todas em 2012.

Tabela 1: Frequência relativa das “características obstétricas” e “classificação de risco” das mulheres atendidas na ambulância do Programa Cegonha Carioca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012 (n=125) e 2013 (n=251).

Características	2012	2013	p valor
	%	%	
Idade			
<15 anos	0,8	3,59	
15 a 19 anos	28,8	28,3	
20 a 27 anos	44,8	46,2	
28 a 35 anos	21,6	17,1	
>35 anos	4	4,78	
Total	100	100	0,4691
Número de gravidezes^a			
1	47,2	45,8	0,9578
2	24	25,0	
3	12	13,5	
4 ou mais	16,8	15,5	
Número total partos^b			
0	52,8	50,6	0,9309
1	24	27,1	
2	12,8	12,7	
3 ou mais	10,4	9,6	
Parto Normal^c			
0	65,6	64,9	0,8275
1	16	19,1	
2	8,8	8,4	
3 ou mais	9,6	7,6	
Parto Cesárea^d			
0	88	82,5	0,2460
1	8	13,9	
2 ou mais	4	3,6	
Aborto^e			
0	81,6	80,5	0,9143
1	14,4	15,9	
2 ou mais	4	3,6	
Idade Gestacional (IG)^f			
1-13 semanas	0	2,0	

14-27 semanas	1,6	5,2	
28-36 semanas	12,8	17,5	
>37 semanas	85,6	75,3	
Total	100	100	0,0045*
Classificação de risco			
Azul/não urgente	14,4	9,2	0,0014*
Verde/pouco urgente	16,8	29,1	
Amarelo/urgente	46,4	52,2	
Laranja/muito urgente	15,2	6,8	
Vermelho/emergência	7,2	2,8	

Fonte: Pesquisa dos próprios autores.

(a) número de gestações: 1 - primeira gestação ou primigesta; 2 - segunda gestação; 3 - terceira gestação; 4 ou mais - quatro ou mais gestações. (b) número total de partos: 0 - nenhum ou nulípara; 1 - um ou primípara; 2 - dois ou secundípara; 3 ou mais - múltipara com três ou mais partos. (c) número de partos normais: 0 - nenhum; 1 - um parto; 2 - dois partos; 3 ou mais - três ou mais. (d) número de cesáreas: 0 - nenhuma; 1 - uma; 3 - duas ou mais. (e) número de abortos: 0 - nenhum; 1 - um; 2 ou mais - dois ou mais. (f) Idade Gestacional (IG): 1-13 semanas - 1º trimestre; 14-27 semanas - 2º trimestre; 28-36 semanas - 3º trimestre pré-termo; >37 semanas - 3º trimestre a termo. *: diferença estatisticamente significativa; Testes estatísticos: variáveis categóricas – qui-quadrado; variáveis contínuas – Teste T.

Na categoria “motivo do atendimento” os principais motivos em ambos os anos foram as queixas relacionadas à “dor de parto” (80%), seguidas de “perdas transvaginais”, presentes em mais da metade das fichas consultadas. Todavia, a quantidade de queixas nas outras subcategorias divergiu bastante entre os anos estudados ($p=0,0106$) (Tabela 2). A análise da categoria “classificação de risco” mostrou que amarelo foi a cor de classificação predominante em ambos os anos, contudo, observou-se diferença significativa entre os anos, havendo redução na quantidade de fichas laranja e vermelho e aumento na de verde e amarelo em 2013 (Tabela 1).

Tabela 2: Frequência absoluta e relativa das queixas que motivaram as gestantes a solicitar o serviço da ambulância do Programa Cegonha Carioca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012 (N=215) e 2013 (N=416)

Queixas Principais	2012		2013	
	N	%	N	%
Dor de parto	104	83,2	201	80
Perdas transvaginais	82	65,6	128	51
Mal estar	2	1,6	19	7,6
Cefaleia	4	3,2	10	4,0
Alteração hemodinâmica	1	0,8	9	3,6
Desconforto respiratório	0	0	6	2,4
Imobilidade fetal	1	0,8	3	1,2
Queixas não obstétricas	13	10,4	14	5,6
Outros	3	2,4	2	0,8
Ignorado	5	4,0	24	9,5

Teste estatístico: qui-quadrado.

Discussão

Neste estudo identificou-se que as mulheres atendidas pela ambulância do Programa Cegonha Carioca no período em questão foram, predominantemente, gestantes entre 20 e 27 anos (jovens), primigestas, nulíparas, no terceiro trimestre de gestação, com queixas de “dor de parto” e “perdas transvaginais”, cujos atendimentos foram classificados como urgentes (amarelo). Além disso, a comparação entre os dois anos mostrou diferenças entre a IG, o grau de urgência (classificação) e as queixas.

Na população estudada foi maior a porcentagem de adolescentes (28%) e menor a de mulheres com mais de 35 anos (3%) do que nas maternidades brasileiras privadas e públicas, onde, em média, 18% e 10% dos atendimentos são de, respectivamente, adolescentes e mulheres com mais de 35 anos (VIELLAS *et al.*, 2014), sendo que apenas 16% dos nascimentos no Rio de Janeiro são de mães com até 20 anos (CUIDE-SE+, 2015b).

Acredita-se que o maior número de adolescentes atendidas deva-se ao fato de elas encontrarem um apoio social (apoio de informação) (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011) na consulta realizada pelo enfermeiro da ambulância do Programa, uma vez que no contexto desse atendimento, o profissional faz orientações pertinentes ao quadro clínico das gestantes e pode sugerir que permaneçam na residência quando não estão em trabalho de parto nem com urgência obstétrica. Isto reduz a ansiedade, a superlotação das maternidades e as internações precoces, fatores que podem tornar a experiência do parto negativa e aumentar a quantidade de cesarianas.

A predominância de mulheres no terceiro trimestre era esperada, uma vez que é neste período em que elas recebem o contato da ambulância. Quanto ao aumento de atendimentos de mulheres no primeiro e segundo trimestres de gestação em 2013, acredita-se que se deva à maior divulgação do módulo “Transporte de gestantes” na área estudada, fato confirmado pelo aumento de pouco mais de quatro vezes no número de chamados em 2013 (692 em 2013 e 168 em 2012).

As queixas mais frequentes nesta população nos dois anos foram as das subcategorias “dor de parto” e “perdas transvaginais”, porém, a distribuição das outras subcategorias foi bastante distinta entre os anos, o que justifica a diferença estatisticamente significativa encontrada. A análise dos principais motivos de atendimentos obstétricos no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Botucatu, São Paulo (Brasil) revelou que as queixas que mais se repetiram também foram as que se enquadraram nas subcategorias “dor de parto” e “perdas transvaginais” (MICHILIN *et al.*, 2016). Não se pode caracterizar a gravidade do atendimento apenas pelas queixas da gestante, tal julgamento depende da avaliação do enfermeiro, que leva em consideração os aspectos clínicos, sociais e fatores de risco da mulher.

Em relação à classificação de risco obstétrico, identificou-se redução nos atendimentos vermelho e laranja de 2012 para 2013, provavelmente devido à maior familiarização com o protocolo de classificação de risco, a experiência prática dos profissionais e ao treinamento deles, fatores que contribuem para uma boa aplicação da classificação de risco, para a segurança do paciente e na tomada de decisão (EK;

SVEDLUND, 2015; SMYTH; MCCABE, 2017).

A Organização Não governamental “Médicos Sem Fronteiras” desenvolveu em 2006, em Burundi (África), um Centro de Urgências (CURGO) para mulheres com complicações no parto. Quando as equipes das instituições de baixo risco observam sinais de complicação na gestante, solicitam a ambulância tripulada por um enfermeiro e este a leva para o CURGO. Esse serviço mostrou-se de baixo custo e apresentou melhora nos indicadores do país (TAYLER-SMITH *et al.*, 2013a, 2013b). O transporte do Programa Cegonha Carioca apresenta similaridades com o trabalho desenvolvido em Burundi, mas está focado no atendimento residencial. Este serviço desenvolvido no Rio de Janeiro também difere do proposto pela Rede Cegonha, focado no transporte de casos urgentes em ambulâncias avançadas equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais (BRASIL, 2011).

Entre os anos de 1999-2001, a peregrinação de gestantes afetou um terço das mulheres que pariram no Rio de Janeiro, e menos de 20% delas foi transferida com ambulância de um hospital para o outro (MENEZES *et al.*, 2006). Um estudo mais recente denominado “Nascer no Brasil”, descreveu a peregrinação nas regiões do país e identificou que na região sudeste 12,8% das mulheres peregrinou entre 2011 e 2012 (VIELLAS *et al.*, 2014). Acredita-se que para atestar a qualidade do Programa Cegonha Carioca sejam necessárias novas pesquisas analisando o impacto deste, em especial da ambulância, na assistência à saúde materno-infantil e na peregrinação das gestantes.

Um interessante campo de discussão na saúde da mulher é o paradoxo perinatal no Brasil (fazem-se mais intervenções, mas não há redução nas taxas de mortalidade). Apesar da melhora em diversos indicadores da saúde da mulher no Brasil, nos últimos anos a taxa de mortalidade materna não diminuiu como esperado e acredita-se que seja devido ao excesso de intervenções (DINIZ, 2009). Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que enfermeiros com conhecimento específico em Obstetrícia participem da atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal, utilizando tecnologias leves, especialmente em gestações de risco habitual (TORRES; VENTURA; ALVES, 2009), o que já é realizado durante a atuação do enfermeiro na ambulância, seguindo as recomendações da OMS e o exemplo de países que vêm reduzindo as taxas de mortalidade graças à participação desse profissional na atenção obstétrica (TAYLER-SMITH *et al.*, 2013a, 2013b; TORRES; VENTURA; ALVES, 2009).

Este se trata de um estudo transversal no qual foram analisados os atendimentos de apenas uma ambulância do Programa Cegonha Carioca do total de 12 ambulâncias que ficam distribuídas no Rio de Janeiro. Assim, uma importante limitação reside na impossibilidade de generalizar os dados para todo o município, cuja população é bastante heterogênea. Além disso, não é razoável extrapolar o perfil encontrado para os anos seguintes de programa, devido ao desenho do estudo e às diferenças encontradas no perfil dos atendimentos de 2012 e de 2013. Ressaltamos ainda que foram analisadas fichas de gestantes cujo desfecho da gravidez é desconhecido, portanto não é possível relacionar o atendimento da ambulância com questões relevantes para a saúde da mulher como a peregrinação, a via de parto e a mortalidade materna e neonatal.

Conclusão

A maioria dos atendimentos em ambos os anos foi realizado junto a mulheres jovens, primigestas, no terceiro trimestre de gravidez. As principais queixas foram relacionadas à “dor de parto” e “perdas transvaginais”, e após a avaliação na consulta de enfermagem, as mulheres foram classificadas, de modo geral, na cor amarela, sendo várias demandas resolvidas no domicílio. Foi possível descrever o perfil das mulheres atendidas pela ambulância, mas novos estudos que descrevam a população de mulheres atendidas pela ambulância do Programa Cegonha Carioca, envolvendo todo o município do Rio de Janeiro devem ser desenvolvidos. É importante também saber a opinião das usuárias sobre o serviço, assim ele poderá ser adaptado para melhor atendê-las. O “módulo transporte” em questão precisa ser analisado e discutido sob diferentes nuances, para que se estude a possibilidade de sua implantação em outros municípios do país promovendo maior acessibilidade ao sistema de saúde do país, e para fortalecer a ação do profissional de enfermagem na atenção obstétrica.

Referências

- BRASIL. **HumanizaSUS: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004.
- BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011, p. 14.
- CEP28. **Protocolo de Assistência as gestantes do Programa Cegonha Carioca/Módulo Transporte.** Rio de Janeiro, 2013.
- CUIDE-SE+. **Relatórios Dinâmicos - Portal ODM.** Disponível em: <http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portaldm/>. Acesso em: 1 out. 2016a.
- CUIDE-SE+. **Programa CUIDE-SE+.** Disponível em: <http://www.relatoriosdinamicos.com.br/cuidesemais/>. Acesso em: 12 out. 2016b.
- DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.
- EK, B.; SVEDLUND, M. Registered nurses' experiences of their decision-making at an Emergency Medical Dispatch Centre. **Journal of clinical nursing**, v. 24, n. 7-8, p. 1122-1131, abr. 2015.
- FERREIRA, R. V. F. **Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da Região Sudeste no Nascer do Brasil.** [s.l.] FIOCRUZ, 2015.
- LIMA, A. E. F. *et al.* Childbirth care after the implementation of the Carioca Stork Program: the perspective of nursing. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 5, p. 631-638, 9 nov. 2015.
- MAIA, A. C. M. S. B. *et al.* Programa Cegonha Carioca: dilemas conceituais, programáticos e expectativas na atenção pré-natal. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 1, n. 1, 4 abr. 2016.
- MENEZES, D. C. S. *et al.* Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 553-559, mar. 2006.
- MICHILIN, N. S. *et al.* Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 669-675, ago. 2016.
- PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M.; BARBOSA, P. M. A reestruturação produtiva na saúde: os efeitos da flexibilização nas maternidades do Programa Cegonha Carioca. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, p. 164-171, 19 maio 2015.
- PROGIANTI, J. M.; PEREIRA, A. L. DE F.; SÉ, C. C. S. A prática das enfermeiras obstétricas nas emergências vinculadas ao Programa Cegonha Carioca. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 6, p. 742-747, 2014.
- RIO DE JANEIRO. **Cegonha Carioca: cuidado humanizado para a mãe e o bebê.** Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/cegonha-carioca#>. Acesso em: 29 nov. 2015.
- SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2575-2585, maio 2011.
- SMYTH, O.; MCCABE, C. Think and think again! Clinical decision making by advanced nurse practitioners in the Emergency Department. **International Emergency Nursing**, v. 31, p. 72-74, 2017.
- TAYLER-SMITH, K. *et al.* Achieving the millennium development goal of reducing maternal mortality in rural Africa: an experience from Burundi. **Tropical medicine & international health: TM & IH**, v. 18, n. 2, p. 166-74, 2013a.
- TAYLER-SMITH, K. *et al.* An ambulance referral network improves access to emergency obstetric and neonatal care in a district of rural Burundi with high maternal mortality. **Tropical medicine & international health: TM & IH**, v. 18, n. 8, p. 993-1001, ago. 2013b.
- TIENSOLI, S. D. *et al.* Situational diagnosis: sociodemographic and clinical profile of patients admitted to a clinical medicine unit. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 573-584, 2014.
- TORRES, J. A.; VENTURA, K.; ALVES, V. H. **A atuação de enfermeiras obstétricas na atenção ao pré-natal e ao parto como contribuição a Política Pública para**

redução da mortalidade materna e neonatal. Rio de Janeiro Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstétricas - Nacional, Triênio: 2009 a 2011, 2009.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014.

WHO. **Maternal Mortality.** 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Acesso em: 2 out. 2019.

Recebido em: 27/06/2018

Aceito em: 13/03/2019